REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES

Manizales, seis (06) de junio de dos mil veintitrés (2023) S No.081

PROCESO No.	**17001-33-39-008-2017-00420-00**
MEDIO DE CONTROL	**REPARACIÓN DIRECTA**
ACCIONANTES	**MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA** **WALTER ARISTIZÁBAL PENAGOS** **MARÍA AMANDA GARCÍA** **CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO** **LUZ ELENE PENAGOS CALLE** **LEIDI JULINA HURTADO GARCÍA** **JEISSON ANDRÉS HURTADO GARCÍA** **JHON JAIME HURTADO GARCÍA**
ACCIONADOS	**SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES** **LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES** **MARTHA PATRICIA POLANCO**

I. ASUNTO

Procede el despacho a proferir el fallo correspondiente dentro del presente asunto, radicado con el número **17001-33-39-008-2017-00420-00.**

II. ANTECEDENTES

2.1. LA DEMANDA

La señora **MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, WALTER ARISTIZÁBAL PENAGOS, MARÍA AMANDA GARCÍA, CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO LUZ ELENE PENAGOS CALLE, LEIDI JULINA HURTADO GARCÍA, JEISSON ANDRÉS HURTADO GARCÍA y JHON JAIME HURTADO GARCÍA,** en ejercicio del medio de control de reparación directa, por conducto de apoderado judicial, el

día 28 de julio de 2017 presentaron demanda en contra de **SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES, LUIS EDILBERTO HERRERTA MORALES y MARTHA PATRICIA POLANCO** (fls. 4 a 33 consecutivo 01 del expediente digital).

En la demanda solicitan se tengan como favorables las siguientes:

2.1.1. PRETENSIONES

De la demanda se consignan textualmente las pretensiones de la siguiente manera:

"PRIMERA. - DECLÁRESE a SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD SES representada legalmente por su gerente o por quien haga sus veces, ÁNGELA MARÍA TORO MEJÍA, LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES, LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES Solidariamente Responsables Administrativa y Patrimonialmente por los daños (muerte) en virtud a la FALLA EN EL SERVICIO y por consiguiente la totalidad de los daños y perjuicios que le han sido ocasionado a todas las víctimas.

SEGUNDA. – Como Consecuencia de la anterior declaración, se hagan las siguientes o similares condenas:

1.- Se pagará a los demandantes, por concepto de PERJUICIOS MORALES (Extrapatrimoniales e inmateriales) SUBJETIVADOS – PRETITUM DOLORIS-, a las siguientes sumas de dinero:

- *Para los señores MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA y WALTER ARISTIZÁBAL PENAGOS; en su condición de PADRES del menor fallecido el equivalente a CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV), para cada uno o en su defecto, aplicando el sistema o fórmula que le resulte más favorable.*
- *Para los señores MARÍA AMANDA GARCÍA, CARLOS JIAME HURTADO OCAMPO, LUZ ELENA PENAGOS CALLE; en su condición de ABUELOS del menor fallecido el equivalente a OCHENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (80 SMLMV), para cada uno o en su defecto, aplicando el sistema o fórmula que le resulte más favorable.*
- *LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS Y JHON JAIME HURTADO GARCÍA en su condición de TIOS del menor fallecido el equivalente a CINCUENTA SALARIO MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (50 SMLMV), para cada uno o en su defecto, aplicando el sistema o fórmula que le resulte más favorable.*

Lo anterior teniendo en cuenta el dolor, angustia y congoja continuados que generó el hecho de ser víctimas no solo directas sino también indirectas del daño ocasionado por la FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL brindado que conllevo a la muerte del menor.

2.- Se pagará a los demandantes, por concepto de ALTERACIÓN A LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA, o AFECTACIÓN A LOS DERECHOS

CONSTITUCIONAL y CONVENCIONALMENTE RECONOCIDOS o cualquier otro NOMEN IURIS reconocido, la siguiente suma de dinero:

- *Para los señores MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA y WALTER ARISTIZÁBAL PENAGOS; en su condición de PADRES del menor fallecido el equivalente a CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV), para cada uno o en su defecto, aplicando el sistema o fórmula que le resulte más favorable.*
- *Para los señores MARÍA AMANDA GARCÍA, CARLOS JIAME HURTADO OCAMPO, LUZ ELENA PENAGOS CALLE; en su condición de ABUELOS del menor fallecido el equivalente a CINCUENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (50 SMLMV), para cada uno o en su defecto, aplicando el sistema o fórmula que le resulte más favorable.*
- *LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS Y JHON JAIME HURTADO GARCÍA en su condición de TIOS del menor fallecido el equivalente a TREINTA SALARIO MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 SMLMV), para cada uno o en su defecto, aplicando el sistema o fórmula que le resulte más favorable.*

TERCERA. Que se CONDENE en COSTAS a los demandados."

2.1.2. HECHOS

En audiencia inicial celebrada el 05 de noviembre del 2020 los hechos se consignaron de la siguiente manera:

"*1.- La señora Mónica Vanessa Hurtado García, en estado de gestación consultó al servicio de atención general en la ESE Hospital Departamental San José de Neira el 17 de diciembre de 2014, siendo diagnosticada con amenaza de aborto.*

2.- Desde entonces, la señora Hurtado García inició sus controles prenatales normales, siendo considerada paciente con gestación de riesgo bajo.

3.- El 31 de mayo de 2015, fue diagnosticada con vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis enfermedades infecciosas y parasitarias, por lo que el médico tratante le ordenó un uroanálisis y frotis de flujo vaginal.

4.- El 31 de julio de 2015, contaba con 38 semanas de gestación y fue remitida desde Neira al Servicios Especiales de Salud, por ruptura prematura de membranas con salida de líquidos, requiriendo atención y vigilancia estricta en institución de mayor complejidad.

5.- En la evolución de trabajo de parto, el 01 de agosto de 2015 siendo las 11:34 de la mañana, se ausculta descenso de la frecuencia cardiaca fetal por lo que de inmediato se inicia reanimación in útero y fue trasladada la paciente al quirófano para cesárea urgente.

6.- Una vez realizada la cesárea y siendo las 11:48 am, se registró en la historia clínica: "SE EXTRAE FÁCILMENTE FETO EN CEFÁLICA, DE GENERO MASCULINO, CON CIRCULAR UNICA DEL CORDÓN NO APRETADA A CUELLO, ATENDIDO POR EQUIPO PEDIÁTRICO DE TURNO, EL CUAL NACE FLÁCIDO, SIN TONO MUSCULAR NI ESFUERZO RESPIRATORIO, POR LO CUAL SE REALIZA PINZAMIENTO INMEDIATO DEL CORAZÓN Y SE INICIAN MANIOBRAS DEL REANIMACIÓN POR EQUIPO PEDIÁTRICO DE TURNO…"

7.- A pesar de las maniobras de reanimación y 13 minutos después del nacimiento, el bebé continuó sin esfuerzo respiratorio ni frecuencia cardiaca siendo la reanimación suspendida a las 12:03 p.m."

2.1.3. CONCEPTO DE VIOLACIÓN

El apoderado de la parte demandante invoco el artículo 48 y 90 de la Constitución Política y el artículo 17 y 27 de la ley 1098 de 2006, incluso cito jurisprudencia constitucional.

También señalo que, realizado un estudio de la historia clínica y aplicando las guías de manejo y protocolos del Ministerio de Salud, arribó a las siguientes conclusiones:

-. La señora Mónica Vanessa Hurtado García ingresó al SES Hospital de Caldas el 31 de julio del 2015 a las 10:38 de la noche, siendo valorado por el ginecólogo de turno, el médico Luis Edilberto Herrera Morales, quien consignó en la historia clínica que, la paciente fue remitida de Neira por ruptura de membranas a las 05:30 con salida de líquido, en buenas condiciones y con bienestar fetal, pero con cambios cervicales favorables para inducción con oxitocina bajo monitoreo continuo en sala de trabajo de parto, y dio orden de inicio a antibioticoterapia con ampicilina por ruptura de más de 12 horas de evolución.

A lo antes descrito, afirmó que, la materna fue remitida oportunamente de Neira con indicación de vigilancia estricta por la ruptura de membrana, mientras el médico tratante conforme con esa indicación ordenó la inducción de parto.

En cuanto a los riesgos fetales asociados con ruptura de membranas a término, mencionó que, incluyen comprensión del cordón umbilical e infección ascendente. También, señaló que, está recomendada la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas con oxitocina o misoprostol oral a bajas dosis vigilando continuamente la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal. Además, indicó que, las pacientes con esta edad gestacional o embarazo a término deben ser llevadas a parto lo antes posible, teniendo pocas ventajas mantener una gestación con manejo conservador cuando el feto tiene completa o casi completa la madurez pulmonar, siendo el punto de discusión cual es la vía del parto: si el cérvix es favorable, la inducción debe hacerse sin demora; de lo contrario, la posibilidad de una cesárea es mucho mayor, por lo que el periodo de espera no puede ser superior a 24 horas.

-. Aseveró que, se encuentra en la historia clínica, que el médico Herrera Morales consignó notas de evolución de la paciente así: la primera a las 3:39 de la mañana del 01 de agosto de 2015 (5 horas después del ingreso de la paciente), la segunda y última nota de evolución a las 5:00 de la mañana del 01 de agosto del 2015, y ese mismo día a las 5:03 de la mañana solicitó consulta al servicio de neonatos.

Advirtió que a esa hora y fecha del 1 de agosto de 2015 a las 5:03 de la mañana la paciente cursaba con una ruptura prolongada de membranas ovulares de 24 horas de evolución, y aún se encontraba en trabajo de parto en fase latente a pesar de la inducción con oxitocina ordenada desde el ingreso.

-. En cuanto a las notas consignadas por la médica Torres Polanco, menciona como la primera a las 7:29 de la mañana y la segunda a las 10:41 de la mañana y en la cual se consignó que se aumentó goteo de oxitocina a 120 cc hora, y agrego en la segunda se realizó analgésico, además de señalar que la paciente se encontraba en trabajo de parto fase latente y ruptura prolongada de membranas.

A la fecha y hora de la última evolución el 01 de agosto de 2015 a las 10:41 de la mañana la paciente cursaba con una ruptura prolongada de membranas ovulares de 29 horas y 11 minutos de evolución y habían pasado 12 horas y 3 minutos desde el ingreso al SES para recibir atención. Durante las 12 horas la paciente fue evaluada dos veces por el médico Herrera y dos por la médica Torres quienes consignaron la misma nota.

-. Informó que la paciente fuera de que ingreso con ruptura prolongada de membranas, también tenía como condición un útero grávido con altura uterina de 36 cms, que según las guías médicas esta descrito como factor de riesgo en el momento de parto, la altura mayor de 35 cm, lo cual fue inobservado por los especialistas.

-. A la paciente a pesar de los riesgos expuestos y conocidos por los especialistas dados por la ruptura de membrana prolongada, no le fue iniciado trabajo de parto con inducción de oxitocina a máxima dosis, altura 36 cms, solo fue llevada a cesárea de urgencia cuando detectaron una complicación grave como es sufrimiento fetal agudo como lo registro la médica Torres en la nota de evolución a las 11:34 de la mañana. La cesárea urgente se realizó a las 11:48 de la mañana, es decir, 13 horas y 10 minutos después de haber ingresado oportunamente remitida de Neira, y se obtuvo como producto del embarazo un feto masculino que conforme al médico patólogo tenía 38.5 semanas, con hipoplasia renal izquierda, cambios de neumonía espirativa intrauterina, y hemorragia adrenal asociados a hipoxia intrauterina.

Señaló que la asfixia perinatal es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, por lo que puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo, en el trabajo de parto, como también después del nacimiento. El aporte insuficiente de oxígeno se puede dar por hipoxemia o por isquemia. Mientras que la asfixia es una situación en la que existe disminución abrupta e intensa de la hematosis, que provoca la

hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica. Advirtió que, si la hipoxemia persiste produce bradicardia, lo que disminuye aún más la irrigación hística que provoca isquemia y disminución de la presión arterial sistémica debido al crecimiento de la acidosis.

Las causas que se asocian con la asfixia perinatal son: i) factores preparto: hipertensión con toxemia gravídica; ii) anemia o iso – inmunización; iii) hemorragia aguda; iv) infección materna; v) diabetes; vi) ruptura prematura de membrana; y vii) gestación post-término.

La asfixia fetal produce compromiso multisistémico, los más afectados son el riñón, el SNC, el cardiovascualr y el pulmón.

-. Concluyo que, la materna ingreso al SES remitida de Neira con rupturas de membranas, siendo primigestante, con controles prenatales normales, e iniciaron cubrimiento antibiótico e inducción del parto con oxitocina, y con factores de riesgo como la altura uterina mayor a 35 cms y ser nulípara, permaneciendo en fase latente de trabajo de parto a pesar de la inducción, evolucionando la ruptura de membranas a 24 horas, y aumento de oxitocina, y finalmente ordenaron pasar a cesárea cuando a las 11:34 de la mañana se percibe en la auscultación descenso de la frecuencia cardiaca fetal hasta 50 LPM que indica sufrimiento fetal agudo, y se realizó la cesárea a las 11:48 de la mañana, o sea 13 horas y 10 minutos después del ingreso al SES, siendo claro que la materna no recibió atención y vigilancia estricta en mayor nivel de complejidad, no siendo la atención prestada de calidad y oportuna.

2.2. CONTESTACIÓN DEMANDA

2.2.1. SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES

Mediante apoderado dio contestación a la demanda, escrito que obra en el consecutivo 03 del expediente digital, y en la que se exponen los siguientes argumentos:

1.- Manifestó oposición a las pretensiones de la demanda, y en caso de una eventual condena en cuanto a los perjuicios se de aplicación a la sentencia 28832 de agosto 28 de 2014.

2.- En cuanto a los hechos 1 a 6 y 17 a 19 manifestó que no le constan, pues como ocurrieron en una entidad diferente se atinen a lo que se encuentre consignado en la historia clínica, y recalcó que la paciente tuvo una amenaza de aborto, por lo cual empezó el embarazo en forma anormal; además que la paciente no consultó por el flujo vaginal presentando, enfermedad infecciosa en enero del 2015; paciente continuaba con la infección de las vías urinarias.

Sobre el hecho 7 al 16 dijo que son ciertos y el 7 y 13 parcialmente, pues hubo una demora en la consulta por parte de la paciente ante el Hospital San José de Neira pues de las 5:30 horas ya tenía salida de líquido transparente, por lo que la gestante

ingresó al SES con una ruptura de membrana prolongada después de 17 horas de que hubiera acontecido la misma. Lo que permite deducir que la paciente presentó mora en consultar ante el hospital después de identificado el signo de alarma.

3.- Frente a la atención brindada a Mónica Vanessa Hurtado, afirma: i) se le brindó durante el ingreso y permanencia toda la atención médica y diagnóstica indispensable de acuerdo a su estado; ii) los actos médicos no generaron complicaciones, y el personal no se apartó de las normas de atención o de la lex artis; y iii) la demanda interpuesta está fundada en apreciaciones subjetivas al decir que, se presentó falta de oportunidad para realizar la cesárea en un tiempo oportuno, lo cual no tiene asidero ni médico ni científico y por tanto no constituye nexo causal.

4.- En cuanto a las razones de la defensa anotó:

-. Invocó la ley 100 de 1993, ley 1122 de 2008, ley 23 de 1981, y decreto 3380 de 1981, decreto 806 de 1998 y el CPACA.
-. Afirmó que no se logró demostrar la existencia de una relación de causalidad necesarias legalmente entre la supuesta no realización de la cesárea y la muerte del hijo por nacer.
-. La demanda se fundamenta en interpretaciones subjetivas por parte del apoderado de los demandantes.
-. No existe nexo de causalidad.

5.- Propone como excepciones:

-. "*Ausencia de nexo causal*", pues el SES brindó la atención médica y diagnóstica requerida a la señora Mónica Vanessa Hurtado. Mientras que la demanda interpuesta solo se fundamenta en la supuesta no realización de una cesárea, lo cual no constituye un nexo causal. Ni tampoco se demuestra la misma con el acto médico.

-. *"Fuerza mayor o caso fortuito*", señaló que, mientras la paciente se encontraba en proceso de inducción del parto se auscultó un descenso súbito e inevitable de la frecuencia cardiaca fetal hasta 50 LPM por lo que se inició reanimación de inmediato in útero.

-. "*Advertencia de los riesgos a la paciente y firma del consentimiento informado*", pues la paciente otorgó consentimiento con el diagnostico preliminar ruptura prematura de membranas, consintiendo en los posibles riesgos, entre ellos, la muerte neonatal.

-. La excepción genérica.

2.2.2. LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES

En el consecutivo 04 del expediente digital, se encuentra el escrito de contestación del médico Luis Edilberto Herrera Morales, el cual mediante apoderado expuso las siguientes consideraciones defensivas:

1.- En cuanto a los hechos de la demanda señaló que del 1 al 6 y del 11 al 19 no le constan, mientras sobre los hechos 7 a 10 dijo que son ciertos.

2.- Propuso como excepciones:

-. "*Inexistencia de dolo o culpa grave", c*itó el artículo 19 de la ley 678 de 2001, así como el artículo 90 de la Constitución Política, el artículo 77 y 86 del Decreto 01 de 1984, y el artículo 31 de la ley 446 de 1998, además de jurisprudencia del Consejo de Estado, específicamente sentencia del 29 de marzo del 2012 relacionada con el dolo y la culpa, para luego, afirmar que respecto al médico Herrera Morales solo podrá endilgarse el dolo o culpa grave ante la transgresión de las disposiciones contenidas en la ley 23 de 1981, ley de ética médica y los protocolos atinentes, siendo descartada toda valoración de la responsabilidad objetiva ante la conducta de los médicos.

-. *"Inexistencia de culpa médica y correcto ejercicio de la lex artis ad hoc por parte del Dr. Luis Edilberto Herrera Morales"*. Manifestó que, las notas de la historia clínica evidencian un actuar oportuno desde el momento del ingreso de la paciente Mónica Hurtado cuando se diagnosticó ruptura prematura de membranas desde hace 17 horas, por lo que se realizó un manejo tendiente a la inducción del trabajo de parto mediante la administración de oxitocina con esquema conservador de dosis bajas y aumentos progresivos hasta un nivel máximo de 20 miliunidades, sin que se presentaran complicaciones dependientes del uso de oxitocina como hiperestimulación uterina, dando la inducción el resultado esperado porque en la nota de las 7:29 am del 1 de agosto de 2015 se indicó que la materna está en fase latente de trabajo de parto, transcurriendo 8 horas desde que inició la inducción, por lo que no hay fracaso en esta etapa.

La paciente Mónica Hurtado se cubrió adecuadamente con antibióticos, práctica recomendada por los protocolos cuando la ruptura de la membrana ovular ha evolucionado por más de 12 horas con el fin de prevenir la infección, la cual no se diagnosticó, además estuvo conectada con un dispositivo que permitía evaluar permanentemente las contracciones uterinas y el comportamiento de la frecuencia cardiaca fetal.

Aseveró que, durante el lapso de tiempo entre las valoraciones realizados por el médico Herrera, esto es, entre las 10:38 de la noche del 31 de julio y las 7:00 de la mañana del 1 de agosto de 2015, no se evidenciaron alteraciones en el ritmo cardiaco fetal por lo que no estaba indicado suspender la inducción al parto y optar por la realización de la cesárea.

De lo anterior, se desprende que el médico Herrera actúo conforme a la lex artis, por lo tanto, no existió un errado procedimiento en las atenciones médicas,

quedando demostrado que cumplió con los deberes médicos, toda vez que, ante la ruptura de membrana debía buscarse un parto vaginal.

Resalto que, si bien el médico debe aplicar todo su conocimiento en busca de un resultado beneficioso para el paciente, no esté sujeto a que el resultado sea el esperado, pues se escapa a la esfera de responsabilidad que pese a aplicar en forma correcta la lex artis ad hoc se produzcan eventos inevitables como consecuencia de causas ajenas al actuar profesional o inherentes a la evolución orgánica del paciente, es decir la obligación del médico es de medio y no de resultado.

-. "*Inexistencia de nexo causal*", en este asunto no es factible imputar estos daños al médico Herrera, pues las pruebas aportadas al proceso permitirán establecer que no hay dudas que el galeno no ocasionó los perjuicios alegados, como quiera que el profesional atendió a la paciente Mónica Hurtado desde el 31 de julio a las 10:38 de la noche hasta el 01 de agosto de 2015 a las 7:00 de la mañana con un diagnóstico de gestación de 38 semanas y ruptura prematura de membranas, comprobándose bienestar fetal sin diagnóstico de infección, y se realizó monitoreo fetal electrónico, sin que surgiera alguna indicación para realizar la cesárea.
-. "*Genérica"*.

2.2.3. MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO

En el consecutivo 4 del expediente digital obra el escrito de contestación de la demanda presentado mediante apoderado de la médica Martha Patricia Torres Polanco, en el cual consignó como argumentos defensivos los siguientes:

1.- Respecto a los hechos del 1 al 10, y 17 a 19 no le constan; mientras que, del 11 al 16 son ciertos, aclarando que, no fue tardía la cesárea porque la paciente presentaba ruptura de membranas, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, ni de sufrimiento fetal por lo cual lo indicado era la inducción del trabajo de parto y cubrimiento de antibiótico profiláctico, lo cual se hizo.

2.- Manifestó oposición a las pretensiones de la demanda, porque la médica Torres valoró a la paciente el 1 de agosto de 2015, realizando la evolución a las 7:58 de la mañana encontrando a la gestante en trabajo de parto con 1 de dilatación y actividad uterina regular por lo que aumentó el goteo de oxitocina y continúo antibiótico, nuevamente la observó a las 10:41 de la mañana encontrándola con 2 de dilatación frecuencia cardiaca fetal de 159 en límites normales y aumentó goteo de oxitocina; a las 11:34 la paciente se encuentra en 2 de dilatación pero la médica vislumbró frecuencia cardiaca fetal baja de 50 por lo que se reinició reanimación en útero, suspende la oxitocina y decide hacer cesárea urgente, logrando el nacimiento del bebe a las 11:48 en malas condiciones el cual no es posible reanimar por lo que se declara su muerte a las 12:03.

Señaló que la atención brindada a la paciente fue el 1 de agosto de 2015 siendo adecuada, oportuna y orientada al cumplimiento de todos los protocolos sin improvisación.

Agrego que, se opone al exagerado monto de las pretensiones, pues no debe haber un enriquecimiento injustificado.

3.- Propone como excepciones:

. - "*Sujeción al cumplimiento de protocolos",* pues la muerte del bebe no obedece a la atención prestada por la médica Torres, ya que la misma se hizo en cumplimiento de los protocolos médicos, y el bebe estuvo en buenas condiciones durante las 2 primeras evoluciones y en el momento de presentar bradicardia, la médica actuó conforme a los protocolos. La atención fue pertinente y coherente.

-. *"Cumplimiento de la lex artis",* lo cual se encuentra demostrado con la historia clínica.

-. *"Ausencia de culpa*".
-. "*Inexistencia de nexo de causalidad*", de las pruebas obrantes en el plenario como son la historia clínica y la experticia se corrobora que la médica Torres actuó conforme a los protocolos médicos y como se apreció en la autopsia, los daños causados al feto no son como consecuencia de la atención brindada por la médica.

-. "*Imputabilidad del daño*", la muerte del bebé no es consecuencia del actuar de la médica Torres porque no actúo ni con dolo ni con culpa grave.

2.2.4. LLAMADA EN GARANTÍA ALLIANZ SEGUROS S.A.

En el consecutivo 05 del expediente digital obra el escrito de contestación de la demanda presentado por la apoderada, quien expone las siguientes argumentaciones defensivas:

1.- Manifestó que, en casos de responsabilidad médica la obligación asumida es de medios y no de resultados, incluso respecto de la especialidad gineco-obstetricia, pues se ha señalado que no puede exigirse un resultado concreto, unas garantías o un producto determinado, sino que la obligación es de realizar la actividad de la mejor manera posible, de acuerdo a los conocimientos adquiridos y actualizados y conforme a los usos y técnicas existentes y aceptados por las autoridades médicas.

2.- Resaltó que, aun transcurriendo el embarazo con normalidad, la parte demandante debe probar la falla en el servicio, mientras que cuando el embarazo no transcurre normalmente por presentar alguna anomalía o imprevisto durante el desarrollo del mismo, no es posible un indicio de falla, toda vez que se espera que el parto no se presente en cuestiones de normalidad, por lo que el galeno se debe enfrentar a una serie de riesgos imprevisibles y algunas veces incontrolables una

vez interviene para atender el parto, por lo que corresponde a la actora demostrar diferente a la prueba indiciaria, los hechos que alega.

3.- Frente al asunto objeto de debate señaló: el embarazo de la señora Mónica Hurtado no se desarrolló en condiciones normales, pues según la historia clínica, la gestante sufrió de sangrado vaginal desde las primeras semanas de la gestación, no ganaba peso, el 31 de mayo 2015 la señora Hurtado ingresó al servicio de urgencias con un cuadro de 6 días consistente en eritema, prurito, sensación de ardor y flujo vaginal abundante color amarillo a nivel de la vagina, siendo diagnosticada con vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis que son enfermedades infecciosas y parasitarias, lo cual conlleva riesgos durante el embarazo, como en este caso la ruptura prematura de membranas, lo que trae riesgos como la infección neonatal.

4.- Respecto a los hechos de la demanda esgrimió que los contemplados en los numerales 1 a 7 no le constan, sin embargo, destacó que, la señora Mónica Hurtado tenía 38 semanas de embarazo, por lo que si bien tenía una ruptura prematura de membranas, estaba en término pues la ruptura puede ocurrir a las 37 semanas; se realizó examen ginecológico en el cual se determinó que, se presentaron cambios cervicales favorables para la inducción del parto con oxitocina aumentando la dosis para obtener un numero de contracciones en cierto periodo de tiempo siendo monitoreada continuamente en la sala de partos; se formuló antibioterapia para prevención de cualquier infección; y se prescribió el monitoreo fetal y la vigilancia de la actividad uterina. Y concluyó que, el SES obró con apego a la lex artis.

Señaló que, transcurrieron 12 horas desde que la mujer gestante presentara la ruptura de membranas para inducir el parto, y en este caso la señora Hurtado ingresó, y la orden de inducir el parto se dio a las 10:38 de la noche del 31 de julio de 2015, aproximadamente 20 horas después de que sufrió el rompimiento de membranas, siendo la inducción el mecanismo idóneo.

Frente al hecho 8 al 19 señaló que no le constan, pero indicó que los médicos del SES ordenaron la vigilancia de la actividad uterina y que se informara si se presentaba alguna irregularidad, por lo que a eso de las 3:39 de la mañana se anotó en la historia clínica que la FCF era normal, así mismo se registró dicha normalidad a las 5:00 de la mañana y leves contracciones. A lo que se suma, que en valoración a las 7:29 se dejó registro de que el trabajo de parto se encontraba en fase latente, pues se habían seguido cada uno de los protocolos para conseguir el alumbramiento.

5.- Manifestó oposición a las pretensiones de la demanda.

6.- Presentó como excepciones las siguientes:

-. "Inexistencia de falle médica y consecuentemente de responsabilidad, debido a la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidados de Servicios Especiales de Salud SES – Hospital de Caldas". Resaltó que, desde el momento que la señora

Mónica Hurtado ingresó al Hospital de Caldas se le brindó una atención oportuna, diligente y profesional, siguiendo la lex artis y los protocolos que se han establecido para atender satisfactoriamente el cuadro que la paciente presentaba, lo que se comprueba con la historia clínica. Nuevamente la apoderada hizo alusión a los argumentos expuestos cuando se refirió a los hechos de la demanda.

-. *"Las obligaciones médicas, incluso las derivadas de la especialidad Gineco-Obstetra son de medio y no de resultado."*

-. *"Inexistencia de nexo causal entre el aparente hecho dañoso y los perjuicios alegados por la parte actora".*

-. "*La tasación del daño moral solicitado por la parte actora es excesiva*", por lo que trae a colación la sentencia del 28 de agosto de 2014 proferida por el Consejo de Estado.

-. "*No puede efectuarse el reconocimiento de suma alguna a título de "alteración a las condiciones de existencia*" debido a que es una categoría de perjuicio superada por la jurisdicción contenciosa administrativa". Citó sentencia del 14 de septiembre del 2011 del Consejo de Estado.

-. *"No puede efectuarse el reconocimiento de suma alguna a título de "afectación a los derechos constitucional y convencionalmente reconocidos*" toda vez que la compensación del mismo se efectúa a través de medidas reparatoria no indemnizatorias."

-. "*La Genérica o innominada."*

7.- Frente a los hechos del llamamiento en garantía, manifestó que, el número 1 y 2 son enunciados por lo que no se pronunciara; el hecho 3 es cierto, porque entre la llamada en garantía y el SES se concertaron contratos de seguro, representados en las pólizas: 021920481/0 y 022083979/0, las cuales no ofrecen cobertura para los hechos alegados en la demanda porque no se ha materializado el riesgo asegurado, pues con el acervo probatorio queda demostrado la diligencia con que actúo el SES, sumado a ello, no existe nexo causal; sobre el hecho 4 dijo que es parcialmente cierto, porque las pólizas operan con la modalidad "Claims Made", lo que implica el cumplimiento de dos presupuestos: i) que los hechos objeto de reclamo ocurran después del periodo de retroactividad pactado; y ii) que la reclamación se formule por los terceros afectado y por primera vez a la aseguradora en vigencia de la póliza. En este caso, las pólizas no tienen cobertura para la presente litis, y la póliza No. 022083970/0 no fue reclamada por primera vez durante su vigencia.

El hecho 5 es parcialmente cierto, pues la fecha de notificación de la solicitud de conciliación extrajudicial presentada por los demandantes estaba vigente el contrato de seguro póliza No.021920481/0, pero no se ha realizado el riesgo asegurado. El hecho 6, para la fecha de notificación de la existencia del proceso 19 de diciembre

de 2017 no se encontrabas vigente la póliza No.021920481/0, pues la misma tenía una vigencia entre el 30 de abril del 2016 y el 29 de abril del 2017, mientras que la póliza No. 022083970/0 vigente desde el 30 de abril del 2017 al 29 de abril de 2018 no ofrece cobertura temporal para los hechos objeto de la demanda.

El hecho 7 es parcialmente cierto porque las pólizas No.021920481/0 y 022083970/0, cumplen con los presupuestos para cubrir los eventos. El hecho 8 no es cierto porque no tienen cobertura para los hechos alegados en la demanda.

8.- Manifestó oposición a las pretensiones del llamamiento en garantía.

9.- Propone como excepciones:

-. *"Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de Allianz Seguros S.A. por la no realización del riesgo asegurado."*
-. "Falta de cobertura temporal de la póliza No. 022083970/0."
-. "Carácter meramente indemnizatorio de los contratos de seguros".
-. "Límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado".
-. "En cualquier caso, se deberán tener en cuenta los deducibles pactados."
-. "Exclusiones pactadas en las pólizas de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 021920481/0 y 022083970/0 expedidas por Allianz Seguros S.A.".
-. "Genérica o innominada".

III.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

3.1. PARTE DEMANDANTE

El apoderado de la parte demandante presentó escrito con los alegatos de conclusión y los cuales exponen las siguientes consideraciones (consecutivo 68 del expediente digital):

1.- Concretó como problema a resolver la determinación de la falla en el servicio en que incurrieron los accionados con ocasión del error médico por mala praxis médica, que conllevo al fallecimiento del bebé y que manifestó da lugar a la declaración solidaria de responsabilidad administrativa y patrimonial, que ocasionaría la condena a cancelar la totalidad de los daños y perjuicios ocasionados a las víctimas.

2.- Citó providencia del Consejo de Estado según la cual en casos como el presente predomina la regla de la experiencia cuando el tránsito del período de gestación transcurre sin complicaciones y acaecen hechos que afectan o dañen a la madre o al nasciturus por lo que pregona se infiere la existencia de falla en el servicio, pues quedo demostrado que a la señora Mónica Vanessa Hurtado y su hijo en gestación le fueron desconocidos garantías y derechos fundamentales constitucionales, al evidenciarse una falla en el servicio médico asistencial brindado por las accionadas, dado que los actos médicos fueron los que ocasionaron las complicaciones a la gestante, lo que denota que se apartaron de la norma de atención o lex artis,

ocasionando la responsabilidad extracontractual. Resalto que, a la pregunta formulada por el Juzgador, el médico Jorge Andrés Jaramillo García en la sustentación del dictamen pericial aportado respondió que: *"… en resumen hay fallas en la práctica médica como los son la inducción mal controlada, una posible observación no controlada del feto durante el proceso, y no tomar la conducta de realizar cesárea luego de 12 horas de inicio de inducción sin una respuesta favorable en el proceso de parto…"*. Igualmente destacó varios apartes del dictamen pericial y las respuestas dadas por el perito, para concluir que el proceso de embarazo de la señora Mónica Hurtado tuvo un desarrollo normal del período de gestación, así como que ingresó al Hospital de Caldas en buenas condiciones generales, con adecuado bienestar fetal, lo que daba lugar a que el parto y el nacimiento ocurrieran en óptimas condiciones, sin embargo el tránsito del tiempo sin lograr la dilatación adecuada para el alumbramiento dio al traste con el nacimiento, pues pasó demasiado tiempo entre la ruptura de membranas, sin que se suministrará de manera oportuna la dosis de los medicamentos para inducir el parto, como tampoco se practicó el procedimiento de cesárea ante la prolongación del tiempo sin lograr dilataciones deseadas por un término superior a las 25 horas, más allá de lo recomendado por la lex artis.

Frente a lo anterior, indició que al rendir interrogatorio la médica Polanco, se puede evidenciar que la señora Hurtado ingresó en perfecto estado al SES, sin embargo los demandados pretenden atribuirle responsabilidad a los antecedentes médicos de la paciente, no obstante, dicha situación no era causa que se presentara el deceso del bebé o que no naciera vivo, pues esa condiciones en nada impidieron el alumbramiento, y solo se evidenció en el proceso que los hechos generadores del daño ocasionado fueron el retardo en realizar los procedimientos requeridos del personal de salud, más no la complicaciones con las que venía el feto, siendo notorio que la señora Hurtado llevaba más de 12 horas de trabajo de parto sin presentar complicaciones médicas, sin disminución de la frecuencia cardíaca del nasciturus pese al tiempo que tenía desde la ruptura de membranas, por lo que no pueden decir los demandados que el resultado obtenido es fruto de las patologías que traía el bebé, cuando la complicación médica fue generada después de haber iniciado la inducción del trabajo de parto con el goteo de la oxitocina.

3.- Resaltó la sustentación del dictamen médico rendido por el médico Jorge Eduardo Vélez Arango, quien dijo que, a pesar de las patologías que pudiera presentar el feto no eran causa suficiente para que se diera el fallecimiento in útero no siendo un cordón umbilical solo con dos vasos la causa suficiente para el fatal desenlace.

4.- También destaco la falta de coherencia entre los profesionales que atendieron a la señora Hurtado al indicar la médica Polanco que la actora no tenía un seguimiento estricto de las ecografías, mientras que la médica Andrea Johana Marín Barrera del Hospital de Caldas, señaló que la paciente si tenía ecografías recientes. Igualmente, para la médica Polanco el embarazo de Mónica Hurtado era de alto riesgo mientras que para la médica Marín Barrera no tenía riesgos y contaba con un control prenatal

normal, por lo cual las causas de la muerte del bebé tuvieron origen en la mala praxis médica.

5.- Así mismo, resaltó que, la gestante fue remitida después de 12 horas de presentarse la ruptura de membranas al Hospital de Caldas SES, sin embargo, dicho centro no procedió a practicar el procedimiento en forma oportuno a través de cesárea aduciendo que se basaron en los protocolos médicos que manejan situación que conllevo a la muerte del feto.

6.- A lo anterior, señalo que resulta imposible concebir que se reciba una paciente en trabajo de parto, y el personal médico solo se limite a realizar la inducción del mismo con la aplicación de oxitocina, sin percatarse en las condiciones que ingresa, las patologías durante el periodo de gestación, las condiciones de salud del feto, indicando únicamente un control de la frecuencia cardiaca fetal lo cual estaba en perfecto estado pero una vez se presenta el deceso, se atribuye como causa principal a un sinnúmero de patologías médicas que tenía el bebé, las cuales no fueron conocidas por el personal y aun así procedieron a la aplicación de medicamentos para acelerar el trabajo de parto sin resultados favorables en la paciente.

7.- En el presente caso los demandados se sustrajeron de brindar un servicio de salud de calidad, oportuno y eficiente que la permitiera a la señora Hurtado el alumbramiento y evitar la pérdida de su hijo, y de manera negligente no se aplicaron los medios que se tenían ala alcance conforme al nivel de atención que tiene la capacidad de prestar el SES, sin argumento alguno. Para fundamentar el argumento cito sentencia de la Corte Constitucional, e indicó que conforme al texto jurisprudencial, la demandada se sustrajo en el deber de brindar todas las alternativas disponibles para realizar el parto de manera exitosa para la demandante, pues el servicio público prestado que sirve para concretar sus derechos, no se prestó en debida forma, no siendo atendida en debida forma por la IPS vinculada al extremo pasivo de la litis, pues no se le brindaron los medios adecuados para la atención administrativa y asistencial que demanda el rompimiento de membranas en el embarazo, lo cual impidió el alumbramiento exitoso.

8.- Para acreditar la falla en el servicio, citó jurisprudencia del Consejo de Estado la cual refiere a la prueba indiciaria e indica que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió los estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso.

9.- Concluyó que las patologías presentadas tanto por el feto como por la madre gestante no eran razones suficientes para que ocasionaran la muerte del bebé in útero puesto que el embarazo se presentó en condiciones normales, así como el ingreso al Hospital de Neira con remisión al Hospital de Caldas SES teniendo una inducción de trabajo de parto de manera prolongada, por un lapso de tiempo donde debió tomarse la decisión de la extracción del bebé por una vía alterna (cesárea).

10.- Solicitó se declara la existencia de falla probada o presunta en el servicio por la pérdida de oportunidad de la demandante al haberse demorado el personal médico en practicar la cesárea desde el momento en que inició el trabajo de parto por consiguiente se condene al pago de la totalidad de los perjuicios.

3.2. SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES

En el consecutivo 67 del expediente digital se encuentra el escrito de alegaciones formuladas por el apoderado del SES, las cuales se concretan en los siguientes puntos:

1.- En cuanto al régimen de responsabilidad, citó abundante jurisprudencia del Consejo de Estado y el Tribunal Administrativo de Caldas, para concluir que, cobra importancia la actividad probatoria que despliegue la parte demandante, la cual debe estar encaminada a acreditar y soportar la falla en el servicio médico que se alega, debido a que se trata de una falla en el servicio probada.

2.- Con respecto a las pruebas recaudadas, consignó las siguientes observaciones:

-. Interrogatorio de parte del médico Luis Edilberto Herrera, de la cual extrae que: i) al momento del ingreso de la materna al SES se estratificó la paciente en categoría I con frecuencia cardiaca fetal normal, con ruptura prematura de membranas y se siguió el manejo recomendado en las guías de práctica médica; ii) paciente con embarazo normal pero con complicación relacionada con la ruptura de membrana con la cual venía desde el Hospital de Neira, y al llegar al SES se le instauró un monitoreo fetal consignado en notas de la historia clínica; iii) las guías son recomendaciones médicas que se adecuan a las situaciones que se presentan; iv) no existió inducción fallida en el trabajo de parto; v) la indicación para realizar una cesárea no era absoluta, pues la materna no tenía otras contraindicaciones; vi) la paciente traía una ruptura de membranas de 17 horas; vii) debido a la ruptura de membranas de más de 12 horas se inició con medicación antibiótica por el riesgo de infección; viii) se llevaba a la materna a un parto vaginal; ix) la ruptura de membranas de ningún tiempo implica la realización de una cesárea; x) no hay relación del tiempo de ruptura de membranas con el fallecimiento in útero del feto; xi) detectada la desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal se reintento reanimación in útero aplicando las guías recomendadas y se llevó a quirófano a la madre, lo cual se hizo en el tiempo adecuado; xii) la desaceleración de la FCF no se produjo porque llevara 17 horas con membranas rotas, siendo la causa la comprensión del cordón umbilical y que ocurrió cuando la paciente empezó el trabajo de parto; xiii) la desaceleración inició con el trabajo de parto y no tiene relación con la ruptura sino que es un accidente impredecible, que en el momento de la cesárea el feto tenía una circular del cordón umbilical delgado sin gelatina. Siendo que el cordón tiene 3 vasos normalmente, 2 arterias y una vena y una cobertura de gelatina, cobertura de membranas amnióticas y dentro esta la gelatina, y que esto se da en casos de bajo peso y restricción de crecimiento fetal, y que el feto tenía bajo peso con 2.780 gramos; xiv) no llevaba la paciente 17 horas en trabajo de parto, no existió un trabajo de parto prolongado, y que este dura entre 6

y 8 horas y es la fase latente prolongada cuando transcurren 14 horas o más, y la paciente tarda en llegar a 4 cms, y fase activa del parto cuando se dilata más rápido a partir de 4 cms hasta 10 cms puede tardar hasta 8 horas y se le suman 2 horas de la fase de expulsión en promedio dura 14 horas; xv) no hay complicación en la fase latente, que es diferente a la inducción, y que hay complicación que es un descenso grave de la FCF hasta 50 latidos por minuto, por lo que se iniciaron maniobras de reanimación del feto lo que no funcionó; xvi) el niño tenía el hígado grande, pérdida de sangre, edema del cerebro y una hemorragia supra renal y otros cambios que hablan de una enfermedad crónica, que las patologías encontradas hablan de un feto que venía enfermo; xvii) la comprensión del cordón umbilical llevo a comprimirlo y ello a la hipoxia aguda y había un compromiso perinatal, con una patología a lo que se sumó la comprensión del cordón umbilical que lo llevo a la muerte; xviii) las complicaciones se encontraron al momento de la cesárea y luego con el informe de patología, no habían medios para determinarlo en el momento en el SES; y xix) las anomalías encontradas obedecen a situaciones de índole genético.

-. Interrogatorio de parte de la médica ginecoobstreta Martha Patricia Torres Polanco, y del cual concluyó: i) el feto comenzó a presentar una bradicardia fetal sostenida e iniciaron reanimación in útero que es quitarle el goteo de oxitocina, ponerle oxígeno, darle líquidos, ponerla en decúbito lateral para ver si el feto responde y como no respondió se programó para cesárea urgente naciendo sin signos vitales; ii) se realizó seguimiento al suministro de oxitocina de acuerdo al protocolo del SES; iii) cuando hay una ruptura de membranas se espera a que la paciente empiece sola con el trabajo de parto; y como en el Hospital de Neira vieron que no comenzó trabajo de parto después de las 12 horas de ruptura la remitieron porque en el primer nivel no pueden iniciar inducción con oxitocina, también para iniciar con un monitoreo fetal continuo y ponerle el antibiótico para evitar la infección; iv) no estaba en trabajo de parto activo cuando ingresó al SES, y cuando la paciente ingresó a la institución no tenía ninguna indicación de realizarle una cesárea porque el único motivo que podría darse es cuando en una ruptura prematura de membranas la paciente presente algún signo de infección como taquicardia fetal, taquicardia materna o presencia de fiebre y el hemograma o la PC estén alterados, del resto no, independientemente de las horas de ruptura; si la paciente no tiene ninguna infección, la vía normal es el parto vaginal; v) el bebé, la materna y los paraclínicos estaban perfectos y ya estaba iniciando dilatación y ya tenía actividad uterina y la conducta a seguir era continuar con la inducción y tener un parto vaginal, pues si se hubiera detectado algún signo de infección se hubiera pasado a cesárea pero nunca lo tuvo, por lo que no se pensó en hacer una cesárea, pues después de la ruptura podía seguir hasta 48 horas, y la paciente no había tenido las 36; vi) la única indicación de cesárea es que el feto tenga una condición obstétrica que no permita un parto vaginal; vii) la paciente tenía un embarazo de alto riesgo porque tenía antecedentes de obesidad lo que es un factor de riesgo en la gestación, tenía una glicemia de 100 ml, que cuando empieza por encima de los 95; tenía bajos controles prenatales siendo documentados 3; además no se hizo el seguimiento estricto de las ecografías, no tiene una ecografía de tamizaje, no tiene ecografía de detalle fetal, solo mostró la ecografía del 1 trimestre y una ecografía básica del 3

trimestre y con eso no se pudo detectar cosas que después en el reporte de patología se detectaron; viii) la paciente presentó 3 infecciones urinarias dentro del embarazo y estas infecciones a repetición lo que favorecen la ruptura prematura de membranas y de restricción del crecimiento del feto; ix) el estudio de patología encontraron una hipoplasia renal, un riñón pequeño, una hepatomegalia, un hígado y un vaso grande, un cordón de dos vasos y una arteria umbilical única, cuando siempre debe tener 3, una arteria y una vena, y al tener una sola arteria eso disminuye la oxigenación del feto, entonces esa arteria umbilical única fue lo que durante el trabajo de parto hizo disminuir el flujo sanguíneo al bebe y no aguantó y por eso se bajó su frecuencia cardiaca, lo que no se detectó en ecografías previas de los controles prenatales; x) al cuerpo médico le quedaba imposible cuando llegó la paciente al Hospital de Caldas detectarle esas situaciones; xi) dentro de los hallazgos que se encontraron al realizar la cesárea se encontró un cordón con poca gelatina de Wharton, que es un tejido viscoso como un colchón que recubre todo el cordón umbilical, y al no tener esa gelatina cubriendo los vasos y por solo tener una sola arteria, un bebé sometido a un trabajo de parto y a unas contracciones y con una circular enredada en el cuello fueron la causa que disminuyera la frecuencia del feto y por eso no resistió el trabajo de parto. Siendo la única forma de detectar una circular del cuello mediante una ecografía del 3 trimestre, pero en la que llevó no hicieron diagnóstico de una circular en cuello, dicha ecografía previa se hace antes de la semana 36 y en la ecografía que llevó la paciente correspondía más o menos a la semana 34 y no tenía reportada una circular de cordón; xii) no se tiene como protocolo hacer ecografías a todas las pacientes que ingresen a trabajo de parto, y la paciente no tenía ninguna indicación para hacerle una ecografía y así tuviera esa circular en cuello tampoco era mandatorio la realización de una cesárea, y que las patologías del bebé con una ecografía anterior, previa y reciente se habrían podido verificar que tenía como la arteria umbilical única, un cordón delgadito y la circular en el cuello, y si se hubieran verificado estas patologías con una ecografía anterior el procedimiento a seguir durante el parto era programarle la cesárea previamente; xii) ni al SES ni a los especialistas que atendieron a la paciente les correspondía hacer nada diferente a la implementación del protocolo que se tiene en la institución; xiii) la paciente contaba con todo lo necesario para la atención de un parto ideal, una instalación física muy adecuada, contaba con un monitor fetal, contó con dos Ginecobstetras las 24 horas, contó con una auxiliar que está monitoreando permanentemente a la paciente, contó con un quirófano disponible solo para las pacientes maternas por lo que el Hospital de Caldas contaba con todos los medios para poder sacar un parto exitoso; xiv) el conjunto de todos los hallazgos que tenía el fallecido venía con algo crónicamente alterado; xv) una gestante que tenga alto riesgo debe hacerse un control mensual con obstetra, porque por lo general las maternas con embarazo de bajo riesgo solo tienen dos controles prenatales con obstetra, del resto los hace un médico general, pero era mandatorio en esta paciente que la viera un Ginecobstetra cada mes, que tuviera una ecografía de tamizaje genético entre la semana 11 y 14 y que tuviera la ecografía de detalle fetal entre la semana 20 a 24, ese es el protocolo y que su atención del parto o la cesárea sea en una institución de 3 nivel y nada de eso se cumplió, no tenía controles con obstetra, ni tuvo las ecografías que se le hacen a las pacientes con alto riesgo, ni se trató a la paciente cuando rompió las membranas en una institución de 3 nivel; a

ella la iban a atender en el municipio de Neira en un primer nivel cuando tenía indicación desde el inicio de haberse remitido a un 3 nivel; xvi) a los obstetras les quedaba muy difícil adivinar en el trabajo de parto sobre las patologías crónicas que traía el feto y que se respondió a esa complicación aguda de manera eficiente y que así se hubiera hecho más el bebé no iba a aguantar, *pues "ningún obstetra quiere que el bebé se le muera"*, que se hizo todo lo que se pudo y que se actuó pertinentemente en este caso, y de haberse conocido esas patologías previamente el camino a seguir era haberle programado una cesárea programada en la semana 39, haberla desembarazado en esa semana y no haber esperado que ella rompiera membranas, ni iniciado trabajo de parto, ni montar oxitocina, porque se hizo todo esto con desconocimiento de lo que venía presentando el feto de base; y xvii) de haberse realizado las ecografías y los controles por obstetra durante la gestación, el bebé habría tenido posibilidades de vida.

-. Testimonio de la médica ginecobstetra Andrea Johana Marín, y del cual señala: i) la paciente se encontraba en buenas condiciones de salud, con monitoria fetal continua y con un feto normal, estuvo vigilada y monitorizada y estuvo estable todo el tiempo hasta que presentó las desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, ante lo cual, los profesionales iniciaron el protocolo de reanimación fetal y se pasó cesárea urgente, que fue rápido; ii) llamó la atención que el feto tuviera una arteria umbilical única, lo cual no es normal porque los fetos tienen 2 arterias umbilicales y cuando hay una sola arteria umbilical les puede hacer sospechar de posibles malformaciones fetales; iii) en el Hospital de Caldas se cuentan con monitoreos fetales para cada paciente y por eso todo el tiempo estuvo monitorizada, y todo el tiempo se estaba escuchando la fetocardía lo cual permite detectar cuando se presentan desaceleraciones de la frecuencia y cuando las cosas no van bien; iv) el médico Edilberto Herrera entregó el turno sin indicaciones de que la paciente necesitaba una cesárea porque estaba en un proceso de inducción con un monitoreo normal; iv) durante la noche se evidenció un trazo normal del monitoreo fetal; v) le explico a los familiares del bebé fallecido la importancia de realizar una patología al feto para esclarecer la causa de la muerte, a lo cual se negaron; y vi) señaló que habló con los padres del recién nacido y les manifestó que desconocía lo que había pasado porque el bebé siempre estuvo monitorizado, y se pasó a cirugía inmediatamente.

-. Dictamen pericial rendido por la Ginecobstetra Liliana del Socorro Dávila Arias, aportado por la demandada Martha Patricia Torres Polanco, y con respecto al cual extrae las siguientes conclusiones: i) el manejo dado a la paciente estuvo acorde con los protocolos existentes, sin evidencia de descuido por parte de los médicos; ii) existe evidencia del seguimiento mediante monitoreo fetal continuo según el protocolo; iii) es fundamental el protocolo de necropsia especialmente en lo relacionado con malformaciones congénitas; iv) que de la descripción de una hipoplasia (no formación completa renal y de anormalidades con el cordón umbilical) se puede sospechar situaciones no conocidas determinantes en la evolución por parte del feto en la fase prenatal; v) "*Que realizando una revisión objetiva del caso nos lleva a concluir que no hay ninguna conclusión certera frente al diagnóstico de los resultados"*, y "*Que debe existir alguna razón que aún no ha sido suficientemente*

documentada y que no fue conocida por los médicos."; vi) que el tratamiento dado por la accionada Torres se adecua a la lex artis; vii) la paciente nunca tuvo la indicación de una cesárea; viii) que las anomalías y malformaciones que presentaba el feto tuvieron incidencia en el parto; ix) con un cordón delgado y una circular, la mínima comprensión que se realice durante la actividad uterina, el cordón no aguanta un trabajo de parto activo, lo que no se puede predecir porque la paciente no tuvo ecografías especializadas que hubieran detectado las anomalías, pues las que aparecen son realizadas por un médico general; y x) finalmente que entre las semana 11 y 14 se debe tomar una ecografía de tamizaje genético donde se puede detectar en el feto malformaciones congénitas.

.- Dictamen pericial rendido por el Ginecobstetra Jorge Andrés Jaramillo García aportado por la parte demandante, con respecto al cual consignó las siguientes conclusiones: i) destacó que el perito no tenía conocimiento de 2 de los 3 documentos del estudio de patología, porque le fue solo entregado el informe del estudio anatomopatológico y no le dieron a conocer el estudio de la placenta donde se advirtió la presencia de una arteria umbilical única. Señaló que dicho documento lo aporto el apoderado del accionante con la subsanación de la demanda el 18 de octubre del 2017 y el dictamen pericial fue elaborado en junio del 2017, por lo que consideró que es una maniobra de mala fe; ii) resalto que el perito desconocía que el feto tuviera una arteria umbilical única, señalando que, en ese caso se podrían considerar posibles alteraciones cardiacas del bebé, por lo que se presentarían posible compromiso fetal; iii) en cuanto al estudio anatomopatológico, destacó que el perito, manifestó que la gelatina de Wharton actúa en los vasos del cordón umbilical como un amortiguador a las comprensiones externas, y si es escaza, se puede generar un colapso impidiendo el flujo sanguíneo a través del cordón; iv) destaco que debido a dicho hallazgo también se podían evidenciar la presencia de alteraciones graves en el feto como alteraciones cardiovasculares, por lo que es importante la realización de la necropsia; v) así mismo, resaltó que el perito refirió que al presentarse los hallazgos de circular de cordón son situaciones imprevisibles que se atiende en el parto, siendo la única forma de saber la existencia de una arteria umbilical única: la práctica de una ecografía de detalle; vi) respecto al hecho de que el feto tuviera una única arteria es una situación genética; vii) que las circulares de cordón pueden producir sufrimiento fetal; viii) enfatizó en el dicho del perito dice, que si las alteraciones del bebé estuvieron relacionadas con afecciones de tipo vascular independientemente del momento en que se haga la interrupción de la gestación el resultado fetal al final sería el mismo, pues si nació vivo la presencia de la única arteria lo llevarían al fallecimiento; ix) también señaló como el experto, indicó que una serie de síndromes mal formativos en el bebé aunque no son óbice para que muera intrauterinamente sin son desencadenantes una vez nazca de una serie de alteraciones que lo llevarían a la muerte; x) con una sola vena se altera la perfusión del bebé; xi) resalto que el perito da más crédito al resultado de patología que a la descripción clínica; y xii) pueden todas las condiciones confluir al momento del trabajo de parto que impidan el paso de sangre de manera adecuada y de oxígeno al bebé.

3.- Conclusiones: i) los testimonios, interrogatorios, pruebas periciales e historia clínica dan cuenta de la diligencia, cuidado, eficiencia, prudencia, atención oportuna dispensada a la señora Mónica Vanessa Hurtado y al niño por nacer, sumado a la idoneidad del grupo disciplinario; ii) la parte actora no probaron las deficiencias en la prestación del servicio ni los eventuales perjuicios; iii) destaco que la parte actora no practico testimonios de especialistas en medicina; iv) en cuanto al dictamen aportado resalto que no recibió la documentación completa; v) concluyó que la muerte del menor no fue a causa de una falla en el servicio médico; vi) no existió un error de diagnóstico; vii) se presentó una falla de la EPS a la cual se encontraba afiliada la señora Mónica Vanessa Hurtado al no ordenar la práctica de ecografías y controles de embarazo con médico obstetra.

3.3. ALEGATOS LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES

En el consecutivo 65 se encuentra el escrito de alegaciones presentado por el apoderado del señor Luis Edilberto Herrera Morales, en los cuales se expuso como argumentos defensivos los siguientes:

1.- Señaló como interrogante a dar respuesta el siguiente: *"¿Se pregunta entonces, se demostró en este asunto, que la muerte in útero del hijo de la demandante Mónica Vanessa Hurtado García, fue a consecuencia de la conducta negligente e imperita del Dr. Luis Edilberto Herrera Morales?"*

Para dar respuesta a dicho interrogante que se formuló, señaló:

-. Las notas de la historia clínica evidencia un actuar oportuno desde el momento de ingreso de la paciente al SES Hospital de Caldas, pues el diagnostico fue de ruptura prematura de membranas al momento de la valoración habiendo transcurrido 17 horas, por lo que se hizo manejo médico tendiente a inducción del trabajo de parto mediante la administración de oxitocina con esquema de dosis bajas y aumentos progresivos hasta un nivel de 20 miliunidades, aspecto sobre el cual no se presentaron complicaciones.

-. Durante la inducción según nota de las 7:29 am del 1 de agosto de 2015 la paciente se encontraba en fase latente de trabajo de parto habiendo transcurrido 8 horas desde que se inició la inducción.

-. La paciente se cubrió con antibióticos siguiendo los protocolos cuando la ruptura de membranas ovulares ha evolucionado por más de 12 horas para prevenir la infección, aunque la misma no fue diagnosticada.

-. La paciente estuvo conectada a un dispositivo electrónico que permitió evaluar permanente las contracciones uterinas y el comportamiento de la frecuencia cardiaca fetal, por lo cual no era viable suspender la inducción.

-. Manifestó que durante el lapso de tiempo que fue atendida la paciente por el médico Herrera entre las 10:38 de la noche del 31 de julio hasta las 7:00 de la mañana del 1 de agosto de 2015, no se presentaron alteraciones en el ritmo cardiaco fetal y por ello, no estaba indicada como conducta médica suspender la inducción del trabajo de parto y programar la realización de cesárea. Es por ello, que consideró que el médico Herrera actúo bajo la lex artis ad hoc, y no hubo un deficiente y errado procedimiento, quedando demostrado que cumplió con sus deberes médicos, ya que la conducta indicada ante ruptura de membranas es la inducción del trabajo de parto y la búsqueda de un parto por vía vaginal.

2.- Respecto a las probanzas practicadas dijo:

-. Según el dictamen del médico Jorge Eduardo Vélez Arango: La paciente Mónica Vanessa Hurtado no estaba en trabajo de parto desde la ruptura de membranas, ni tampoco cuando ingreso al SES Hospital de Caldas, ya que dicho trabajo de parto inició el 1 de agosto de 2015 a las 3:39 de la mañana cuando empiezan contracciones conforme la historia clínica, por lo que, durante el turno del médico Herrera siempre estuvo en fase latente de trabajo de parto hasta a las 7:00 de la mañana, sin que se presentara indicación de realizar cesárea, porque no existía compromiso fetal que impusiera la necesidad de desembarazar. Afirmó que la paciente nunca llegó a la fase activa del trabajo de parto y la orden de cesárea es a consecuencia de las desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

También resalto que, se tomaron las conductas adecuadas para el caso, y la inducción ordenada por el médico Herrera se ajustó a la pauta de atención porque es el método más eficaz, además se ordenó el monitoreo fetal constante.

-. Declaración de la médica Andrea Johana Marín, quien valoró a la paciente durante su estancia en hospitalización, y quien dijo que la paciente siempre tuvo monitoria fetal, y en la noche del 31 de julio de 2015 no se evidenciaron desaceleraciones en la frecuencia cardiaca fetal. Señalando también que el médico Herrera al entregar el turno no hizo indicación alguna ni orden de cesárea, debido a que la paciente se encontraba en fase latente de trabajo de parto sin complicación, siendo la inducción indicada ajustada a las guías institucionalizadas.

-. En cuanto al dictamen pericial expuesto por la médica Liliana Dávila, resalto que la perito, afirmó que a la paciente se le efectúo un seguimiento oportuno, siendo que la inducción ordenada se apegó a las guías de manejo, la cual inició a la media noche, mientras que el trabajo de parto empezó a las 3:39 de la mañana, cuando inician las contracciones, por lo que el trabajo de parto prolongado no tiene ninguna incidencia en la fase latente.

En este caso, la paciente nunca llego a la fase activa del trabajo de parto, por lo que la orden de realizar cesárea solo se hizo necesaria cuando se evidencia las desaceleraciones en la frecuencia cardiaca fetal que ocurrió a las 10 de la mañana del 1 de agosto de 2015, a pesar de realizarse monitoreo fetal permanente.

-. En cuanto a la prueba documental, destacó el informe anatomopatológico No. PAT 15-013678.2015-08-04, y aseguró que conforme a los profesionales de la salud Vélez, Dávila y Marín los hallazgos en la descripción microscópica y el diagnostico histológico se evidencia una posible causa del deceso, debido a que el feto presentaba alteraciones consistentes en un cordón umbilical con solo dos estructuras umbilicales, siendo lo normal tres, lo que aseguró puede explicar la causa de la muerte del feto, porque dicha condición dificulta el proceso de oxigenación que desencadena una hipoxia fetal.

-. También resalto que, conforme a la historia clínica, el cordón umbilical tiene escasa presencia de gelatina de Wharton, sustancias que da soporte a los vasos sanguíneos cuando hay deficiencia en los mismos por lo que la oxigenación se ve afectada.

-. En cuanto al dictamen pericial emitido por el médico Jorge Andrés Jaramillo García destacó que, la fase latente del trabajo de parto, inicia con la ruptura de membranas, es decir que la paciente al ingreso al SES Hospital de Caldas ya habían transcurrido 18 horas de la primera etapa, y solo a partir del ingreso dentro de las 12 horas siguientes, si el trabajo de parto no avanza se ordena la cesárea, pues en este caso a eso de las 7:29 de la mañana se pensó en reforzar la oxitocina con dosis mas altas ya que la conducta no surtía efectos.

Así mismo, el perito destaco que la médica Martha Patricia Torres, señaló en la declaración rendida que, el 85% de las gestantes que hacen ruptura de membranas tienen su parto en las siguientes 48 horas sin ningún tipo de intervención, por lo que simplemente se la deja en observación y se espera espontáneamente inicie el trabajo de parto, siendo una conducta completamente válida, aunque considera que la cesárea debió hacerse más temprano y no esperar hasta las 11:30 de la mañana, y reconoció que el médico Herrera no tenía que ordenar durante el turno la realización de la cesárea.

También señaló que, los hallazgos en el informe anatomopatológico de la placenta, es decir, relacionados con la arteria umbilical única puede producir colapso cardiaco, pero no que haya desencadenado la muerte del bebé, pero reconoció que la falta de gelatina de Wharton genera que los vasos sanguíneos colpasen y generen problemas de oxigenación.

Finalmente, afirmó que en el criterio del apoderado debe darse mayor credibilidad a lo expuesto por los profesionales Jorge Eduardo Vélez Arango y Liliana Dávila porque en sus deponencias se evidencia mayor rigorismo en las sustentaciones y las afirmaciones encuentran respaldo en las contradicciones del informe escrito presentado por el perito citado Jaramillo, en el cual preciso que, no se realizó una inducción adecuada sin embargo reconoció que el 85% de las gestantes se desembarazan en las 48 horas siguientes; así como también, señaló que, los embarazos mayores de 34 semanas se recomienda luego de 12-18 horas de ruptura iniciar el proceso de inducción, y en el lapso de 6 horas la paciente ya debe estar en un trabajo de parto activo, esto es, una dilatación superior a los 4 cm,

desconociendo lo dicho por los citados peritos Vélez y Dávila en el sentido de que, la paciente no empieza trabajo de parto tan pronto se inicia la oxitocina, y que la fase latente tiene duración de 10-12 horas.

Añadió que, a las 22:38 el médico Herrera abrió la historia clínica de la paciente, y en consulta demora unos 25 a 30 minutos, por lo cual término a eso de las 23:00 y 23:10, luego se tomó monitoreo fetal con duración de 20 minutos, por lo que la inducción no se inició a las 22:38 horas, ocurriendo 1 hora y media después, hacia la medianoche, lo que quiere decir que entre las 00:00 y las 7:29 del 1 de agosto habían transcurrido 7 horas y media, lo que da un promedio de 45 minutos de intervalo ente cada incremento de la dosis de oxitocina, comenzando con 2 mUl/min y llegando a 20 mUl/min que fue lo ordenado a las 7:29 de la mañana por la médica Martha Torres, lo cual es aceptable.

También destaco que el perito afirmó que durante el turno del médico Herrera reconoce que no había ninguna indicación para ordenar o realizar cesárea, lo que demuestra que el trabajo de parto avanzaba en condiciones normales y que la inducción se ajustaba a los protocolos.

-. Concluyo que en este caso se presenta la inexistencia de un nexo causal entre el actuar del profesional Herrera y la muerte del hijo de la paciente Mónica Vanessa Hurtado García.

3.4. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN MARTHA PATRICIA TORRES

En el consecutivo 66 del expediente digital se encuentra el escrito de alegaciones presentada por la apoderada de la médica Martha Patricia Torres Polanco y en el cual se expuso las siguientes conclusiones:

1.- En cuanto a la ausencia de culpa, señaló que conforme a las notas de la historia clínica se demostró que el acto médico desplegada por la galena Torres Polanco se efectúo de manera oportuna, adecuada, diligente y cuidadosa de conformidad con las normas de atención, pues atendió a la señora Hurtado el 1 de agosto de 2015 a las 7:58 de la mañana, encontrándola en fase latente de trabajo de parto con 1 cm de dilatación y actividad uterina regular por lo que aumentó el goteo de oxitocina y continuó con antibiótico, y a las 10:41 am valoró nuevamente a la paciente hallándola con 2 cms de dilatación frecuencia cardíaca fetal de 159 en límites normales por lo que aumentó el goteo de oxitocina y a las 11:34 am al revalorar a la paciente y al encontrar la FCF de 50 realizó reanimación en útero, suspendió la oxitocina y realizó cesárea urgente logrando el nacimiento del bebé en malas condiciones el cual falleció a las 12:03.

2.- Según las pruebas practicadas se demostró que la paciente no requería la práctica de una cesárea en su ingreso al SES Hospital de Caldas el 31 de julio de 2015, y menos el 01 de agosto de 2015, pues lo indicado era continuar con el trabajo de parto, durante el cual la paciente estuvo todo el tiempo monitorizada, y se encontraba estable.

3.- Manifestó que los testigos y peritos en el presente asunto fueron contestes en señalar que la paciente Hurtado no requería la realización de una cesárea ni al ingreso ni durante la evolución de la inducción de trabajo de parto, y solo lo requirió a las 11:34 am momento en el cual la FCF bajo a 50.

4.- Resaltó que de los dictámenes periciales de la médica Dávila y Vélez que el esquema de manejo de la oxitocina varía según la paciente, y fue dada a la paciente en dosis bajas y que se incrementó progresivamente, y además que la ruptura de membranas indica la inducción del trabajo de parto más no la practica de la cesárea en el momento del ingreso de la materna y menos durante la evolución del trabajo de parto.

5.- Respecto al elemento de inimputabilidad del daño, aseguró que en el proceso no existe prueba que demuestra que la médica Torres Polanco haya causado daño a la paciente o al bebé, pues el actuar de la profesional fue el indicado.

6.- También se refirió al examen anatomopatológico señalando que según los peritos Dávila y Vélez la condición biológica del bebé no era normal lo que podía explicar la posible causa del bebé al ser retirado de la madre por la imposibilidad de oxigenar de manera independiente.

7.- En lo tocante a la ausencia de nexo causal, reiteró que la atención brindada por la médica Torres Polanco fue adecuada, oportuna, pertinente conforme a las guías y protocolos.

3.5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN ALLIANZA SEGUROS S.A.

En el consecutivo 69 del expediente digital obra el escrito de alegaciones en el cual se exponen los siguientes argumentos:

1.- Con respecto a las pruebas practicadas advierte que:

i) Respecto al Interrogatorio de parte que se recibió al médico Morales Herrera se tiene que: - monitoreo fetal permanente registrado en la historia clínica; - guía no es camisa de fuerza; - no hay inducción fallida; - cuando la paciente arribó al SES comenzaron antibióticos y terapéuticos; - no había indicación de cesárea; - al presentarse desaceleraciones, la médica realizó maniobras de reanimación que es la conducta adecuada, y el tiempo desde la detección y la llevada a quirófano es el justo; - el peso del bebé era bajo y carecía de la gelatina de Wharton; - no se presento inducción fallida; - se mantuvo vigilancia en el trabajo de parto; - no se presento complicación en el trabajo de parto pues la paciente se encontraba en la fase latente dentro del tiempo normal estimado; - son cosas diferentes la inducción y la ruptura de membranas; - con la ruptura de membranas se esta en una fase latente de parto; - en el cordón umbilical se encontraban dos vasos sin gelatina de Wharton lo que permite la hemorragia de los pulmones, señalando que de haber nacido el bebé tendría anemia, edema de cerebro y hemorragia de las glándulas

suprarrenales que son cambios agudos; - refirió a la existencia de una enfermedad crónica en el feto, pues viene enfermo además de una comprensión brusca de cordón, hipoxia hay sufrimiento fetal agudo que lo llevaron a la muerte.

ii) En relación al interrogatorio de parte de la médica Martha Patricia Torres destacó: - realizo seguimiento al protocolo general y al del Hospital de Caldas para manejo de oxitocina; - señaló que el paso a seguir ante una mujer que presenta 12 horas de ruptura es que se hospitaliza y se deja que avance, y cuando se cumplen las 12 horas se debe montar goteo de oxitocina, y preciso que del Hospital de Neira la remitieron para inducción con oxitocina; - dijo que la paciente no tenía indicación de cesárea; - se trataba de un embarazo de alto riesgo porque la paciente había sido obesa, tenía glicemia, bajos controles prenatales, no había ecografía de tamizaje, y había tenido 3 infecciones urinarias; - el bebé presentaba un riñón pequeño y otro grande, hígado y baso grande, cordón umbilical débil sin gelatina de Wharton, y la arteria umbilical que debía tener tres vías y solo tenía dos; - la sola arteria fue la causa de la disminución de la frecuencia cardiaca, lo cual solo se dieron cuenta en la cesárea, pues no tenía indicación de realizar la ecografía, pero el feto en condiciones normales aguantaría el trabajo de parto; - un feto normal aguantaría una circular que se podía identificar con una ecografía y se hubiera programado una cesárea; - se aplicaron los protocolos correspondientes; el bebé no resistió debido a la complicación aguda de la frecuencia cardiaca porque ya presentaba patologías de base además del cordón sin gelatina.

iii) Respecto a la declaración rendida por la testigo Andrea Marín Barrera, señalo que, se recibió a la paciente en buenas condiciones en inducción de trabajo de parto con monitoreo fetal continuo y feto en buenas condiciones; - a la paciente le fue suministrado oxitocina siguiendo el protocolo institucional, la cual va en aumento; la paciente estuvo vigilada permanente y estable hasta que se presentó desaceleración de la FCF y ante el hecho se siguió el protocolo; - estuvo al momento de la reanimación pero no de la cesárea; - llama la atención de única arteria umbilical, que no es normal; - el monitoreo no es una herramienta totalmente fidedigna; - no existía orden para realizar la cesárea, la cual cuando se practico fue rápida en 30 minutos.

iv) Dictamen de la médica Liliana del Socorro Dávila, sobre el mismo refirió: - sobre la paciente indicó que antes de las 11 de la mañana no tenía indicaciones de cesárea, y - no se realizaron ecografías especializadas para detectar anomalías.

v) Dictamen rendido por el médico Jorge Jaramillo, destaco que el perito dijo: - la madre no tenía indicación de cesárea y solo conocido el sufrimiento fetal se procedió a la práctica de una; - entre las 7 y 10 de la mañana no se observa situación para cambiar la conducta; - no se presentó evento que determinará la realización de una cesárea urgente; - inducir trabajo de parto fue una conducta adecuada; - se observa en el bebé hipoplasia renal, dilatación cámaras cardiacas que podrían explicar la desaceleración; - se hizo manejo adecuado del protocolo.

2.- Conclusiones:

i) El acto médico dispensado al binomio madre- hijo se ciño a las guías y protocolos médicos vigentes, sin retardo alguno, siempre hubo un monitoreo fetal.

ii) Cuando se produjo el descenso el cuerpo médico actuó para conjurar la situación realizando reanimación sin obtener respuesta satisfactoria, el procedimiento de cesárea se realizó en un tiempo muy corto.

iii) El bebé contaba con una serie de situaciones ajenas y externas al acto médico, que solo podían ser analizadas con ecografías especiales, las cuales no fueron practicadas, evento no imputable al SES, y que no había razón de sospechar al momento del ingreso médico.

iv) Se presenta ausencia del nexo causal al no existir prueba alguna que demuestre porque hubo descenso de la FCF de manera súbita aun cuando se estaba en escenario de normalidad.

v) Se presentó en la demanda una exorbitante tasación de perjuicios y se reiteró el perjuicio por “alteraciones a las condiciones de existencia o afectación a los derechos constitucional y convencionalmente reconocidos”.

3.- En cuanto al llamamiento en garantía afirmó que, se la póliza No. 022083970 se encontraba vigente entre el 30 de abril de 2017 al 29 de abril del 2018, y opera bajo la modalidad de Claims Made o reclamación, por lo que es necesario que los hechos ocurran dentro de su vigencia, pero la primera reclamación del asegurado ocurrió el 12 de enero del 2017 esto es, posterior a la finalización de la vigencia.

Respecto de la póliza No. 021920481 señaló que no se estructuró la responsabilidad del asegurado, por lo que no se realizó alguno de los riesgos del asegurado, pues no se demostró la ocurrencia del siniestro según el artículo 1072 del Código del Comercio en armonía con el 1054, por lo que la obligación indemnizatoria solo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado, por lo que la póliza no puede se afecta, ante los riesgos excluidos, siendo el límite asegurado de $2.400.000.000 y un deducible equivalente al 10%.

IV.- CONSIDERACIONES

4.1. PROBLEMA JURÍDICO

En la diligencia de audiencia inicial celebrada el 05 de noviembre del 2020, se determinaron como problemas jurídicos a resolver, los siguientes:

¿Es procedente declarar la responsabilidad administrativa y patrimonial de los demandados por los perjuicios causados a los demandantes, por la presunta falla en la prestación de servicio médico obstétrico, referente a la atención en el parto de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA y que ocasionó la muerte del nasciturus?

¿En caso de resultar condenado Servicios Especiales de Salud SES, la póliza expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. cubriría los perjuicios reclamados?

Sin embargo, esta Juzgadora considera que el primer interrogante a resolver es el siguiente:

1.- ¿Cuál era el estado de salud de la señora Mónica Viviana Hurtado García y el feto al momento del ingreso al SES Hospital de Caldas?

2.- ¿Qué conducta a seguir por los médicos que atendieron el parto de la señora Mónica Vanessa Hurtado García era la más adecuada?

3.- ¿Qué conducta era la adecuada a seguir por parte del médico que atendió a la señora Hurtado García en el ingreso al SES Hospital de Caldas?

4.- ¿Cuáles son los pasos del Procedimiento de inducción del trabajo de parto?

4.1.- Determinar en qué fase del parto se encontraba la señora Mónica Vanessa Hurtado en el momento de ingreso al SES Hospital de Caldas.

4.2. Establecer si fue adecuado el manejo del procedimiento de inducción del parto que se adelantó a la señora Mónica Vanessa Hurtado García.

4.3. Consecuencias del manejo inadecuado de la oxitocina en el procedimiento de inducción del trabajo de parto.

4.2. TESIS DE LAS PARTES

4.2.1. TESIS DE LA PARTE DEMANDANTE

La parte demandante, asegura que el SES Hospital de Caldas y los médicos Luis Edilberto Herrera Morales y Martha Patricia Torres Polanco incurrieron en falla del servicio médico al no practicar el procedimiento de cesárea ante la ruptura previa de membranas de más de 17 horas, e inducir el parto mediante una aplicación de oxitocina irregular no acorde con los parámetros señalados.

4.2.2. TESIS DE LAS PARTES DEMANDADAS

La parte actora señaló que, tanto el demandado SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES – como los médicos accionados en su actuar se adecuaron a la lex artis, advirtiendo que, los resultados obtenidos con el fallecimiento del que esta por

nacer fueron producto de las patologías que presentaba, mas no de las conductas desplegadas por los galenos al atender a la paciente, a la cual se le brindo el servicio requerido sin limitación alguna.

4.3. PRESUPUESTOS PARA LA CONFIGURACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL ESTADO

4.3.1. EL DAÑO

El artículo 90 de la Constitución Política de Colombia de 1991 dispone que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

En el caso sub lite, se presenta el reclamo, por la falla en la prestación del servicio de salud en la atención brindada por la entidad demandada a la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA que trajo como consecuencia el fallecimiento del recién nacido hijo de la citada.

Con el fin de establecer el daño que predican los demandantes, es necesario indicar en cuanto al padecimiento de un daño derivado del fallecimiento del feto hijo de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, el 01 de agosto de 2015, hecho este del que obran en el expediente los siguientes medios de convicción:

- Certificado de Defunción Antecedente para el Registro Civil del hijo de Mónica Vanessa Hurtado García siendo la fecha el 01 de agosto del 2015 que aparece como de fallecimiento (fl. 54 del consecutivo 01 del expediente digital), el cual es firmado por la médica Martha Patricia Torres Polanco, con fecha de expedición de ese mismo día.
- Historia clínica con anotación del 01 de agosto del 2015 a las 12:03 de la tarde, en la que se registró que se suspendieron las maniobras de reanimación sobre el feto.
- A folio 108 del consecutivo 01 del expediente digital se encuentra el “Informe de Estudio Anatomopatológico” del hijo de Mónica Vanessa Hurtado de fecha 24 de agosto de 2015 con número de patología: PAT15-013603.

Analizadas las pruebas allegadas para demostrar el fallecimiento del hijo de la señora Mónica Vanessa Hurtado es necesario para esta Juzgadora referirse al medio probatorio considerado idóneo para acreditar el estado civil de las personas, y así como se citará providencia del 06 de octubre del 2022 proferida por el Consejo de Estado, y en la cual se consigno frente a la acreditación del estado civil lo siguiente:

“3.3. DE LA ACREDITACIÓN DEL ESTADO CIVIL

El estado civil es considerado dentro del ordenamiento jurídico[1] colombiano como un atributo de la personalidad que tiene como finalidad determinar la situación de una persona en la familia y en la sociedad para efectos que de él se deriven derechos y obligaciones. Asimismo, se entiende como su situación jurídica en la familia y la sociedad determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley.

La Constitución de 1886 en su artículo 50[2] dispuso que el estado civil sería regulado por el poder legislativo, por lo que el Congreso de la República, a través de la Ley 57 de 1887, expidió el Código Civil el cual en su artículo 2211 estableció como pruebas principales del estado civil, respecto de nacimientos, matrimonios o defunciones de personas bautizadas, casadas, o muertas en el seno de la iglesia católica, las certificaciones que con las formalidades legales expidieran los respectivos sacerdotes párrocos, insertando las actas o partidas existentes en los libros parroquiales.

Posteriormente, a partir de la Ley 92 de 1938 se determinó que los documentos expedidos por la Iglesia Católica eran supletorios y sólo tendrían el carácter de pruebas principales del estado civil las copias auténticas de las partidas del registro del estado civil, expedidas por los notarios, el alcalde municipal, los funcionarios consulares de Colombia en el exterior y los corregidores e inspectores de policía, quienes quedaron encargados de llevar el registro del estado civil de las personas respecto de los nacimientos, matrimonios, defunciones, reconocimientos y adopciones, efectuados con posterioridad a la vigencia de la norma.

Finalmente, el Decreto Ley 1260 de 1970 estableció como prueba única del estado civil para los nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos después de su vigencia, las copias auténticas de los registros civiles, a saber:

«Art. 105.- Los hechos y actos relacionados con el estado civil de las personas, ocurridos con posteridad a la vigencia de la Ley 92 de 1938, se probarán con copia de la correspondiente partida o folio, o con certificados expedidos con base en los mismos.

En caso de pérdida o destrucción de ellos, los hechos, y actos se probarán con las actas o los folios reconstruidos o con el folio resultante de la nueva inscripción, conforme a lo dispuesto en el artículo 100».

Así las cosas, dependiendo de la fecha de nacimiento de las personas, la prueba del estado civil y la acreditación del parentesco deberá hacerse con el documento que corresponda, según la norma vigente al momento del nacimiento, «siendo el registro civil de nacimiento el medio idóneo para acreditar la relación de parentesco,

[1] Corte Constitucional. Sentencia T-113 de 2019.
[2] Artículo 50.- Las leyes determinarán lo relativo al estado civil de las personas, y los consiguientes derechos y deberes.

comoquiera que la información consignada en dicho documento público ha sido previamente suministrada por las personas autorizadas y con el procedimiento establecido para tal efecto»[3]*.*

No obstante lo anterior, la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado[4] *ha sostenido que existen razones constitucionalmente imperiosas que justifican limitar el alcance del artículo 105 del Decreto 1260 de 1970 en consideración a que (i) la exigencia de la prueba solemne de la defunción afectaría gravemente el derecho de los demandantes a acceder a la administración de justicia con el fin de que se les indemnice el daño causado debido a que está plenamente acreditado que la parte actora intentó aportar el acta de defunción pero no lo consiguió por razones que no le son imputables; (ii) cualquier esfuerzo realizado con el fin de que este documento se allegara al expediente mediante el ejercicio de las facultades oficiosas que la ley atribuye al juez en materia probatoria, hubiera resultado inútil y aún más dilatoria del proceso en razón a que el registro nunca se realizó; y (iii) existen otras pruebas que acreditan el hecho del fallecimiento, las cuales deben ser valoradas por el juez con el fin de no vulnerar el derecho al debido proceso de los demandantes y de asegurar la prevalencia del derecho sustancial sobre el derecho formal."*[5]

En el presente asunto, revisado el expediente se advierte que la parte demandante no allegó el certificado de defunción del hijo de la señora Mónica Vanessa Hurtado Garcia, ni tampoco señalo la razón por el cual no anexo con la demanda dicho documento.

Al respecto la Sección Tercera, Subsección B del Consejo de Estado[6] ha establecido que cuando los demandantes no aportan prueba del estado civil a fin de acreditar el parentesco con la víctima en los procesos de reparación directa o el daño causado, el juez:

i. Debe hacer uso de sus facultades oficiosas con el fin de solicitar a la Registraduría o a los demandantes que aporten el registro para acreditar la legitimación en la causa por activa, cuando falta el registro civil de nacimiento para probar el parentesco o el registro civil de matrimonio para probar la relación.
ii. Excepcionalmente, ante la imposibilidad de obtener el registro, debe analizar si existen indicios que permitan dar por probada la situación que se pretende acreditar (como la relación familiar entre las personas o la muerte).

Además, ha señalado:

[3] Corte Constitucional. Sentencia T-113 de 2019.
[4] Sentencia del 22 de marzo de 2012. Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado.
[5] Sentencia del 06 de octubre del 2022. Sección Tercera – Subsección B del Consejo de Estado.
[6] Véase: sentencia del 12 de noviembre de 2014 de la Sección Tercera Subsección C del Consejo de Estado y sentencia del 28 de mayo de 2015 de la Sección Tercera Subsección C del Consejo de Estado.

"En ese sentido, es deber del juez evitar que el requisito del registro civil de nacimiento para probar el parentesco sea un obstáculo para la eficacia del derecho sustancial y constituya una denegación de justicia causada por la aplicación de disposiciones procesales opuestas a la vigencia de los derechos fundamentales."[7]

Por tanto, en este asunto siguiendo el criterio establecido por el Consejo de Estado, frente al fallecimiento del recién nacido hijo de Mónica Vanessa Hurtado García, si bien no se aportó el registro civil de defunción, si obra en el expediente el Certificado de Defunción Antecedente para el Registro Civil expedido por persona idónea como es la médica que atendió a la citada, además de que dicho deceso se encuentra acreditado con la historia clínica allegada al plenario tanto por la parte demandante como por el demandando SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES Hospital de Caldas-, a lo que se suma el "Informe de Estudio Anatomopatológico" del hijo de Mónica Vanessa Hurtado de fecha 24 de agosto de 2015 con número de patología: PAT15-013603 (fl. 108 del consecutivo 01 del expediente digital), del cual se extrae las causas de la muerte del nasciturus, en consecuencia, dando prevalencia a la aplicación del derecho sustancial que deben regir las actuaciones de la administración de justicia, lo que obliga al juez al momento de interpretar la ley procesal a tener en cuenta el objeto de los procedimientos, cual es la efectividad de los derechos reconocidos en las normas sustanciales, que impiden la conversión de las formas en un obstáculo, y advirtiendo que en este caso, la exigencia documental refiere a una situación respecto de la cual existe soporte probatorio relacionado, es necesario para esta Jueza dejar de lado el exceso de ritualismo en materia probatoria en este aspecto, es por lo que considera acreditada la muerte del hijo recién nacido de la señora Hurtado García.

En tal virtud, el daño antijurídico objeto de la pretensión de reparación tiene como fuente el fallecimiento del hijo de Mónica Vanessa Hurtado García como consecuencia de la falla en la atención de la salud.

4.3.2. ANALISIS DE LA IMPUTACIÓN y EL NEXO DE CAUSALIDAD

En cuanto al elemento de la imputación el Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera - Subsección C, en providencia del 5 de agosto del 2020, C.P. JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS en el proceso con radicado No.66001-23-33-000-2012-00021-01(49267), señaló:

"La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige, como presupuestos para la prosperidad de las pretensiones, acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste."

[7] Sentencia del 06 de octubre del 2022. Sección Tercera – Subsección B del Consejo de Estado.

En cuanto al nexo de causalidad esta Jueza acogerá el pronunciamiento sobre la prueba indiciaria que ha proferido el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera – Subsección B proferida el 14 de junio del 2018, C.P. Ramiro Pazos Guerrero, se refirió a la misma, señalando que, se ha establecido una regla de experiencia, conforme a la cual en los eventos en los que el curso del embarazo hubiera sido normal, pero en el parto la madre o la criatura sufran daño, hay lugar a inferir la existencia de una falla del servicio en la prestación del servicio médico brindado a la madre durante el parto:

"Los eventos de responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación de 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, solo que el hecho de que la evolución del embarazo hubiera sido normal, pero que el proceso de alumbramiento no hubiera sido satisfactorio constituye un indicio de dicha falla[8]. En sentencia de 14 de julio de 2005[9], dijo la Sala:

Debe precisarse, en esta oportunidad, que las observaciones efectuadas por la doctrina, que pueden considerarse válidas en cuanto se refieren a la naturaleza especial y particular de la obstetricia, como rama de la medicina que tiene por objeto la atención de un proceso normal y natural, y no de una patología, sólo permitirían, en el caso colombiano, facilitar la demostración de la falla del servicio, que podría acreditarse indiciariamente, cuando dicho proceso no presenta dificultades y, sin embargo, no termina satisfactoriamente. No existe, sin embargo, fundamento normativo para considerar que, en tales eventos, la parte demandante pueda ser exonerada de probar la existencia del citado elemento de la responsabilidad. Y más exigente será, en todo caso, la demostración del mismo, cuando se trate de un embarazo riesgoso o acompañado de alguna patología.

En síntesis, bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falla de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, y se reitera, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño.

[8] Sentencia 7 de diciembre de 2004, expediente 14.767.
[9] Expediente No. 15.276.

No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla en 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 demandados, la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad 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."[10]

Dicha tesis es reiterada por el Alto Tribunal Contencioso Administrativo, el cual en sentencia del 7 de diciembre del 2021 proferida por la Sección Tercera – Subsección, C.P. Guillermo Sánchez Luque, señalo en cuanto a la responsabilidad médica y la prueba indiciaria lo siguiente:

"8. La Sala reitera que la falla probada del servicio es el título de imputación aplicable a la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico asistencial. Luego de acudir a criterios como la "falla presunta" o la "teoría de las cargas dinámicas de la prueba", la jurisprudencia retomó la regla probatoria del artículo 177 CPC, según el cual incumbe a las partes demostrar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que persiguen.

El demandante debe, pues, demostrar el daño, la falla por una omisión o una acción negligente o irregular de la entidad estatal y el nexo de causalidad, es decir, que la falla médica fue la causa eficiente del daño sufrido. A pesar de que la carga probatoria es del demandante, la entidad estatal puede exonerar su responsabilidad si acredita la diligencia y cuidado, o que el daño sobrevino como consecuencia de una causa externa, como la culpa de la víctima o el hecho de un tercero, o que fue el desenlace natural de la patología del paciente.

Para acreditar la falla y el nexo causal, el demandante puede acudir a todos los medios de prueba, pero en materia médica cobra especial importancia el dictamen pericial y los indicios, los que, a su vez, pueden establecerse a partir de conductas procesales de las partes, como no aportar la historia clínica o hacerlo de forma incompleta, en los términos del artículo 249 CPC. No obstante, la existencia de indicios no es suficiente por sí misma para estructurar los elementos de la responsabilidad. Es necesario que estos sean coherentes con el resto del acervo

[10] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 26 de marzo de 2008, expediente 16085, Ruth Stella Correa Palacio.

probatorio, luego de una valoración bajo los criterios de la sana crítica y las reglas de la experiencia[11]*.*

4.3.2.1. HECHOS PROBADOS

Con el fin de dar respuesta al primer problema jurídico planteado, esta Juzgadora considera que con los medios probatorios allegados al plenario se encuentran acreditados los siguientes hechos:

1.- La señora Mónica Vanessa Hurtado García se encontraba en estado de gravidez conforme la anotación de la historia clínica derivada de la atención en la ESE DEPARTAMENTAL HOSPITAL SAN JOSÉ DE NEIRA – CALDAS allegada al expediente, y en cuyo folio 58 del consecutivo 01 del expediente digital, se advirtió que la demandante asistió a consulta, reportando el médico tratante un embarazo de 6.2 semanas.

2.- Durante el desarrollo del embarazo conforme a la "HISTORIA CLÍNICA PERINATAL – CLAP-OPS/OMS" de la señora Mónica Vanessa Hurtado García (fl. 52 del consecutivo 01 del expediente digital), se observa que en constancia de fecha del 31 de julio del 2015 asistió a 7 consultas prenatales, contrariando lo afirmado por la médica Torres Polanco quien en interrogatorio de parte rendido dijo: *"…tenía bajos controles prenatales, ellas en sus controles prenatales de Neira solo estaban documentados tres controles entonces tenía pobre control prenatal.*"

Lo anterior, es corroborado con los folios 69 y 73 donde aparecen los controles prenatales realizados a la señora Hurtado García, y también resultados de laboratorio, gráficos para evaluación nutricional de la embarazada y nomograma. Además, a folio 75 del 03 de febrero del 2015 resultados de laboratorios; a folio 76 un *"Formulario de clasificación de riesgo de las gestantes*", en el cual se clasificó al embarazo de Mónica Vanessa Hurtado como de *"Bajo riesgo*", sin que aparezca anotación alguna en la historia clínica señalando que el embarazo de la gestante modificara su calificación y fuera considerado de "*Alto riesgo*" debido a factores como la obesidad, contrariando el dicho de la médica especialista Martha Patricia Polanco, quien al dar respuesta a una de las preguntas en la declaración que se le recibió, señaló que el embarazo era de riesgo alto por dicho factor con respecto a la demandante. En cuanto a este último aspecto, el perito médico ginecológico y obstetra Jorge Andrés Jaramillo García al rendir el dictamen pericial que obra a folio 110 del consecutivo 01 del expediente digital también corrobora lo señalado en la historia clínica referenciada en virtud del estudio que hizo de la misma, indicando que en este caso la señora Mónica Vanessa si bien, presentaba obesidad, su embarazo fue clasificado de bajo riesgo.

3.- A la señora Mónica Hurtado le fueron practicadas cuatro ecografías, así:

[11] Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, Rad. 15.772, [fundamento jurídico 4], en Antología Jurisprudencias y Conceptos, Consejo de Estado 1817-2017 Sección Tercera Tomo B, Bogotá, Imprenta Nacional, 2018, pp. 349-350, disponible en https://bit.ly/3gjjduK.

a) En el folio 64 obra "*Informe Ecográfico*" de 19 de diciembre del 2014 en el cual se concluyó:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Embarazo de más o menos 6 semanas por ecografía con embrión único vivo.

b) A folio 72 se allegó "*Informe Ecográfico*" del 2 de febrero del 2015 el cual dijo:

Útero: Aumentado de tamaño, grávido, con presencia de saco gestacional bien localizado, con buena reacción decidual, conteniendo en su interior embrión único vivo con embriocardia positiva de 145 latidos por minuto.

BIOMETRIA:

Longitud Cráneo Raquis: 59 milímetros. Para 12 semanas 1 dia

La biometría actual coincide con un embarazo de aproximadamente 12 semanas 1 días por ecografía, para una fecha probable de parto **AGOSTO 16 DE 2015**

Líquido amniótico en cantidad y aspecto normal.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Embarazo de más o menos 12 semanas 1 días por ecografía con embrión único vivo.

c) A folio 84 se encuentra *"Informe Ecografía Obstétrica*" del 19 de marzo del 2015 en la cual se señala:

Feto único vivo en presentación variable y en actitud de flexión. Movimientos de tronco y extremidades presentes y espontáneos. Fetocardia presente con 143 latidos por minuto. No presentó desaceleraciones durante el examen.
Cráneo simétrico, sin aparentes alteraciones a nivel del encéfalo o tubo neural , no hay calcificaciones y/o quistes a nivel de los plexos coroideos, no hay dilatación de los ventrículos, no se evidencia translucencia nucal, tórax simétrico, ecotextura pulmonar normal, contenido gástrico en cantidad habitual, no se visualizo hernia diafragmática, pared abdominal sin aparentes alteraciones.
Riñones sin cambios ecográficos, vejiga con contenido, hay presencia de cuatro extremidades con movimientos de flexión y extensión.

BIOMETRIA FETAL

Diámetro biparietal	44	milímetros	Longitud del fémur:	30	milímetros
Perímetro cefálico:	159	milímetros	Longitud del Humero :	30	milímetros
Perímetro Abdominal	142	milímetros	Longitud de la tibia :	26	milímetros
Diámetro Occipitofrontal	52	milímetros			
Índice Cefálico	86	%			
Peso Fetal Estimado	304	Grs.			

PLACENTA: Corporal anterior, grado I
LIQUIDO AMNIOTICO: De características normales.

EN CONCLUSION: _ Feto único vivo, para una edad gestacional por ecografía de aproximadamente 19 semanas 2 días. Creciendo en percentiles adecuados.

Así las cosas, las ecografías practicadas durante el embarazo a la señora Hurtado García fueron en las siguientes fechas: 19 de diciembre de 2014, febrero 2 del 2015, 19 de marzo de 2015 y 30 de julio del 2015, y de estas tres aparece copia del resultado en la historia clínica aportada por el Hospital demandado, y en cuanto a la última ecografía del 30 de julio del 2015, se observa que si bien no se encuentra anexa al expediente, de la misma da cuenta la historia clínica, ya que de ella se hace mención en las anotaciones del 31 de julio del 2015 de las 10:38 de la noche cuando la gestante es atendida por el médico Luis Edilberto Herrera Morales, quien registro:

Imagenes Diagnósticas:
ECOGRAFIA DEL19 DE DICIEMBRE/15 (6 SEMANAS)
ECOGRAFIA DEL 30/07/15 FETO CON PFE 3128 GR P 35.

De esta manera, se habla en la historia clínica de la existencia de imágenes diagnósticas, una del 19 de diciembre del 2015 y la otra del 30 de julio de 2015 en la que se describe un feto de 3128 gramos y P 35.

A lo anterior, se suma el testimonio de la señora Johana Andrea Marín Barrera, quien, en desarrollo de la declaración rendida, afirmó:

"PREGUNTADO: Ha referido usted en el curso de esta audiencia, que la paciente venia tratada con oxitocina desde su ingreso, al momento que venía no tenía ninguna situación de alerta, digamos una contingencia en el trabajo de parto de la señora Mónica Vanesa, podría aclarar a esta audiencia si ustedes no pudieron

contar con una ecografía previa, que implico que ustedes no tuvieran en cuenta algún diagnostico digamos como los que usted ha referido como la causa de la asfixia perinatal. CONTESTO: Doctor, no me queda claro, ¿la paciente no tenía ecografías previas?, porque hasta donde yo sé, si tenía ecografías previas o podemos revisar en la historia clínica. Sí, de hecho, la paciente tenía ecografía registradas y la última ecografía normal con un peso normal y un percentil normal o sea en el folio número 2 están reportadas las ecografías con una ecografía normal de exactamente 7 días incluso del 30 de julio con un peso estimado fetal de 3128 y un percentil 35 O sea sí tenía la paciente ecografía reciente.

Así las cosas, las pruebas antes referenciadas demuestran la existencia de 4 imágenes diagnósticas realizadas a la señora Hurtado, contrariando lo aseverado por la médica especialista Martha Patricia Torres quien, en el interrogatorio de parte, refirió que, la gestante solo tenía una ecografía del primer trimestre y una ecografía básica del tercer trimestre, y además dijo: "PREGUNTADO: Qué tan reciente llevó la ecografía. CONTESTO: *Pues yo no me acuerdo en la fecha exacta de esa ecografía, pero sí sé que era el tercer trimestre por ahí como de semana 30 a 32 y no tenía documentada la circular de cordón.*

Ahora bien, de las ecografías referenciadas se desprende la existencia de feto único, que se encontraba vivo y creciendo con percentiles adecuados, con líquido amniótico normal y placenta grado I y un peso final según la última ecografía de 3128 gramos, lo que contradice el dicho del médico especialista Luis Edilberto Herrera que, en declaración rendida, señaló:

*"**JUEZ: PREGUNTADO**: o sea que el feto estaba de bajo peso. **CONTESTO:** Sí Doctora el feto peso en el momento en las notas de valoración del mortinato peso 2780 gramos en la patología".*

De los hechos antes descritos se establece como probados, que la gestante asistió a 7 consultas prenatales, y su embarazo fue clasificado como de bajo riesgo y normal.

4.- También se desprende de la historia clínica de la atención en la ESE DEPARTAMENTAL HOSPITAL SAN JOSÉ DE NEIRA, que la señora Mónica Vanessa Hurtado acudió al Hospital San José de Neira – Caldas en varias ocasiones:

i) El 17 de diciembre de 2014 manifestando que se enteró de su estado de embarazo de 6.1 semanas, siendo diagnosticada con amenaza de aborto y remitida al Ginecobstetra:

MOTIVO **NIVEL TRIAGE: 2**

pacinete que consulta por sangrado vaginal refiere hace 3 dias se entero que estaba en embarazo al realizarse gravindex particular cualitativo, el cual resulto positivo. no ha iniciado controles prenatales. la pacinete refiere que el sangrado vagina es desde el dia de ayer, manifiesta el sangrado en en escasa cantidad, refeire es esporadico. no refiere otros sintomas. p[redacted]ete con fecha de ultima menstruacio de 4 de noviembre, ciclos regulares, no usa metodos de planificacion hormaonales, usa metodo de planificacion de barrera (condon su pareja). con embarazo por FUM confiable de 6,1 semanas.

CONCEPTOS GENERALES Y RECOMENDACIONES

[redacted]ACINETE CON EMBARAZO DE 6.1 SEMANAS POR FUM CONFIABLE, CON SANGRADO DESDE EL DIA DE AYER. SE INGRESA PARA VALORACION.

También se registro el 18 de diciembre del 2014 lo siguiente:

18/12/2014 11:17 REMISION A GINECOBSTETRICIA

[redacted]

DX: AMENAZA DE ABORTO

PACIENTE CON GRAVINDEX POSITIVO , EMBARAZO DE 6.2SEM POR FUM NO CONFIABLE, FUM 4/11/20014 , SANGRADO VAGINAL MODERADO HACE 3 DIAS, NIEGA TRUAMA PELVICO, NIEGA FIEBRE NIEGA DOLRO ABDOMINAL NIEGA OTROS SINTOMAS

Se remitió a médico Ginecoobstetra y se practicó a la paciente ecografía el 19 de diciembre del 2014.

ii) Luego consulto la gestante: el 18 de marzo del 2015 cuando fue diagnosticada con un cuadro de vaginitis, vulvitis y vulvovaginities tratadas con metronidazol y clotrimazol:

CONCEPTOS GENERALES Y RECOMENDACIONES

PACIETNE CON ASUSENCIA DE MOVIMEINTO FETALES DESDE AYER, NO SE PUEDE AUSCULTA FETOCARDIA CON DOPPLER NI CO [redacted]FONENDOSCIPIO, NECESARIO DESCARTAR MUERTE FETAL SE SOLICITA ECOGRAFIA OBSTETRICA DE MANERA PRIORITARIA.

ADEMAS CON CUADRO DE VAGONSISI BACTERIANA, SE INDICA METRONIDAZOL PARA TRATAMIETNO Y CLOTRIMAZOL PROFILACTICO APRA CANDIDIASIS SECUNDARIA.
- CLOTRIMAZOL OVULOS 1 OVULO EN LA MAÑANA DURANTE 7 DIAS
- METRONIDAZOL OVULOS 1 OVULO EN LA NOCHE DURANTE 7 DIAS

Igualmente se reportó que la gestante tiene una evolución del embarazo de 18 semanas y 5 días.

Se realizó ecografía del 19 de marzo del 2015 en el cual se concluyó que el feto se encontraba vivió y creciendo en percentiles adecuados.

iii) Posteriormente, el 22 de julio de 2015 la señora Mónica Vanessa consultó por cólicos (fls 85 y 86 del consecutivo 01 del expediente digital) obra *"Reporte de Triague*" al cual se le da un nivel de 5 y se consignó que la materna cuenta con 36-

37 semanas de embarazo, y asistió al centro de atención debido a que reporta cólicos, se constata que hasta el momento no hay dilatación ni borramiento, y se le da orden de salida a las 14:34 de la tarde.

Se anoto en tal consulta:

HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN

cardiopulmonar normal. AU :36-37 cms, cefálica, fetocardia positiva. al tacto vaginal aún no hay dilatación ni borramiento.

ANTECEDENTES

En el folio 87 se encuentra allegado el "*Informe de atención inicial de urgencias*" al Hospital San José de Neira y en el cual se reporta el ingreso de la señora Mónica Vanessa Hurtado García a las 14:45 del 22 de julio del 2015, debido a la presencia de cólicos desde las 10:00 de la noche del día anterior, pero sin salida de líquidos, con embarazo de 37 semanas.

iv) A folio 88 del consecutivo 01 del expediente digital se encuentra "*Reporte de Triague*" del 31 de julio del 2015 de las 20:59 horas en el que, se señala como motivo de consulta de la señora Hurtado García: *"MC M ESTA SALIENDO LIQUIDO POR LA VAGINA"*

Al respecto, se consignó:

EX PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 23 AÑOS DE EDAD, PRIMIGESTANTE, TIPO DE SANGRE A+, G1P0A0C0, CON GESTACION DE 38 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2014 EN ESE ENTONCES CON GESTACION DE 6.0 SEMANAS, SIN ALTERACIONES EN CONTROLES PREANTALES, QUE INGRESA A URGENCIAS ACOMPAÑA DE SU MADRE POR CUADRO QUE INICA DESDE EL DIA DE HOY A LAS 05+30 HORAS CONSISTENTE EN SALIDA DE LIQUDO TRANPARENTE ABUNDATE POR VAGINA, CON POSTERIOR SALIDA DE LIQUIDO DE FORMA CONSTANTE CON SAGRE, REFIERE MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS, NIEGA CEFALEA N AREO, NO TINITUS, NO FOSFENOS, NO EDEMA EN MIEMBORS INFERIORES NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

Entre los hallazgos de ese día registraron una FCF 141L/MIN y movimientos fetales activos, sin actividad uterina durante la valoración clínica, con borrado de 20% y dilatación en 1 y con salida de líquido amniótico claro.

A folio 89 en el *"Reporte de Triague*" siendo la atención a las 20:59 horas fue anotado:

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	O429	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

CONCEPTOS GENERALES Y RECOMENDACIONES

BINOMIO MADRE Y FOTO EN APARENTE BIENESTAR, PERO CON RUPTURA DE MENBRANAS SIN PREVIA DILATACION, MOTIVO POR EL CUAL SE INICIAN TRAMITES DE REMISION PARA MAYOR NIVEL DE ATENCION, SE REALIZA MONITOREO FETAL CON ABECUADA VARIABILIDAD, FCF 128 L/MIN, NO DESACELERACIONES, SIN ACTIVIDAD UTERINA.

También se consignó como fecha de salida el 31 de julio del 2015 a las 20:59 y se hizo la remisión a un mayor nivel de atención, anotando el estado de vivo del feto,

siendo el diagnóstico: "*RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICACIÓN"*

A folio 91 del consecutivo 01 del expediente digital se tiene que en atención del 31 de julio del 2015 a las 09:12 de la noche se encuentra

PRONÓSTICO Y CONDUCTA A SEGUIR

BINOMIO MADRE Y FOTO EN APARENTE BIENESTAR, PERO CON RUPTURA DE MENBRANAS SIN PREVIA DILATACION, MOTIVO POR EL CUAL SE INICIAN TRAMITES DE REMISION PARA MAYOR NIVEL DE ATENCION, SE REALIZA MONITOREO FETAL CON ABECUADA VARIABILIDAD, FCF 128 L/MIN, NO DESACELERACIONES, SIN ACTIVIDAD UTERINA.

En el folio 92 del consecutivo 01 del expediente digital se estableció como diagnóstico:

Impresión Diagnóstica

PRINCIPAL	O429	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

En el folio 93 se encuentra el resumen de atenciones y de la remisión a obstétrica a las 21:09 del 31 de julio del 2015, de la siguiente manera:

REMISION A OBSTETRICIA

MC "ME ESTA SALIENDO LIQUIDO POR LA VAGINA"

EA: PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 23 AÑOS DE EDAD, PRIMIGESTANTE, TIPO DE SANGRE A+, G1P0A0C0, CON GESTACION DE 38 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2014 EN ESE ENTONCES CON GESTACION DE 6.0 SEMANAS, SIN ALTERACIONES EN CONTROLES PREANTALES, QUE INGRESA A URGENCIAS ACOMPAÑA DE SU MADRE POR CUADRO QUE INICA DESDE EL DIA DE HOY A LAS 05+30 HORAS CONSISTENTE EN SALIDA DE LIQUDO TRANPARENTE ABUNDATE POR VAGINA, CON POSTERIOR SALIDA DE LIQUIDO DE FORMA CONSTANTE CON SAGRE. REFIERE MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS, NIEGA CEFALEA , NO MAREO, NO TINITUS, NO FOSFENOS, NO EDEMA EN MIEMBORS INFERIORES NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

EF: TA 110/60 FC 86 FR 18 SAT O2 96% T°36.5 PESO 79 KG
PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, SIN DIFICULTAD REPIRATORIA. NORMOCEFALO, FONDOS DE OJOS SIN RETINOPATIA NI HEMORRAGIAS, ADECUADA REACCION PUPILAR A LA LUZ, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, OROFARINGE SANA, CUELLO MOVIL, SIN SOPLOS CAROTIDEOS, NO INGURGITACION YUGULAR, TIROIDES NO PALPABLE, MAMAS SIN ALTRACIONES A LA INSPECCION Y PALPACION, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR ADECUADO SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN CON UTERO GRAVIDO, AU 31 CM, FCF 141 L/MIN ESCUCHADOS POR LA MATERNA Y SU MADRE, MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS, DORSO DERECHO, CEFALICO, NO ENCAJADO, SIN ACTIVIDAD UTERINA DURANTE LA VALORACION CLINICA, PUÑO PERCUSION NEGATIVO, PUNTOS PIELOURETERALES NEGATIVOS, GENITALES FEMENINOS SIN ALTERACIONES, SE REALIZA TACTO VAGINAL CON GUANTES ESTERILES, CUELLO CERVICAL INTERMEDIO, BORRADO 20%, DILATABLE A 1 DEDO, CON SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO CLARO. EXTREMIDADES MOVILES, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR 2 SEGUNDOS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, FUERZA ADECUADA, ROT ++/++++, GLASGOW 15/15

IDX: RUPTURA DE MEMBRANAS (O429)

CONDUCTA: BINOMIO MADRE Y FOTO EN APARENTE BIENESTAR, PERO CON RUPTURA DE MENBRANAS SIN PREVIA DILATACION, MOTIVO POR EL CUAL SE INICIAN TRAMITES DE REMISION PARA MAYOR NIVEL DE ATENCION, SE REALIZA MONITOREO FETAL CON ABECUADA VARIABILIDAD, FCF 128 L/MIN, NO DESACELERACIONES, SIN ACTIVIDAD UTERINA.

La paciente es aceptada por el SES Hospital de Caldas a las 8:35 de la noche según el folio 94 del consecutivo 01 del expediente digital. En el folio 96 se encuentra anotado el traslado de ambulación, donde se determina que el diagnostico es *"ruptura de membranas*".

En el folio 52 del consecutivo 03 del expediente digital se encuentra en la historia clínica del SES Hospital de Caldas una anotación del 31 de julio de 2015 en el cual se fija como fecha de ingreso de la paciente a las 10:38:34 de la noche.

CONCLUSIÓN: los hechos probados se sintetizan de la siguiente manera: i) la señora Mónica Vanesa Hurtado García, para el 17 de diciembre del 2014 se encontraba en estado de gravidez, con un embarazo de 6, 1 semanas; ii) durante el desarrollo del embarazo la señora Hurtado García asistió a 7 controles prenatales; iii) el embarazo de la señora Mónica Vanessa fue calificado como de bajo riesgo, y no obra prueba que demuestre que la calificación del mismo se modificara a la de alto riesgo; iv) durante el desarrollo del embarazo de la señora Hurtado García le fueron realizadas 4 ecografías, los resultados de tres de las ayudas diagnosticas obran en la historia clínica, sin embargo, con relación a la cuarta fue practicada el 30 de julio del 2015 no se presentó el informe, pero las pruebas testimoniales y la historia clínica del SES Hospital de Caldas corroboran su existencia; v) de las

imágenes diagnosticas se logró determinar que el feto era único, se encontraba dentro de los percentiles normales de crecimiento, con líquido amniótico normal, con peso normal y en buenas condiciones; vi) tanto la amenaza de aborto como la infección padecida por la madre fueron tratados sin que exista prueba alguna que permita inferir que los mismos influyeron en el desenlace fatal; vii) el 31 de julio de 2015 a las 08:59 de la noche la señora Hurtado acudió a urgencias del Hospital San José de Neira por salida de líquido amniótico desde las 05:30 de la mañana de ese día, es decir, había transcurrido un tiempo de 15 horas y 29 minutos de ruptura de membrana cuando la gestante arribo a dicho centro hospitalario. Por tanto, el Hospital ante una ruptura de membranas sin previa dilatación gestionó remisión a un hospital de mayor nivel; ix) la FCF en el momento de la remisión era de 128 L/MIN; x) la remisión de la señora Hurtado García al SES Hospital de Caldas tardo 1 hora y 38 minutos, ya que ingreso a las 10:38 minutos de la noche del 31 de julio del 2015, por lo que hasta ese momento la señora Mónica Vanessa llevaba 17 horas y 7 minutos de ruptura de membranas.

5.- También se encuentra acreditado con la historia clínica del SES Hospital de Caldas que, la señora Mónica Vanessa Hurtado ingreso a dicho centro hospitalario el 31 de julio de 2015 a las 10:38:34 de la noche, y así quedo anotado:

Enfermedad Actual:

PACIENTE DE 23 AÑOS, PRIMIGESTANTE, HEMOCLASIFICACION A POSITIVO, CON EMBARAZO DE 38 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL19 DE DICIEMBRE/15 (6 SEMANAS). REMITIDA DE NEIRA POR RUPTURA DE MEMBRANAS A LAS 05+30 CON SALIDA DE LIQUIDO CLARO SIN CAMBIOS CERVICALES. POR LO QUE SOLICITAN ATENCION Y VIGILANCIA ESTRICTA EN INSTITUCION DE MAYOR COMPLEJIDAD.

Igualmente, se consignó en el aparte dedicado a las observaciones del estado:

UTERO GRAVIDO CON ALTURA UTERINA DE 36 CMS. CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO. FETO UNICO EN SITUACION LONGITUDINAL, POSICION CEFALICA, DORSO IZQUIERDO

EN ESPECULOSCOPIA SE EVIDENCIA SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, NO FETIDO. AL TACTO VAGINAL CON CUELLO POSTERIOR, PERMEABLE A 2 DEDOS, CON LEVE BORRAMIENTO

Asimismo, en el “Análisis” se describe:

Análisis

PACIENTE DE 23 AÑOS, PRIMIGESTANTE, HEMOCLASIFICACION A POSITIVO, CON EMBARAZO DE 38 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL19 DE DICIEMBRE/15 (6 SEMANAS). REMITIDA DE NEIRA POR RUPTURA DE MEMBRANAS A LAS 05+30 CON SALIDA DE LIQUIDO CLARO SIN CAMBIOS CERVICALES. POR LO QUE SOLICITAN ATENCION Y VIGILANCIA ESTRICTA EN INSTITUCION DE MAYOR COMPLEJIDAD. AL INGRESO CON SIGNOS VITALES DENTRO DE NORMALIDAD, AL EXAMEN GINECOLOGICO CON CAMBIOS CERVICALES FAVORABLES PARA INDUCCION CON OXITOCINA BAJO MONITOREO CONTINUO EN SALA DE TRABAJO DE PARTO. SE INICIA ANTIBIOTICOTERAPIA CON AMPICILINA POR RUPTURA DE MAS DE 12 HORAS DE EVOLUCION.

Y continúa,

Indicaciones Medicas

- HOSPITALIZAR EN TRABAJO DE PARTO- NADA VIA ORAL- SSN 0,9% 2000 CC PARA 24 HORAS- AMPICILINA AMPX 1GR. APLICAR 1 AMPOLLA CADA 6 HORAS IV- OXITOCINA DILUIR 5 UI DE SSN 0,9% Y PASAR A 12 CC HORAS, AUMENTAR 12 CC CADA 30 MINUTOS HASTA OBTENER 5 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS O HASTA MAXIMO 120 CC.- FITOMENADIONA AMPX 1MG. APLICAR 1 AMPOLLA AL RECIEN NACIDO.- SS VDRL, CH, PCR- SS MONITOREO FETAL ELECTRONICO (YA REALIZADO)- VIGILAR ACTIVIDAD UTERINA PERDIDAS VAGINALES FCF- CONTROL SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOS

Diagnosticos

Código	Nombre	Principal
O429	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	Impresion_Diagnostica

Observaciones:

En el folio 57 del consecutivo 03 del expediente digital se encuentra la historia clínica del 01 de agosto de 2015 siendo la hora: 03:39 de la mañana en la cual se consignaron las siguientes anotaciones:

Subjetivo:

EVOLUCION TRABAJO DE PARTO

DX
EMBARAZO DE 38+1 SEMANAS
RUPTURA MEMBRANAS 05+30 31/07/15

S: PACIENTE TRANQUILA, NO REFIERE ACTIVIDAD UTERINA, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES ADECUADAMENTE

En cuanto al monitoreo fetal señala la FCF en 140 LPM sin desaceleraciones, no actividad uterina.

Se consignó en el "Análisis", lo siguiente:

Análisis:

PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO, SIN ACTIVIDAD UTERINA EN EL MOENTO, CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO POR RUPTURA DE MEMBRANAS MAYOR A 12 HORAS, PARACLINICOS SIN RESPUESTA INFLAMATORIA, CONTINUA MONITOREO FETAL CONTINUA Y VIGILANCIA EN TRABAJO DE PARTO.

Indicaciones

- CONTINUA MONITOREO FETAL CONTINUA Y VIGILANCIA EN TRABAJO DE PARTO.

-. A folio 59 del consecutivo 03 del expediente digital se encuentran las anotaciones del 01 de agosto de 2015 a las 05:00 de la mañana, y las cuales son:

Subjetivo:

EVOLUCION TRABAJO DE PARTO

DX
EMBARAZO DE 38+1 SEMANAS
RUPTURA MEMBRANAS 05+30 31/07/15

S: EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE LEVES CONTRACCIONES, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES ADECUADAMENTE

Se anotó una FCF de 135 LPM, sin desaceleraciones, contracciones de 2 en 10 minutos.

Y en el "Análisis" se anotó:

Análisis:

PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO, SIN ACTIVIDAD UTERINA EN EL MOENTO, CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO POR RUPTURA DE MEMBRANAS MAYOR A 12 HORAS, PARACLINICOS SIN RESPUESTA INFLAMATORIA. CONTINUA IGUAL MANEJO EN TRABAJO DE PARTO.

Y como indicaciones:

Indicaciones

- CONTINUA MONITOREO FETAL CONTINUA Y VIGILANCIA EN TRABAJO DE PARTO.

CONCLUSIÓN: La señora Hurtado Garcia arribó al SES Hospital de Caldas a las 10:38 de la noche del 31 de julio de 2015, con diagnóstico de ruptura prematura de membranas que inició a las 5:30 de la mañana de ese día, por lo que para el momento del ingreso al centro hospitalario demandando llevaba 17 horas y 7 minutos de ruptura de membranas.

Al arribo de la paciente al SES Hospital de Caldas es recibida por el médico Ginecobstetra Luis Edilberto Herrera Morales, quien se encontraba en turno, y el cual después de la práctica de examen ginecológico decide ante los cambios cervicales favorables, iniciar la inducción del parto con oxitocina de 5UI y pasar a 12 CC horas y aumentar 12 CC cada 30 minutos hasta obtener 5 contracciones en 10 minutos, también ordenó el inicio de manejo por antibiótico por ruptura de más de 12 horas de evolución, y monitoreo continuo, el médico citado, por segunda vez examina a la señora Hurtado García a las 03:39 de la mañana del 01 de agosto de 2015 para ese momento la gestante ya llevaba un tiempo de 22 horas y 7 minutos desde la ruptura de membranas, señalando el galeno que no se presentaba actividad uterina, se perciben movimientos fetales y la FCF es de 140 LPM, y ordena continuar con monitoreo y vigilancia del trabajo de parto, sin otra instrucción. El mismo profesional especialista asistió a la gestante a las 05:00 de la mañana del 01 de agosto de 2015, para ese momento la paciente llevaba 23 horas y 29 minutos desde la ruptura de membrana. Se anotó FCF 135 LPM y contracciones de 2 en 10 minutos, y ordena continuar monitoreo fetal y vigilancia de trabajo de parto, señalando que se encuentra en la fase latente.

6.- En la historia clínica de atención en el SES Hospital de Caldas, se anotó que el 01 de agosto de 2015, la señora Mónica Vanessa Hurtado García es valorada a las 07:29 de la mañana por la médica especialista Martha Patricia Torres Polanco, quien registró:

Subjetivo:

PACIENTE DE 23 AÑOS CON DX
EMBARAZO DE 38.1 SEMANAS
TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
RUPTURA PROLONGADA DE MEMBRANAS

S/ ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SINTOMAS PREMONITORIOS, NO SANGRADO.

Así como se anotó en relación a la FCF 146X, y actividad uterina 2/10/35/+++; mientras que en el "*Análisis*" se especificó:

Análisis:

PACIENTE DE 23 AÑOS, PRIMIGESTANTE, CON EMBARAZO A TERMINO, EN FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO. CON RUOTURA PROLONGADA DE MEMBRANAS YA CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO PROFILACTICO, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. CONTINUA IGUAL MANEJO, SE AUMENTA GOTEO DE OXITOCINA A 120 CC/HORA.

El 01 de agosto de 2015 a las 10:41 de la mañana (fl. 63 del consecutivo 03 del expediente digital) se registró, una FCF de 159X y actividad uterina de 2/10”/23’’’/+++, y en el “*Análisis”* se dijo:

Análisis:

PACIENTE DE 23 AÑOS, PRIMIGESTANTE, CON EMBARAZO A TERMINO, EN FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO. CON RUOTURA PROLONGADA DE MEMBRANAS YA CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO PROFILACTICO, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. CONTINUA IGUAL MANEJO, SE AUMENTA GOTEO DE OXITOCINA A 120 CC/HORA. SE REALIZO ANALGESICO

A folio 64 consecutivo 03 del expediente digital se encuentra anotación del 01 de agosto del 2015 a las 11:38 de la mañana, así:

Diagnóstico: TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR ANOMALIAS DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Código Procedimiento: 740100 CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD

A las 11:48 de la mañana del mismo día, se registro en la historia clínica:

Subjetivo:

NOTA DE EVOLUCION DE TRABAJO DE PARTO DE LAS 11+34

GESTACION 38 SEMANAS
RPM DE LAS 5+30 DEL DIA DE AYER
G1
G:A+
PROCESO DE INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO

S/ PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES DOLOR TIPO CONTRACCION UTERINA

Y continúa,

AU: 3/10 /25 /+
TV: D: 2 B: 90%
MEMBRANAS ROTAS
PA: 115/60
SE ASCULTA DESCENSO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL HASTA 50 LPM POR LO QUE DE INMEDIATO SE INICIA REANIMACION IN UTERO. SE COLOCA OXIGENO BAJO MASCARA. SE SUSPENDE OXCITOCINA, SE UBICA LATERAL IZQUIERDO, SE COLOCA BOLO DE LIQUIDOS, SE TRASLADA QUIROFANO PARA CESAREA URGENTE SE LE COMUNICA A LA PACIENTE QUIEN ESTA DE ACUERDO . SE INFORMA A NEONATOS

En anotación de las 12:01 de la tarde se coloca como observaciones: estado fetal insatisfactorio.

A las 12:58 de la tarde del mismo día se registró como diagnóstico:

Diagnostico

Diagnóstico Pre-quirúrgico:	O689 TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL, SIN OTRA ESPECIFICACION FETOCARDIA CON DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL HASTA 50 LPM, POR LO CUAL SE LE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION INUTERO Y ES TRASLADADO INMEDIATAMENTE A CESAREA DE EMERGENCIA, SE TRASLADA INMEDIATAMENTE A QUIROFANO, Y SE AVISA A NEONATOLOGIA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TERMINO PROLONGADA
Diagnóstico Post-quirúrgico:	O689 TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL, SIN OTRA ESPECIFICACION RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TERMINO PROLONGADA

Se anotó que la cirugía inició a las 11+46 de la mañana y finalizó a las 12+20 de la tarde de ese 01 de agosto de 2015, se registraron como hallazgos:

Hallazgos:
LIQUIDO AMNIOTICO ESCASO, NO FETIDO, NO CALIENTE
A LAS 11+48 HORAS SE EXTRAE FACILMENTE FETO EN CEFALICA, DE GENERO MASCULINO, CON CIRCULAR UNICA DEL CORDON NO APRETADA A CUELLO, ATENDIDO POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO, EL CUAL NACE FLACIDO, SIN TONO MUSCULAR NI ESFUERZO RESPIRATORIO, POR LO CUAL SE REALIZA PINZAMIENTO INMEDIATO DEL CORDON, Y SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO.
PLACENTA NO FETIDA, NI CALIENTE, CORDON UMBILICAL MUY DELGADO, CON MINIMA GELATINA DE WHARTON

Y continúa,

Descripción Quirurgica:
* INCISIÓN TRANSVERSA ABDOMINAL
* DISECCIÓN POR PLANOS HASTA CAVIDAD
* HISTEROTOMÍA SEGMENTARIA
* LIQUIDO AMNIOTICO ESCASO, NO FETIDO, NO CALIENTE
A LAS 11+48 HORAS SE EXTRAE FACILMENTE FETO EN CEFALICA, DE GENERO MASCULINO, CON CIRCULAR UNICA DEL CORDON NO APRETADA A CUELLO, ATENDIDO POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO, EL CUAL NACE FLACIDO, SIN TONO MUSCULAR NI ESFUERZO RESPIRATORIO, POR LO CUAL SE REALIZA PINZAMIENTO INMEDIATO DEL CORDON, Y SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO.
* ALUMBRAMIENTO ACTIVO, PLACENTA NO FETIDA, NI CALIENTE, CORDON UMBILICAL MUY DELGADO, CON MINIMA GELATINA DE WHARTON
* LIMPIEZA DE CAVIDAD UTERINA.
* CIERRE POR PLANOS
* HISTERORRAFIA CON VICRYL CERO, CON PUNTOS CONTINUOS CRUZADOS EN UN SOLO PLANO
* VERIFICACIÓN DE HEMOSTASIA
* LIMPIEZA DE GOTERAS PARIETOCOLICAS CON COMPRESA
* DOBLE CONTEO COMPLETO DE COMPRESAS POR INSTRUMENTADORA.
* CIERRE DE FASCIA CON PDS 0 PUNTOS CONTINUOS
* CIERRE DE PIEL CON PROLENE 3/0
* * SANGRADO INTRAOPERATORIO DE 400 CC APROXIMADAMENTE; NO COMPLICACIONES

En la historia clínica de Neonatos del 01 de agosto de 2015 se anotó a las 02:05 (fl. 71 del consecutivo 03 del expediente digital)

Subjetivo:
NOTA UNIDAD NEONATAL

SE ATIENDE LLAMADO DE SALA DE CIRUGÍA, CESÁREA URGENTE POR DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL.
MADRE DE 23 AÑOS PRIMIGETSANTE, A POSITIVO, GESTACIÓN DE 38 SEMANAS POR ECO DE PRIMER TRIMESTREM, CONTROLES PRENATALES NORMALES, PARACLÍNICOS PRENATALES NORMALES. LA MADRE INGRESA EL DÍA DE AYER REMITIDA DE HOSPITAL DE NEIRA POR RUPTURA DE MEMBRANAS. RECIBE MANEJO ANTIBIÓTICO CON AMPICILINA E INCIAN INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO. HOY EN LA MAÑANA DURANTE TRABAJO DE PARTO OBSERVAN CAIDA DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL POR LO QUE PROGRAMAN CESÁREA URGENTE.
SE OBSERVA MUY POCO LÍQUIDO AMNIÓTICO Y ES CLARO, NO FÉTIDO, EUTÉRMICO. NACE A LAS 11 + 48 AM PRESENTACIÓN CEFÁLICA, GÉNERO MASCULINO, CIRCULAR DE CORDÓN, CIANÓTICO, FLÁCIDO Y SIN ESFUERZO RESPIRATORIO. SE REALIZA PINZAMIENTO INMEDIATO DE CORDÓN UMBILICAL Y SE TRASLADA A LÁMPARA DE CALOR RADIANTE. SE ESTIMULA Y SECA Y SIMULTANEAMENTE SE INICIA VENTILACIÓN POR PRESIÓN POSITIVA CON MÁSCARA Y REANIMADOR EN T CON PEEP DE 6; PIP DE 20 Y FIO2 DE 30% POR 30 SEGUNDOS. SE VERIFICA FRECUENCIA CARDIACA LA CUAL ESTÁ AUSENTE, LAS

VENTILACIONES SON EFECTIVAS, SE INSTALA SENSOR DE PULSO OXIMETRO, SE AUMENTA FIO2 AL 100% Y SE INICIA EN COMPAÑÍA DE ANESTESIÓLOGO DE TURNO COMPRESIONES CARDIACAS COORDINADAS CON LA VENTILACIÓN DURANTE UN MINUTO. DURANTE ESTE TIEMPO NO SE OBTIENE REGISTRO DE OXIMETRÍA, LA ONDA DE PULSO ES ACORDE A COMPRESIONES TORÁCICAS. AL CUMPLIR UN MINUTO DE VENTILACIÓN Y COMPRESIONES COORDINADAS DE NUEVO SE VERIFICA FRECUENCIA CARDIACA AUSENTE POR LO QUE SE REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON TOT N° 3,5 FR FIJO A 9 CM, SE VERIFICA VENTILACIÓN SIMÉTRICA , PESO CALCULADO DE 3 KG POR LO QUE SE ADMINISTRA DOSIS DE ADRENALINA POR TOT, CONTINUAMOS COMPRESIONES Y VENTILACIÓN COORDINADAS. AL MINUTO DE NUEVO SE VERIFICA FRECUENCIA CARDIACA SIGUE AUSENTE Y NO HAY ONDA DE PULSO OXIMETRÍA EN MONITOR.. CONTINUAMOS COMPRESIONES Y VENTILACIÓN POR UN MINUTO Y SE PROCEDE A ACCESO VASCULAR UMBILICAL. PREVIA ASEPSIA SE REALIZA CATETERISMO VENOSO UMBILICAL CON CATETER 5 FR FIJO A 3 CM Y SE ADMINISTRA DOSIS DE ADRENALINA 0.1 CC/KG DE LA DILUCIÓN 1:10.000. CONTINUA COMPRESIONES Y VENTILACIÓN COORDINADAS. PERSISTE SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, FLÁCIDO Y SIN FRECUENCIA CARDIACA. SE ADMINISTRA SEGUNDA DOSIS DE ADRENALINA POR CATETER UMBILICAL SIN RESPUESTA. A LOS 13 MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO EL PACIENTE CONTINUA SIN ESFUERZO RESPIRATORIO NI FRECUENCIA CARDIACA, CIANÓTICO Y FLÁCIDO A PESAR DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN. SE SUSPENDE REANIMACIÓN A LAS 12 + 03 PM.
INFORMO DE INMEDIATO A LA MADRE EN SALA DE CESÁREA Y LE ENSEÑO SU BEBE. POSTERIORMENTE EN COMPAÑÍA DE ANESTESIÓLOGO Y GINECOOBSTETRA DE TURNO HABLAMOS CON LA ABUELA Y EL PADRE DEL BEBE.
POSTERIORMENTE ME ACERCO A LA FAMILIA PARA INDICARLES QUE LO IDEAL ES REALIZAR ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO TANTO DE LA PLACENTA COMO DEL BEBE PARA ACLARAR LA CAUSA DE MUERTE DEL BEBE. DICEN QUE LO DISCUTIRAN EN FAMILIA Y CUANDO TOMEN UNA DECISIÓN NOS INFORMARAN SI ESTAN DEACUERDO O NO EN CUANTO AL ESTUDIO DEL BEBE. POR LO PRONTO SE SOLICITARÁ ESTUDIO DE LA PLACENTA LA CUAL QUEDA ROTULADA, EN FORMOL Y EN NEVERA EN QUIRÓFANO. ESTA PENDIENTE DEFINIR POR PARTE DE LA FAMILIA SI ACEPTAN EL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DEL BEBE.

En cuanto al examen físico del bebé se anotó:

AL EXAMEN FÍSICO EXTERNO DEL BEBE SE HALLA PESO DE 2800 GR; TALLA: 47.5 CM; PC: 34 CM
MOLDEAMIENTO CEFÁLICO Y CAPUT SUCCEDANEUM. FONTANELA ANTERIOR PERMEABLE.
OJOS PRESENTES, PUPILAS MIDRIÁTICAS NO REACTIVAS. NARINAS PERMEABLES
PABELLONES AURICULARES DE ADECUADA IMPLANTACIÓN, CONDUCTOS AUDITIVOS PERMEABLES.
BOCA CON PALADAR ÍNTEGRO
TÓRAX SIMÉTRICO, NO SE OBSERVAN ANOMALÍAS EXTERNAS.
ONFALO CON 3 VASOS. ABDOMEN SIN MASAS NO SE PALPAN VISCEROMEGALIAS
GENITALES MASCULINOS CON PENE FIMÓTICO. TESTRICULOS EN ESCROTO
HUELLA ANAL PERMEABLE
DORSO SIN LESIONES
PIEL MARMÓREA

CONCLUSIÓN: A las 7:29 de la mañana del 01 de agosto del 2015, la señora Hurtado es atendida por la médica Ginecóloga y Obstetra Martha Patricia Torres Polanco (quien estaba de turno), para ese tiempo la gestante llevaba 25 horas y 58 minutos desde la ruptura de membranas por lo que la profesional de la medicina ya habla de una ruptura prolongada de membranas, decidiendo aumento del goteo de oxitocina a 120CC/HORA, y revisó por segunda vez a la señora Hurtado García a eso de las 10:41 de la mañana, registrando en la historia clínica una FCF de 159 y membranas integras, dejando a la paciente con igual manejo, para ese momento la señora Mónica llevaba 29 horas y 10 minutos desde la ruptura de membranas. La misma médica se percató a las 11:34 de la mañana del 01 de agosto del 2015 que se presentaba dolor en la gestante tipo contracción uterina, y descenso en la FCF hasta 50 LPM por lo que programó cesárea e inició reanimación in útero, suspendió el suministro de oxitocina, y la materna fue trasladada a quirófano, se practicó la cirugía cesárea a las 11:48 minutos de la mañana del 01 de agosto de 2015, y se extrajo feto con circular de cordón no apretada al cuello, sin esfuerzo respiratorio, ni tono muscular, con sufrimiento fetal por lo que se le realizaron maniobras de reanimación por pediatría, pero el estado fetal fue insatisfactorio y falleció, para el momento de la práctica de la cesárea la paciente llevaba 30 horas y 19 minutos desde la ruptura de las membranas.

RECAPITULANDO: La señora Mónica Vanessa a eso de las 05:30 de la mañana del 31 de julio del 2015 presentó ruptura de membranas, y acudió a las 8:59 de la noche de ese mismo día para atención al Hospital San José de Neira – Caldas, advirtiendo que no presentaba dilatación, dicho centro hospitalario remitió a la

gestante al SES Hospital de Caldas, donde arribó a las 10:38 de la noche y fue atendida por el médico especialista Luis Gilberto Herrera Morales, quien inicio inducción al parto con la formulación de oxitocina en goteo lento, y el cual reviso a la materna en 3 ocasiones durante el turno que entrego a las 7:00 de la mañana del 01 de agosto del 2015 a la médica especialista Martha Patricia Torres Polanco, quien aumento el goteo de oxitocina a las 7:29 de la mañana, reviso a la paciente a las 10:38 de la mañana y, posteriormente ordenó a eso de las 11:41 de la mañana de ese día se practicara cesárea ante la evidencia de una desaceleración de la FCF de 50 LPM, sin embargo, el feto falleció. En este proceso desde la ruptura prematura de membrana de la gestante hasta la práctica de la cirugía transcurrieron 30 horas y 19 minutos.

7.- Una vez, analizadas las historias clínicas y teniendo como demostrados los hechos que sobre las mismas se soportan, ya relacionados anteriormente, es indispensable para adoptar una decisión, estudiar en este caso los siguientes subproblemas jurídicos:

7.1) Estado de salud de la señora Mónica Viviana Hurtado García y el feto al momento del ingreso al SES Hospital de Caldas.

Sobre este tópico la historia clínica de atención de la ESE Departamental Hospital San José de Neira del 31 de julio del 2015 de las 21:10:05 horas reporta en el examen físico a la señora Hurtado García y al feto, lo siguiente:

HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN

PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, SIN DIFICULTAD REPIRATORIA, NORMOCEFALO, FONDOS DE OJOS SIN RETINOPATIA NI HEMORRAGIAS, ADECUADA REACCION PUPILAR A LA LUZ, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, OROFARINGE SANA, CUELLO MOVIL, SIN SOPLOS CAROTIDEOS, NO INGURGITACION YUGULAR, TIROIDES NO PALPABLE, MAMAS SIN ALTRACIONES A LA INSPECCION Y PALPACION, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR ADECUADO SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN CON UTERO GRAVIDO, AU 31 CM, FCF 141 L/MIN ESCUCHADOS POR LA MATERNA Y SU MADRE, MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS, DORSO DERECHO, CEFALICO, NO ENCAJADO, SIN ACTIVIDAD UTERINA DURANTE LA VALORACION CLINICA, PUÑO PERCUSION NEGATIVO, PUNTOS P' OURETERALES NEGATIVOS, GENITALES FEMENINOS SIN ALTERACIONES, SE REALIZA TACTO VAGINAL CON GUANTES ESTERILES, CUELLO CERVICAL INTERMEDIO, BORRADO 20%, DILATABLE A 1 DEDO, CON SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, EXTREMIDADES MOVILES, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR 2 SEGUNDOS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, FUERZA ADECUADA. ROT ++/++++, GLASGOW 15/15

Y continúa,

CONCEPTOS GENERALES Y RECOMENDACIONES

BINOMIO MADRE Y FOTO EN APARENTE BIENESTAR, PERO CON RUPTURA DE MENBRANAS SIN PREVIA DILATACION, MOTIVO POR EL CUAL SE INICIAN TRAMITES DE REMISION PARA MAYOR NIVEL DE ATENCION, SE REALIZA MONITOREO FETAL CON ABECUADA VARIABILIDAD, FCF 128 L/MIN, NO DESACELERACIONES, SIN ACTIVIDAD UTERINA.

Lo anterior es corroborado por lo manifestado durante la contradicción del dictamen pericial el médico especialista Jorge Eduardo Vélez Arango quien, ante pregunta realizada, contestó: *"Este es un bebe que todo el tiempo estuvo bien y de pronto de una manera brusca hace esta desaceleración, se pone de cubito, se suministra líquido y se hace la cesárea de inmediato*." El mismo perito a preguntas relacionadas sobre el tema durante la contradicción del dictamen, dijo:

"CONTESTO: *De acuerdo al peritazgo y evoluciones de la Dra. Marta no se describen ninguna situación del compromiso del bienestar del bebe o de riesgo materno como tal, donde se debió decir hay que hacer una cesárea con carácter de urgencia, en todas las evoluciones hay una palabra de bienestar fetal*

Asimismo, en dictamen pericial rendido por la médica especialista Liliana del Socorro Dávila Arias (fl. 157 del consecutivo 04 del expediente digital), quien dijo:

2. ¿Cuál era la condición de la paciente en el caso concreto, al ingreso en alto nivel de complejidad?

RESPUESTA:
Al ingreso a la Entidad de Tercer nivel se encontró una paciente primigestante con Gestación de 38 semanas, no había signos ni síntomas de complicación. Tampoco había inicio de trabajo de parto. Los exámenes paraclínicos fueron reportados como normales (hemoleucograma normal, proteína C reactiva normal). No había fiebre y el líquido estaba claro, no caliente. La madre no tenía alteraciones en los signos vitales. La frecuencia cardiaca fetal era normal.

Lo anterior, permite concluir, que tanto la madre Mónica Vanessa como el feto se encontraban en buenas condiciones al momento del ingreso al SES Hospital de Caldas, no tenían ninguna anomalía ni alteración, y tampoco fue demostrado lo contrario por los accionados durante el trascurso de este proceso. La FCF era normal al igual que las condiciones físicas de la madre, se trataba de un embarazo que se desarrollaba en forme normal, sin mayores complicaciones.

7.2) Conductas a seguir por los médicos que atendieron el parto de la señora Mónica Vanessa Hurtado García.

Ahora bien, demostradas las circunstancias en que se desarrolló la atención hospitalaria dada a la señora Mónica Vanessa Hurtado al momento de su proceso de parto, así como el desarrollo normal de su embarazo (pues no obra prueba en el expediente que acredite lo contrario), la discusión se centra en establecer cuáles eran las conductas a seguir por parte de los médicos especialistas que atendieron a la gestante desde su ingreso por remisión al SES Hospital de Caldas con un diagnóstico de ruptura prematura de membranas sin inicio de dilatación de 17 horas y 7 minutos.

Al respecto, se tiene que el perito médico ginecológico y obstetra Jorge Andrés Jaramillo García al rendir el dictamen pericial que obra a folio 110 del consecutivo 01 del expediente digital destacó que la señora Mónica Vanessa presentó un evento de ocurrencia en un 15% de los embarazos que es la ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto, ante lo cual, señaló que, en un embarazo a término se podía optar por dos conductas a seguir: la expectante o el inicio del proceso de inducción, advirtiendo que la gestante en este caso contaba con más de 17 horas

de ruptura de membranas cuando ingreso al Hospital de Caldas. En relación a esta aseveración el perito Ginecólogo y Obstetra médico Jorge Eduardo Vélez Arango la confirma al rendir el dictamen (fl.113 del consecutivo 04 del expediente digital) indicando que, la señora Hurtado García contaba con un embarazo de 38 semanas con cuadro clínico de ruptura de membranas de 17 horas a su momento de ingreso al SES Hospital de Caldas, siendo el protocolo a seguir: "*Ante la presencia de una ruptura de membranas en embarazo de 38 semanas (embarazo a término), antes del comienzo del trabajo de parto, se proponen básicamente dos alternativas: 1- Manejo expectante esperando el comienzo espontáneo de contracciones uterinas, por cuanto en la mayoría de los casos (60-90%) en los que se presenta ruptura de las membranas, el parto se desencadenará espontáneamente, en las 24 a 48 horas siguientes, aun con la presencia de condiciones cervicales desfavorables. 2- manejo activo, propuesta que recomienda la inducción del parto 8 a 12 horas después de la ruptura de membranas, en embarazos a término, cuando no se da el inicio espontaneo del trabajo de parto."*

Lo anterior, también es respaldo con el dicho de la perito médica Ginecóloga y Obstetra Liliana del Socorro Dávila Arias quien en el dictamen rendido (fl. 157 del consecutivo 04 del expediente digital), señaló que, en los casos de una ruptura de membranas a término el médico puede tomar una actitud activa con la inducción del parto o una actitud expectante. También advirtió que, en este asunto la condición de la paciente primigestante era una gestación de 38 semanas, con una ruptura de membranas de mas de 17 horas, sin trabajo de parto. Incluso el médico Herrera al rendir el interrogatorio de parte aseveró que la señora Hurtado Garcia arribó al SES Hospital de Caldas con 17 horas de ruptura de membranas, debido a que presento la ruptura de membranas a las 5 de la mañana e ingreso al Hospital a las 10:38 de la noche del 31 de julio de 2015.

En conclusión, tanto el perito de la parte demandante como los expertos propuestos por los demandados son concordantes en afirmar en sus dictámenes, que cuando ocurrieron los hechos, la señora Mónica Vanessa Hurtado García tenía un embarazo de 38 semanas, por lo que se encontraba en término, igualmente, que cuando ingreso al SES Hospital de Caldas presentaba un cuadro clínico de una ruptura de membranas de más de 17 horas - exactamente 17 horas y 7 minutos según cálculos efectuados por el Despacho -, no iniciaba el trabajo de parto, por lo que las dos conductas alternativas con las que contaban los galenos que la atendieron eran adoptar una actitud expectante o iniciar la inducción del parto.

7.3) Que conducta era la adecuada a seguir por parte del médico que atendió a la señora Hurtado García en el ingreso al SES Hospital de Caldas.

De la historia clínica antes descrita se evidencia que una vez ingresó la paciente al SES Hospital de Caldas a eso de las 10:38 de la noche del 31 de julio del 2015, fue atendida por el médico especialista de turno Luis Edilberto Herrera Morales, quien ante la remisión que hizo el Hospital San José de Neira – Caldas, procedió a realizar un examen físico de la señora Mónica Vanessa Hurtado García encontrando a la gestante en buenas condiciones generales, con un embarazo de 38 semanas, un

abdomen con un útero grávido, con altura uterina de 36 cms, con un feto único en situación longitudinal, posición cefálica, posición dorso izquierdo, así como también advirtió la salida de líquido amniótico claro, no fétido, y al tacto vaginal cuello posterior permeable a 2 dedos, con leve borramiento, y al monitoreo fetal electrónico – según afirmó en el interrogatorio rendido – la frecuencia cardiaca al momento del ingreso fue categoría (1) y frecuencia cardiaca fetal basal normal – categoría (1) - por tanto, el galeno de turno teniendo en cuenta como lo anotó en el análisis consignado en la historia clínica que, al examen ginecológico se presentaron cambios cervicales favorables, inicio el proceso de inducción del parto debido a la presencia de una ruptura a término prolongada al transcurrir más de 12 horas, así lo señaló en la declaración rendida, en la cual también advirtió que, ante una ruptura prematura de membranas se adelantó el proceso de manejo recomendado en las guías de práctica clínica, procediendo a hospitalizar a la paciente, iniciar líquidos endovenosos de reposición, sustitución de dieta, hidratación a la paciente, orden de monitoreo fetal continuo en sala de trabajo de parto, realización de paraclínicos para descartar infección - que advirtió es uno de los riesgos de la paciente que llega con ruptura de membranas prematura -, solicitud de cuadro hemático, parcial de orina, prueba de proteína CR reactiva para valorar las posibilidades de infección, así como también suministro de antibióticos – ampicilina -, y ordenó hospitalización de la materna, e inició de oxitocina.

Al respecto, el médico Gineco-Obstetra Herrera Morales al rendir interrogatorio de parte, ante pregunta formulada por esta Jueza, dijo:

"PREGUNTADO: *¿Por qué decide colocar oxitocina a la paciente Mónica Vanesa?* ***CONTESTO:*** *Doctora en una paciente con ruptura de membranas la conducta es iniciar buscar desencadenar el trabajo de parto y las recomendaciones para iniciar o para provocar las contracciones que nos lleven al trabajo de parto, es iniciar una inducción o sea provocar las contracciones mediante el uso de un medicamento que es la oxitocina, también se podrían utilizar otros medicamentos como misoprostol, pero en la práctica nosotros toda la vida hemos utilizado oxitocina, tiene ventajas sobre otros medicamento como el misoprostol … la indicación es iniciar inducción con oxitocina; se llevaría una paciente a una cesárea si surge o viene la paciente con una indicación diferente, por ejemplo puede venir con membrana rotas y placenta previa o con membrana rotas y situación fetal transversa o con membrana rotas y situación fetal de nalgas en ese caso habría una indicación para realizar una cesárea y no por la ruptura sino por la otra condición… En resumen, la indicación es la inducción del trabajo de parto y esta es la conducta que realizamos con la paciente".*

"PREGUNTADO: *Si la señora Mónica Vanessa Hurtado ya tenía 17 horas de ruptura, ¿no se consideraba mejor la realización de una cesárea?* ***CONTESTO*****:** *No doctora no hay indicación para cesárea, lo que acabo de decir, porque la vía normal en la ruptura prematura de membranas independientemente del tiempo transcurrido de ruptura es la búsqueda de parto vaginal, le hago una comparación, tenemos a veces pacientes con ruptura de membranas menor de 34 semanas, cuando la ruptura es menor de 34 semanas, no se induce en el momento en que*

llega la paciente, sino que por el contrario se busca retrasar el inicio del parto, procurando que la paciente llegue hasta 34 semanas y a veces tenemos pacientes con ruptura por una, dos, tres y a veces a hasta cuatro semanas y en el momento que llegan a las 34 semanas ya llevan cuatro, dos, tres, cuatro semanas de ruptura la conducta no es una cesárea, en ese caso también es la inducción del trabajo de parto, la ruptura de membranas de ningún tiempo de evolución implica cesárea como como vía determinación del parto inicialmente".

Igualmente, a interrogante formulado por el apoderado del demandante, señalo:

***"¿PREGUNTADO:** ¿En este caso no había lugar a iniciar un tratamiento diferencial teniendo en cuenta que esa ruptura de membranas ya había superado las 17 horas?* **CONTESTO:** *No el único tratamiento diferente es que si la paciente llega antes de 12 horas no comenzamos antibióticos y en esta paciente como ya al momento del ingreso tenía más de 12 horas de ruptura, se comenzó antibióticos terapéuticos, asumiendo que a medida que pasan más de 12 horas de ruptura de membranas, aumenta el riesgo de infección, tanto fetal como materna. Esa es la indicación después de 12 horas, iniciar cobertura con antibióticos y esta es la única diferencia que tenemos de acuerdo con el tiempo que transcurrió en este caso 17 horas y no ponemos antibióticos si la paciente tiene el trabajo y va tener antes de las 12 horas."*

Ahora bien, con respecto a la conducta adoptada por el médico Luis Edilberto Herrera Morales y descrita en el párrafo anterior, se evidencia que el médico especialista Jorge Andrés Jaramillo García en el dictamen pericial rendido (fl. 110 del consecutivo 01 del expediente digital), indicó: "…*el otro grupo considera iniciar la inducción luego de 12-18 horas de producida la ruptura de membranas si no se ha presentado el inicio de patrón contráctil, en la situación que nos ocupa, cuando la paciente llegó al nivel superior de atención (hospital de caldas) ya contaba con más de 17 horas de haberse dado la ruptura de membranas, por lo que la conducta de iniciar la inducción del parto era pertinente y ceñida a la praxis médica …"*

Y continúa,

RESPUESTA: como lo mencioné antes, en las rupturas de membranas con embarazo a término se puede tomar la conducta expectante, pues hasta un 10% de las rupturas de membranas a término no han iniciado trabajo de parto luego de 48 horas de la ruptura, sin embargo el protocolo de inducir el parto luego de más de 17 horas de ruptura de membranas es correcto, este debe estar ceñido a lo propuesto (existen al respecto

Lo anterior, es corroborado con el dictamen pericial rendido por el médico Jorge Eduardo Vélez Arango (fl. 113 consecutivo 04 del expediente digital) quien señaló:

El proceso de atención realizado a la gestante al momento de su ingreso a SES Hospital de Caldas, por el médico ginecoobstetra de turno, Doctor Herrera, corresponde con los protocolos vigentes para la atención de una embarazada de 38 semanas con ruptura prematura de membranas antes del comienzo del trabajo de parto, en la que está indicada el inicio de una inducción del parto cuando han transcurrido más de 8 horas de la ruptura, sin comienzo espontáneo del trabajo de parto, indicándose además una cobertura antibiótica con ampicilina, como también lo recomiendan las guías, con el fin de reducir el riesgo de infección amniótica y fetal. Se ordena además la monitorización fetal electrónica,

Incluso el mismo profesional especializado de la medicina durante la práctica de audiencia de pruebas al contestar los interrogantes planteados en el trascurso de la contradicción del dictamen, sobre el tema contestó a interrogante formulado por el apoderado del médico Luis Edilberto Herrera:

"PREGUNTADO: *Con base en su experiencia, este trabajo, esta inducción el trabajo de parto que ordena el doctor Luis Alberto a la paciente Mónica Vanesa Hurtado es un protocolo de inducción fue adecuada a las condiciones de evolución que presentaba la paciente para ese momento.* ***CONTESTO:*** *Si, la práctica de inducir el parto es la práctica obstétrica más realizado día a día en el mundo, todos los días se producen millones de partos, para el caso tratado con una paciente con 38 semanas de gestación. Podemos definir como un embarazo completamente a término con una ruptura de membranas que ya superaba las 12 horas, la decisión de la inducción del trabajo de parto, es una decisión completamente ajustada a protocolos; protocolos que además están siempre fundamentados."*

A pregunta formulada por esta funcionaria judicial el mismo galeno contesto:

"PREGUNTADO*: Cuáles son las causas porque se induce un parto.* ***CONTESTO:*** *A una materna la inducción del parto es una decisión que se toma cuando surge en condiciones en la madre o en el que hacen deseable palabras muy sencillas que el bebé esté afuera y no de la madre pueden clasificarse las indicaciones de inducción, entonces en maternas están por ejemplo trastornos de la gestación, condiciones como los excesos de líquido amniótico, la disminución del líquido amniótico, condiciones fetales como un feto que empieza a mostrar signos de pérdidas, su bienestar total y otras condiciones que ya tienen que ver por ejemplo dado de las membranas, esta madre presentó una ruptura espontánea de membranas, se estima que más o menos un 10% de las gestantes a término pueden empezar su trabajo con una ruptura espontánea de las membranas, sin tener todavía actividad uterina como entonces doctora indicaciones existen, bien sea materna o fetal pero en la realidad mientras estuvimos en esta práctica obstétrica de la actualidad se ejerce con mucha rigurosidad, hacer la inducción cuando se requiere es un procedimiento muy benéfico para la madre y el resultado final de la gestación."*

También se ratificó en su respuesta ante interrogante planteado por la apoderada de la médica Martha Torres Polanco, así:

"*PREGUNTADO: La decisión de los médicos Hospital de Caldas de iniciar la inducción del trabajo de parto de la paciente fue una conducta adecuada o sea conforme al estado clínico en que se encontraba ella lo indicado era hacer una inducción de trabajo de parto. **CONTESTO:** Mi respuesta es una decisión adecuada."*

Igualmente, en el dictamen pericial rendido por la médica especialista Liliana del Socorro Dávila Arias (fl. 157 del consecutivo 04 del expediente digital)

Toda ruptura de membranas prolongada de más de 12 horas de evolución se maneja con antibiótico profiláctico y refuerzo e inducción con oxitocina. Según la ACOG, se considera recomendación con evidencia tipo A que, para las mujeres con RPM a término, el trabajo de parto debe ser inducido con oxitocina por riesgo de corioamnionitis

Durante la diligencia de audiencia de pruebas en el trámite de la contradicción el dictamen la perito referenciada ante pregunta realizada por el apoderado de la parte demandante, señaló:

*"**PREGUNTADO**: De acuerdo a la Lex Artis medica es aconsejable realizar la inducción del trabajo de parto no por medicamentos si no por intervención quirúrgica. **CONTESTO**: La cesárea tiene unas indicaciones precisas, una paciente que tenga una pelvis pues evidentemente estrecha la paciente con un feto grande, demasiado grande para la edad gestacional y para el cuerpo, pues de la madre pacientes que vengan en presentación o sea son causas obstétricas como tal para que uno haga una cesárea, pues se programa cesárea para pacientes que tienen cesáreas previas con un periodo intergenésico muy corto sea menos de 2 años y que presenten por ejemplo una ruptura prematura de membranas, entonces estas pacientes no se les va a hacer inducción del trabajo de parto, por el riesgo de ruptura de esa cicatriz entonces hay circunstancias, pues que indican que se debe hacer una cesárea en esa etapa gestacional, pues eso también depende del contexto de cada paciente ,si tengo una paciente que hace una ruptura de membranas y apenas tiene 34 semanas, entonces yo le debo dar maduración para los pulmones del bebé, la puede hospitalizar y darle un manejo como conservador hasta que alcance la maduración total; estarla vigilando mediante exámenes para que no haya signos de infección y/o con monitoreos para que la frecuencia cardiaca este bien y se puede llevar hasta el término con una ruptura de membranas entonces hay que ponerlo en cada contexto, no hay una semana exacta para desembarazar, hay circunstancias en obstetricia con una restricción del crecimiento intra uterino severo se debe desembarazar a la semana 37, una paciente que tenga una hipertensión controlada se puede llevar hasta la semana 38. Con esta paciente llega con un embarazo a*

término, se induce el parto porque no llegó con ninguna anomalía, tenía monitoreo, tiene una pelvis que la catalogan como favorable, con unos cambios cervicales que facilitan un parto vaginal y en caso de ruptura de membranas lo ideal es un parto vaginal porque una cesárea implica mayor riesgo de infección, hay que incidir piel, pasar varios planos."

Sobre este punto, el Despacho recurrirá a la literatura médica teniendo en cuenta que el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera – Subsección B en providencia del 10 de mayo del 2017, CP. Stella Conto Díaz del Castillo en el proceso con radicado No. 08001-23-31-000-2002-02174-01(39057), señaló en cuanto a la utilización de la literatura médica para surtirse la interpretación de historias clínicas, resultados de exámenes, y otros aspectos, lo siguiente:

"Al respecto vale recordar lo decidido por la sección en sentencia de 28 de agosto de 2014, sobre el valor probatorio de la literatura científica:

> *Es menester aclarar que la apertura definitiva del espectro probatorio para la acreditación del daño a la salud puede generar circunstancias en las que, como en el caso sub lite, se pueda acreditar la existencia de un cierto tipo de alteración psicofísica, sin que ello comporte certeza sobre su naturaleza, intensidad y duración. En estos casos, bien puede el juez acudir a la literatura científica para complementar e interpretar las pruebas obrantes en el proceso. Esta afirmación debe ser cuidadosamente distinguida de la aceptación de que la literatura científica pueda ser tenida como reemplazo absoluto de las pruebas concernientes a los hechos singulares discutidos en el proceso, como lo son la historia clínica, o demás pruebas documentales o testimoniales. Lo que se afirma, más bien es que la literatura científica se acepta como criterio hermenéutico del material probatorio en aquellos casos en los que éste no resulta suficientemente conclusivo"*[12]*.*

Bajo dichas premisas, esta Juzgadora considera conveniente hacer alusión a la investigación publicada en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología y que refirió al procedimiento de la inducción del parto de la siguiente manera: *"La inducción es la estimulación artificial del trabajo de parto, antes de su inicio espontáneo, con la intención de lograr un parto vaginal. Es un procedimiento indicado cuando los riesgos de continuar el embarazo superan los riesgos asociados con el trabajo de parto inducido y el parto"*[13]

Sobre este tópico debe destacarse que el objetivo de la inducción del trabajo de parto es el *"…estimular las contracciones uterinas antes de su inicio espontáneo*

---

[12] Consejo de Estado Sección Tercera, Sentencia de Unificación de 28 de agosto de 2014, C.P.: Stella Conto Díaz Del Castillo, Exp. 28804.

[13] Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología avol. 70 No. 2 Bogotá, Abril - Junio de 2019. Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. Estudio descriptivo. Elkin Alfonso Álvarez Zapata, Liza maría González Hernández, Nidia Beatriz Jimenez Arango y Jhon Jairo Zuleta Tobón.

para tener como resultado un parto vaginal. Por lo tanto, podemos decir que la inducción del trabajo de parto hace referencia a un conjunto de maniobras encaminadas a iniciar y mantener contracciones uterinas que modifiquen el cuello (borramiento y dilatación) y provoquen la expulsión fetal después de la semana 22 de gestación."[14]

Ahora bien, para decidir optar por la inducción de un trabajo de parto deben existir ciertas indicaciones que son: *"… aquellas situaciones obstétricas en las cuales el modo más conveniente de optimizar el desenlace materno-fetal es la inducción del trabajo de parto. Cuando los beneficios de la inducción son más grandes que los riesgos de continuar con el embarazo, esta serie de procedimientos para desencadenar el parto pueden justificarse como una intervención terapéutica (1,4). Las indicaciones no son absolutas; deben considerarse las particularidades maternas y fetales, la edad gestacional, el estado del cuello y otros factores (4*)."[15] Entre dichas indicaciones relacionados por el escrito referenciado se encuentran las "*Ovulares*", y entre ellas: la Ruptura de membranas en embarazo a término, y Ruptura de membranas en embarazos iguales o mayores a 34 semanas.

En conclusión, de las pruebas estudias se desprende que la conducta adoptada por el médico especialista Luis Edilberto Herrera Morales, al momento del ingreso a las 10:48 de la noche de la señora Mónica Vanessa Hurtado García al SES Hospital de Caldas, teniendo en cuenta el estado físico de la citada y del feto, y las indicaciones clínicas, era la pertinente, era la adecuada en ese momento, debido a que inmediatamente asistió en consulta a la gestante, adoptó la decisión de hospitalizarla, e iniciar la inducción del parto con oxitocina, el suministro de antibióticos, y el monitoreo continúo.

7.4) Procedimiento de inducción del trabajo de parto

Según la literatura científica, se presentan diferentes definiciones de la inducción del trabajo de parto, las cuales se describen así: *"Procedimientos dirigidos a estimular contracciones uterinas en mujeres embarazadas que no se encuentran en trabajo de parto y que buscan inducir el parto vaginal."*[16]

Incluso se señala del trabajo de parto inducido *"…pretende emular el proceso del trabajo de parto espontáneo, que en condiciones normales inicia después de la semana 40 de la gestación, con actividad progresiva del miometrio, seguido de cambios en el cérvix y, al final, ruptura de las membranas corioamnióticas, eventos*

[14] Repositorio Universidad Nacional - https://repositorio.unal.edu.co. Capítulo 14 Inducción del trabajo de parto. Obstetricia Integral Siglo XXI pag.260 Luz Amparo Díaz Cruz.
[15] Repositorio Universidad Nacional - https://repositorio.unal.edu.co. Capítulo 14 Inducción del trabajo de parto. Obstetricia Integral Siglo XXI pag.260 Luz Amparo Díaz Cruz.
[16] Ginecología y obstetricia de México. Vol.85 No.5. Ciudad de México mayo 2017. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. JP Aragón Hernandez, MA Ávila-Vergara, J Beltrán-Montoya, E Calderón-Cisneros, F Caldiño-Soto, A Castilla-Zenteno, M García-Espinosa, J Gil-Márquez, EN Gudiño-Ruiz, C Hernández-Rivera, L Loya-Montiel, G Salvador-Domínguez, F Vadillo-Ortega. scileo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0300-9042017000500314.

que preceden a la expulsión del feto. Los mecanismos que controlan esta secuencia de eventos naturales son poco comprendidos; sin embargo, la inducción del trabajo de parto contempla la estimulación secuencial o simultánea de dos etapas: 1) *dilatación y borramiento del cuello uterino y* 2) *contracciones uterinas"*[17]*.*

Este artículo científico también señaló las condiciones generales para la inducción del trabajo de parto, y las describe así:

"La inducción del trabajo de parto requiere la consideración de los siguientes criterios:

1. *Establecer con certeza que el procedimiento ofrece el mejor desenlace para la madre y el feto.*
2. *Confirmar la edad gestacional mediante ultrasonido del primer trimestre.*
3. *Evaluación obstétrica completa. Es necesario contar con los antecedentes maternos y realizar exploración física, incluida la evaluación de las condiciones cervicales mediante la escala de Bishop, evaluación de la pelvis ósea materna y evolución de la inducción del trabajo de parto.*
4. *Es necesario contar con la infraestructura para enfrentar las posibles complicaciones derivadas del procedimiento, disponibles en las instituciones de segundo y tercer nivel de atención. Esto incluye disponer de los recursos para la monitorización continua e intermitente del bienestar fetal, fetometría, personal médico adiestrado y componentes hemáticos.*
5. *Después de explicar las ventajas y desventajas del procedimiento, y la posibilidad de cesárea, obtener el consentimiento informado de la paciente".*[18]

Sobre el caso concreto, se tiene que la historia clínica señala que, la señora Hurtado García ingreso a las 10:38 de la noche del 31 de julio de 2015 al SES Hospital de Caldas y fue atendida por el médico especialista Luis Edilberto Herrera Morales, quien, como ya se anotó, adoptó la decisión de iniciar el procedimiento de inducción del trabajo de parto, la cual fue acertada conforme a las pruebas obrantes en el plenario y la literatura médica, sin embargo, es necesario establecer algunos aspectos controvertidos por las partes con respecto al procedimiento de inducción del parto, para lo cual se dará respuesta a los siguientes subproblemas:

a) Determinar en qué fase del parto se encontraba la señora Mónica Vanessa Hurtado en el momento de ingreso al SES Hospital de Caldas.

---

[17] Ginecología y obstetricia de México. Vol.85 No.5. Ciudad de México mayo 2017. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. JP Aragón Hernandez, MA Ávila-Vergara, J Beltrán-Montoya, E Calderón-Cisneros, F Caldiño-Soto, A Castilla-Zenteno, M García-Espinosa, J Gil-Márquez, EN Gudiño-Ruiz, C Hernández-Rivera, L Loya-Montiel, G Salvador-Domínguez, F Vadillo-Ortega. scileo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0300-9042017000500314.

[18] Ginecología y obstetricia de México. Vol.85 No.5. Ciudad de México mayo 2017. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. JP Aragón Hernandez, MA Ávila-Vergara, J Beltrán-Montoya, E Calderón-Cisneros, F Caldiño-Soto, A Castilla-Zenteno, M García-Espinosa, J Gil-Márquez, EN Gudiño-Ruiz, C Hernández-Rivera, L Loya-Montiel, G Salvador-Domínguez, F Vadillo-Ortega. scileo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0300-9042017000500314.

Para dar respuesta a dicho sub problema jurídico se debe tener en cuenta las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales señalan:

6. ¿Cuál es la definición de trabajo de parto y la duración de los diferentes períodos del trabajo de parto (dilatación borramiento, y del expulsivo)?

D	Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación. Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm. y se acompaña de dinámica regular.
C	Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La duración de la fase activa del parto normal es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal. • En las primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas. • En las multíparas el promedio de duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas.
√	La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración.
D	Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases: • Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo. • Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa. La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta dos horas tanto si tiene como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal. La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en multíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.

	La duración normal de la fase activa del expulsivo en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de hasta dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal. La duración normal de la fase activa del expulsivo en multíparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal

[19]

En consecuencia, se tiene que la fase latente del parto es el periodo que transcurre entre el inicio clínico del parto y los 4 centímetros de dilatación, mientras que la fase activa es el periodo que transcurre desde los 4 a 10 centímetros de dilatación.

Sobre este tópico también se ha dicho:

TRABAJO DE PARTO

Definición, periodos y fases del trabajo de parto

Se considera que una gestante está en "franco trabajo de parto" cuando tiene 3 contracciones en 10 minutos de > 35 segundos de duración, con intensidad > 35 mmHg y que causan modificaciones del cuello uterino (dilatación y borramiento). El inicio del trabajo de parto puede ser espontáneo o inducido, según si las contracciones uterinas y las modificaciones del cérvix comenzaron en forma natural o si se administraron prostaglandinas, análogos de las prostaglandinas, oxitocina o análogos de la oxitocina, para comenzarlo.

El trabajo de parto se divide en tres períodos: I. Dilatación y borramiento, II. Expulsivo y III. Alumbramiento. En el primer periodo el cuello se acorta y adelgaza (borramiento) y ocurre la apertura progresiva del orificio cervical (dilatación) (Figura 6). Este periodo tiene 2 fases: la latente y la activa. La fase latente va desde el inicio del franco trabajo de parto hasta cuando el cérvix tiene una dilatación entre 4 y 5 cm; la fase activa se extiende desde este punto hasta que se alcanza la dilatación de 10 cm. [20]

De otra parte, el perito Jorge Eduardo Vélez Arango en el dictamen rendido (fl. 117 del consecutivo 04 del expediente digital) aseveró que, cuando la señora Hurtado García fue atendida en el SES Hospital de Caldas a las 10:38 de la noche del 31 de julio del 2015, presentaba un cuadro clínico de ruptura de membranas sin comienzo del trabajo de parto. Lo anterior, es ratificado por la perito Liliana del Socorro Dávila, quien afirmó que, la gestante no había iniciado trabajo de parto (fl. 157 del consecutivo 04 del expediente digital).

---

[19] Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Para uso de los profesionales de salud 2013 – Guías No. 11-15. Ministerio de salud y Protección Social- Colciencias. Abril 2013. Bogotá – Colombia.

[20] Capítulo 6 Nomenclatura obstétrica, trabajo de parto y parto eutócico. Guías de atención basadas en evidencia. Ariel Iván Ruiz Parra. Repositorio Universidad Nacional. https: www//repositorio.unal.edu.co. pag.90.

De otra parte, el perito Jorge Andrés Jaramillo García contrario al dicho de los dos expertos antes citados, sostuvo durante la diligencia de contradicción del dictamen que: "*La literatura tiene establecido unos tiempos para cada una de las fases del trabajo de parto, la fase latente es el inicio de las contracciones que se dan periódicamente en forma regular pero que todavía no tienen una dinámica suficiente para producir unos cambios significativos en el cuello, que son cambios significativos, llegar como le digo más allá de los 5 cm de dilatación 5 + de dilatación y un acortamiento del cuello mayor del 50%, …"* . Además, señalo que, la gestante llevaba desde las 5:00 de la mañana de ruptura de membranas, siendo que ese tiempo ya hace parte de la fase latente.

Así mismo, el ya citado perito Jorge Eduardo Vélez Arango, al exponer el dictamen pericial rendido en audiencia, dijo al respecto: "*hay una palabra que se usa repetidamente en estas evoluciones tempranas y es cuando se habla de fase latente, fase latente por definición es el periodo del trabajo de parto que empieza desde que se inician las contracciones uterinas hasta alcanzar una dilatación de 4 cm, esta fase latente toma un periodo más largo de 6 a 8 horas en la mayoría de las pacientes cuando el trabajo de parto es espontaneo, podría acortarse un poco con el uso de la oxitocina, muy diferente si nuestra paciente hubiera ingresado con unos…"* , y agrego: "*La fase latente no, tiene unas complicaciones como si lo tiene la fase activa prolongada, para mayor ilustración todos los días llegan mamás con 2cm de dilatación conversamos con la mamá y les pedimos que regresen a la casa y que vuelva cuando tengan 3 a 4 contracciones en 10 minutos, porque estamos concluyendo que estamos en una fase latente del trabajo de parto, es como el cuello uterino preparándose para esta etapa su dilatación más significativa, entonces la fase latente prolongada no es un factor de riesgo."*

De lo anterior, se desprende que, el perito médico Jorge Andrés Jaramillo, señaló que, la señora Mónica Vanessa desde las 5 de la mañana que presentó ruptura de membranas se encuentra en fase latente del trabajo de parto, mientras los médicos especialistas Jorge Vélez y Liliana Dávila, afirmaron que se presentó al momento del ingreso de la paciente al Hospital demandado, un cuadro clínico de ruptura de membranas sin comienzo del trabajo de parto.

Al respecto, se observa en la historia clínica concerniente al Hospital San José de Neira – Caldas, que cuando fue atendida en urgencias la materna el 31 de julio del 2015 a las 21:10 horas, el médico que la atendió, consigno como hallazgos: abdomen con útero grávido AU 31 cm y una FCF de 141 L/MIN, movimiento fetales activos, posición dorso derecho, cefálico, no encajado, sin actividad uterina, con cuello cervical intermedio, borrado de 20%, dilatable 1 dedo y salida de líquido amniótico, incluso en las recomendaciones se dijo que, la materna tiene ruptura de membranas sin previa dilatación, por lo cual se inician trámites de remisión para mayor nivel de atención.

Igualmente, cuando es ingresada al SES Hospital de Caldas se aprecia en el historial clínico que, siendo atendida por el médico especialista, dicho profesional reporta a la materna con un útero grávido con altura de 36 cms, salida de líquido

amniótico claro, y al tacto vaginal con cuello posterior permeable a 2 dedos con leve borramiento, y sin actividad uterina.

Lo anterior, permite establecer que cuando arribó la señora Mónica Hurtado al Hospital San José de Neira con una ruptura de membranas de 15 horas y 29 minutos, lo hizo sin actividad uterina, y en las mismas circunstancias fue trasladada al SES Hospital de Caldas, sin que se modificaran las condiciones de la gestante a su ingreso a las 10:38 de la noche del 31 de julio del 2015, y ya contando para ese momento con 17 horas y 07 minutos de ruptura de membranas, siendo lo contrario de lo manifestado por la parte actora en la demanda y por el perito Jorge Andrés Jaramillo, la señora Mónica Vanessa no se encontraba en la fase latente del trabajo de parto, toda vez que, registraba 1cm de dilatación, y conforme a las guías de atención del Ministerio de Salud y Protección Social indican que la fase latente del trabajo de parto va desde el inicio de las contracciones uterinas hasta alcanzar una dilatación de 4 cm. Por tanto, la señora Hurtado García a su ingreso al SES no se encontraba en la fase latente del parto.

Determinado lo anterior, es necesario también establecer el momento en el cual, la señora Hurtado García inicio la fase latente del trabajo de parto, para ello se recurre nuevamente al estudio de la historia clínica, destacando que ingreso al Hospital accionado a las 10:38 de la noche del 31 de julio del 2015 con un cuadro clínico de ruptura de membranas pero sin haber iniciado la fase latente del trabajo de parto – como ya se concluyó - , pero luego se observa en el historial de la paciente que, el médico especialista Herrera Morales nuevamente revisó a la gestante a las 3:39 minutos de la mañana del 01 de agosto de 2015, registrando que la materna continuaba sin actividad uterina aunque percibe movimientos fetales. Posteriormente, el mismo galeno Luis Edilberto Herrera, asistió a la señora Mónica Vanesa a las 05:00 de la mañana del 01 de agosto del 2015, y en la evolución el trabajo de parto, refirió que la parturienta tiene leves contracciones de 2 en 10 minutos, percibió movimientos fetales, cuello ligeramente permeable a dos dedos. Y a eso de las 7:29 minutos de la mañana del mismo día, registro la profesional de la medicina Martha Patricia Torres Polanco, que la materna se encontraba en trabajo de parto en la fase latente porque presentaba actividad uterina con contracciones de 2 en 10 minutos con cuello intermedio blando y borramiento de 70%. A las 10:41 de la mañana del 01 de agosto de 2015 la médica referida nuevamente valoró a la paciente y advirtió que, continúa la actividad uterina y contracciones de 2 cms en 10 minutos con cuello intermedio de 2 cms, borramiento de 90%, movimientos fetales.

Sobre este tópico, el médico especialista Herrera Morales en interrogatorio de parte practicado en audiencia, manifestó: "… *se realizan una encuesta sobre necesidades de la paciente y de nuevo en la valoración de las 5:30 de la mañana, encuentro una paciente que está empezando a presentar contracciones uterinas leves, se omite el tacto vaginal, ya que no es necesario hacer y se recomienda disminuir el número de tactos vaginales de una paciente que tiene membranas rotas y se reevalúa el comportamiento del ritmo cardíaco fetal que se encuentra normal en este momento."*

De esta manera, lo expuesto por el galeno Luis Edilberto Herrera corrobora el registro de la historia clínica, en el sentido de que a eso de las 05:00 de la mañana del 01 de agosto del 2015, la gestante inicia con contracciones de 2 en 10 minutos, es decir, comienza la fase latente del trabajo de parto.

Lo anterior, es respaldado por el dicho del perito médico Jorge Andrés Jaramillo García durante la contradicción del dictamen en diligencia de audiencia ante la pregunta formulada por la apoderada del vinculado, así: "***PREGUNTADO**: En las notas del Dr. Luis Edilberto Herrera, el día primero de agosto a las 5 a la mañana, el doctor Dr. Luis Edilberto Herrera, indica que en ese momento, el trabajo de parto ya está en fase latente porque para ese momento ya hay movimientos, ya se ha iniciado las contracciones, con fundamento en esa nota del Dr. Luis Edilberto Herrera, podría explicarnos de acuerdo a lo que usted ya nos había dicho en respuesta anterior, si para las 5 de la mañana para el Dr. Luis Edilberto Herrera, estaba empezando la fase latente del trabajo en la señora Mónica. **CONTESTO:** sí señora"*

Así como también es respaldado por el médico perito Jorge Eduardo Vélez Arango, quien en la contradicción del dictamen dijo:

*"**PREGUNTADO**: Doctor la mañana cuando el doctor Luis Herrera entrega su turno la Señora Mónica, continúa el trabajo de parto, continua en una fase latente. **CONTESTO**: Es correcto la dilatación del cuello que se mantiene muy similar a la del ingreso."*

Por tanto, la señora Mónica Vanessa Hurtado García, solo a las 05:00 de la mañana del 01 de agosto de 2015 presento actividad uterina y contracciones de 2 en 10 centímetros ingresando a la fase latente del trabajo de parto, es decir, para esa hora llevaba en el procedimiento de inducción 6 horas y 29 minutos, y desde la ruptura de membranas arribaba a las 23 horas y 29 minutos.

Se debe tener en cuenta que conforme al interrogatorio de parte rendido por la médica Ginecobstetra Martha Patricia Torres Polanco a preguntada formulada señalo:

*"**PREGUNTADO**: Doctora Patricia, diga cómo es cierto sí o no que, para el mes de agosto del año 2015 usted atendió en el SES hospital de Caldas a la paciente Mónica Vanesa Hurtado. **CONTESTO:** La recibí el primero de agosto del año 2015 en mi turno que empezó ese día a las 7 de la mañana."*

Lo anterior, significa que, el médico ginecobstetra Luis Edilberto Herrera entrego turno a las 7:00 de la mañana del 01 de agosto de 2015, lo que quiere decir, que para ese momento la señora Mónica Vanessa Hurtado se encontraba en un proceso de inducción de parto de 8 horas y 29 minutos, y desde la ruptura de membranas unas 25 horas y 29 minutos.

RECAPITULANDO, la señora Mónica Vanessa Hurtado ingreso al SES Hospital de Caldas con 17 horas y 07 minutos de ruptura de membranas, momento a partir del cual le fue adelantado el procedimiento de inducción del trabajo de parto, que comenzó a las 10:38 de la noche del 31 de julio del 2015, y a las 5:00 de la mañana del 01 de agosto de 2015, fecha de la última revisión a la materna realizada por el médico especialista Herrera Morales, cumplía 6 horas y 22 minutos de inducción al trabajo de parto, y al culminar el turno del médico citado - 7:00 de la mañana -, arribaba a las 8 horas y 22 minutos de inducción al parto, y de ruptura de membranas llegó a las 25 horas y 29 minutos.

De igual manera se advierte que cuando el médico especialista Herrera Morales entrego el turno, la señora Hurtado García continuaba en la fase latente del trabajo de parto, y nunca paso de dicha fase, situación respaldada con el dicho del médico perito Jorge Eduardo Vélez Arango, quien aseguro: *"… la señora se mantuvo en fase latente, de haberse continuado con la inducción como se venía haciendo, podríamos decir que hubiera entrado en la fase activa, pero es algo que no podemos juzgar a posteriori."*

Lo anterior, permite deducir que, la señora Hurtado García se mantuvo en el tiempo en la fase latente del trabajo de parto, y nunca paso a una fase activa del trabajo de parto, a pesar de que para el momento en que entrego el turno el médico Herrera Morales llevaba 8 horas y 22 minutos en inducción del parto.

b) Establecer si fue adecuado el manejo del procedimiento de inducción del parto que se adelanto a la señora Mónica Vanessa Hurtado García.

En relación al procedimiento de inducción del parto en la gestante, uno de los puntos de controversia es el suministro y manejo del medicamento oxitocina por parte del cuerpo médico del SES Hospital de Caldas, en especial del galeno que inicio y continúo durante su turno con el proceso.

A fin de dilucidar este tema, se recurre a los registros consignados en la historia clínica, en relación al procedimiento de inducción de parto, los cuales consignaron lo siguiente:

INSTITUCION DE MAYOR COMPLEJIDAD. AL INGRESO CON SIGNOS VITALES DENTRO DE NORMALIDAD. AL EXAMEN GINECOLOGICO CON CAMBIOS CERVICALES FAVORABLES PARA INDUCCION CON OXITOCINA BAJO MONITOREO CONTINUO EN SALA DE TRABAJO DE PARTO. SE INICIA ANTIBIOTICOTERAPIA CON AMPICILINA POR RUPTURA DE MAS DE 12 HORAS DE EVOLUCION.

Y continúa,

Indicaciones Medicas

- HOSPITALIZAR EN TRABAJO DE PARTO- NADA VIA ORAL- SSN 0,9% 2000 CC PARA 24 HORAS- AMPICILINA AMPX 1GR. APLICAR 1 AMPOLLA CADA 6 HORAS IV- OXITOCINA DILUIR 5 UI DE SSN 0,9% Y PASAR A 12 CC HORAS, AUMENTAR 12 CC CADA 30 MINUTOS HASTA OBTENER 5 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS O HASTA MAXIMO 120 CC.- FITOMENADIONA AMPX 1MG. APLICAR 1 AMPOLLA AL RECIEN NACIDO.- SS VDRL, CH, PCR- SS MONITOREO FETAL ELECTRONICO (YA REALIZADO)- VIGILAR ACTIVIDAD UTERINA PERDIDAS VAGINALES FCF- CONTROL SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOS

Y en la formulación médica se especificó:

-	H01BO007702	OXITOCINA 10 UI/mL solucion inyectable	1	HORAS IV OXITOCINA DILUIR 5 UI DE SSN 0,9% Y PASAR A 12 CC HORAS, AUMENTAR 12 CC CADA 30 MINUTOS HASTA OBTENER 5	Endovenosa

Al respecto en interrogatorio de parte, absuelto por el médico Luis Edilberto Herrera Morales durante el desarrollo de la audiencia de pruebas, ante interrogantes formulados por esta funcionaria, dijo:

"*PREGUNTADO: Quisiera que me aclare algo, se le colocó o no se le colocó oxitocina a la señora Mónica Vanesa. **CONTESTO**: Si, Doctora se inició la inducción como se ordenó, se inicia con dosis bajas a 2000 unidades por minuto y se procura aumentar 2000 unidades cada 30 minutos hasta obtener contracciones regulares o hasta un máximo de 120,000 unidades en caso de que no haya comenzado contracciones uterinas."*

"***PREGUNTADO:** ¿Por qué decide colocar oxitocina a la paciente Mónica Vanesa? **CONTESTO:** Doctora en una paciente con ruptura de membranas la conducta es iniciar buscar desencadenar el trabajo de parto y las recomendaciones para iniciar o para provocar las contracciones que nos lleven al trabajo de parto, es iniciar una inducción o sea provocar las contracciones mediante el uso de un medicamento que es la oxitocina, también se podrían utilizar otros medicamentos como misoprostol, pero en la práctica nosotros toda la vida hemos utilizado oxitocina, tiene ventajas sobre otros medicamento como el misoprostol … la indicación es iniciar inducción con oxitocina; se llevaría una paciente a una cesárea si surge o viene la paciente con una indicación diferente, por ejemplo puede venir con membrana rotas y placenta previa o con membrana rotas y situación fetal transversa o con membrana rotas y situación fetal de nalgas en ese caso habría una indicación para realizar una cesárea y no por la ruptura sino por la otra condición… En resumen, la indicación es la inducción del trabajo de parto y esta es la conducta que realizamos con la paciente".*

A las preguntas formuladas por el apoderado de la parte demandante, dijo:

***"PREGUNTADO:** Doctor en respuesta anterior nos indicó que una vez recibió la paciente, ordenó el procedimiento de aplicar la oxitocina y nos indicó que cinco unidades en 500. Quiero que nos indique si esas cantidades se aplican de manera general a todas las pacientes o eso obedece a las condiciones especiales de cada paciente. **CONTESTO:** Ese es un esquema que tenemos en las guías de manejo de la inducción del trabajo de parto en el Hospital SES de Caldas, pero hay esquemas que tienen dosis mucho más bajas y hay esquemas que tienen dosis mucho mayores, lo que se busca con la inducción es desencadenar contracciones uterinas, para propiciar el trabajo de parto, entonces no es en un esquema único, utilizamos regularmente en el SES Hospital de Caldas, los esquemas que encontramos en la literatura frecuentemente por ejemplo este esquema lo encontramos en la literatura española frecuentemente y en la literatura americana".*

*"**PREGUNTADO:** Entonces de acuerdo a esto se puede considerar que el que se aplicó fue un esquema con una dosis alta o baja. **CONTESTO:** Este es un esquema de dosis baja y se inicia con dosis bajas y se incrementa progresivamente y el incremento progresivo, tiene como como objetivo buscar contracciones uterinas y trabajo de parto y las dosis bajas se utilizan básicamente buscando evitar la hiperestimulación uterina, que sería una de las complicaciones de la administración de oxitocina. La oxitocina tiene como finalidad provocar contracciones y las contracciones como efecto de las de la infusión de oxitocina en un momento dado puede ser muchas más, de las que uno espera, lo que llamamos taquisistolia y esto puede comprometer el bienestar fetal, pero en este caso nunca ocurrió una taquisistolia, antes, por el contrario, la paciente comenzó con pocas contracciones, que se fueron incrementando en forma regular."*

***"PREGUNTADO**. Indíquenos porque un esquema de oxitocina más alto, porque no existe. **CONTESTO**: El que aplican o el que manejan es uno más bajo no el esquema más o menos de la guía es el que tenemos y que le estoy refiriendo, Sí yo podría habiéndome salido de la guía poner otro esquema diferente, pero no lo considero necesario, por el contrario lo considero riesgoso porque un esquema con dosis más altas me puede llevar a una hiperestimulación uterina, muchas contracciones y un sufrimiento fetal, a causa de las múltiples contracciones se pueden inhibir el flujo sanguíneo fetal, cuando las contracciones son muy frecuentes no da tiempo a que se reponga la oxigenación del feto a partir de la placenta y podría haber desaceleración desde la frecuencia cardíaca fetal y podría haber sufrimiento fetal, por eso se recomienda por precaución los esquemas con dosis bajas como el de nosotros."*

A pesar de las afirmaciones realizadas por el médico especialista Luis Edilberto Herrera Morales, el esquema de suministro y el manejo de la oxitocina es cuestionado por el médico especialista perito Jorge Andrés Jaramillo García, quien en el dictamen presentado que obra a folio 110 del consecutivo 01 del expediente digital, señalo respecto al inadecuado manejo del procedimiento de inducción.

"En resumen hay fallas en la praxis médica como lo son una inducción mal conducida…"

En relación a este tema, el perito médico Jorge Eduardo Vélez Arango, en el dictamen pericial que obra en el folio 112 del consecutivo 04 del expediente digital, dijo:

Con relación al método de inducción de parto elegido, se ordena la administración de oxitocina en infusión de 5 unidades en 500 cc de solución salina normal. Iniciando con la administración de 2 mu minuto, e incrementando 2 mu cada 30 minutos hasta lograr actividad uterina eficaz, la cual se confirma con el progreso normal de la dilatación y el descenso de la presentación.

En la audiencia de contradicción del dictamen dijo al respecto:

"PREGUNTADO: Conforme a la respuesta que tenía la paciente al momento de la inducción y la evolución digamos de las de las primeras 8 horas de parto en qué momento conforme al lex artis y científica y médica era recomendable tener el máximo de oxitocina. CONTESTO: Doctor entonces estábamos un poco más atrás hablando hasta que alcanzamos los cuatro centímetros, este es un periodo del trabajo de parto mucho más largo que la fase activa, esta madre se hallaba en periodo de fase latente, el goteo de oxitocina se fue incrementando paulatinamente hasta que la Dra. ordena el aumento a 120 cc hora lo que corresponde a 20 mil unidades minuto que es la dosis máxima recomendada. ya en fase activa en trabajo de parto con dilatación de 4cm cambia el panorama.

Por su parte, la perito médica Liliana del Socorro Dávila, en la experticia presentada y que figura a folio 157 del consecutivo 04 del expediente digital, consignó:

La mezcla más usada es: 5 UI de Oxitocina en 500 cc de SSN. La dosis inicial es de 2 mU/min (12 cc/h) aumentando 2 mU/min (12 cc/h) cada 15 a 30 min para una dosis máxima de 20 mU/min (120 cc/h).

De esta manera, se observa que sobre la aplicación adecuada de la oxitocina únicamente se pronunciaron, el médico especialista Luis Edilberto Herrera durante el interrogatorio de parte y el perito médico Jorge Andrés Jaramillo, mientras que los peritos Jorge Vélez y Liliana Dávila solo dijeron sobre este tema cuestiones generales sin referirse al punto de discusión.

En las Guías de Práctica Clínica ya referenciadas se dijo sobre el suministro de oxitocina:

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

A	Se recomienda la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas con oxitocina o misoprostol oral a bajas dosis vigilando continuamente la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal.
√	No se recomienda el misoprostol vaginal para la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas.

21

Es necesario recordar que, en este caso, la señora Mónica Vanessa Hurtado García cuando fue atendida en el SES Hospital de Caldas, tenía un tiempo de 17 horas y

[21] Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Para uso de los profesionales de salud 2013 – Guías No. 11-15. Ministerio de salud y Protección Social- Colciencias. Abril 2013. Bogotá – Colombia.

07 minutos de ruptura de membranas, razón por la cual el médico de turno Herrera Morales le inicio el procedimiento de inducción con oxitocina.

Sobre este tema se encuentra en el Capítulo 14 denominado “Inducción del Trabajo de Parto”, el siguiente concepto sobre la oxitocina:

Oxitocina: es la sustancia más usada. Se trata de un nonapéptido con un puente disulfuro que es el responsable de su actividad biológica y tiene una vida media corta de 2-3 minutos. Naturalmente producida en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo, su acción se ejerce sobre células musculares del útero y mioepiteliales de la mama, donde causa contracción. A pesar de conocerse que la concentración de oxitocina no cambia sustancialmente hasta el segundo periodo del parto y por lo tanto no es fundamental en el inicio de este fenómeno, la infusión de una dilución de oxitocina es capaz de originar contracciones uterinas de suficiente intensidad, duración y frecuencia como para lograr la modificación del cérvix y la expulsión del feto. Con base en lo anterior, la oxitocina se ha usado para provocar el parto (2). Es más eficiente una vez que la maduración cervical ha ocurrido, además permite una combinación con la amniotomía, por ejemplo, para mejorar el resultado de la inducción. La dosis inicial, el intervalo y la frecuencia del incremento de la dosis es punto de controversia. El incremento corto en la dosis como cada 15 a 30 minutos, se ha comparado usando una dosis de inicio de 2,5 mU/minuto y elevando la cantidad, sin mostrar diferencias significativas entre los dos grupos. Han mostrado buenos resultados los esquemas propuestos con bajas dosis: iniciando con dosis tan bajas como 0,5 mU/minuto y a intervalos tan largos como 60 minutos entre cada incremento. El intervalo de 20 a 40 minutos se ha mostrado seguro y eficiente cuando se usan dosis altas, definidas con inicio de 6 mU/minuto e incrementos de 6 mU/minuto. También se han comparado protocolos que incluyen incrementos de dosis de 1 a 2 mU/minuto cada 30 minutos, con lo que se eleva la dosis preexistente cada 40 minutos, y aunque los incrementos altos de las dosis se asociaron a un acortamiento en el tiempo de inducción para llegar a establecerse el trabajo de parto, no hubo diferencias significativas entre el tiempo de inicio de la inducción y el del parto (8). [22]

Sobre la oxitocina también se dice:

“La oxitocina (del griego ὀξύς oxys "rápido" y τόκος tokos "nacimiento") es una hormona producida por los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo desde donde es transportada a través de los axones neuronales hipotalámicos hasta la neurohipófisis o hipófisis posterior. Ahí se almacena y través del torrente sanguíneo es transportada hacia diferentes partes del cuerpo para ejercer su función, actuando en cierta manera, como un neurotransmisor.”

[22]Capitulo 14. Inducción del Trabajo de Parto. Luz Amparo Díaz cruz. Obstetricia Integral Siglo XXI. Tomo I, pag.259.

La oxitocina (OT) es un péptido de nueve aminoácidos (nonapéptido), tiene una masa molecular de 1007 Dalton y se mide en Unidades Internacionales (UI). Una unidad internacional de oxitocina equivale a unos 2 microgramos de péptido puro.

Es una hormona cuyas funciones principales radican en conducir el parto, producir la eyección láctea y establecer relaciones afectivas. Sus receptores se hallan principalmente en útero y glándula mamaria, pero también existen en el cerebro, lo cual la relaciona directamente con la conducta maternal."[23]

Y continúa,

"OXITOCINA EXÓGENA

En 1953 se descubrió que la oxitocina era un péptido corto que contenía 9 residuos de aminoácidos, con un puente disulfuro entre dos mitades de cisteína en posición 1 y 6. Por la síntesis de esta hormona Du Vigneaud recibió en 1955 el premio Nobel y desde entonces se cuenta en obstetricia con oxitocina sintética altamente purificada.

La oxitocina sintética usualmente comercializada en España bajo el nombre de syntocinon®, es el fármaco más comúnmente usado para inducir o aumentar las contracciones de parto y para prevenir la hemorragia posparto o incrementar el tono uterino en caso de que se produzca. Se comercializa como medicamento y se destruye en el tracto gastrointestinal, y por tanto debe administrarse en forma de inyección o como un spray nasal. En plasma tiene una vida media muy corta, entre 3 y 5 minutos, lo cual ha permitido regular la dosis que se administra y, en casos de hiperestimulación, hipertonía o bradicardia fetal, retirar rápidamente la perfusión. Se metaboliza y excreta en hígado y riñón principalmente (70%)."[24]

De esta manera, se determinó que el uso de oxitocina en pacientes con ruptura de membranas como la señora Hurtado García se aplica en dosis bajas, pero con un aumento progresivo en un tiempo corto acompañado de un aumento, y elevando la cantidad.

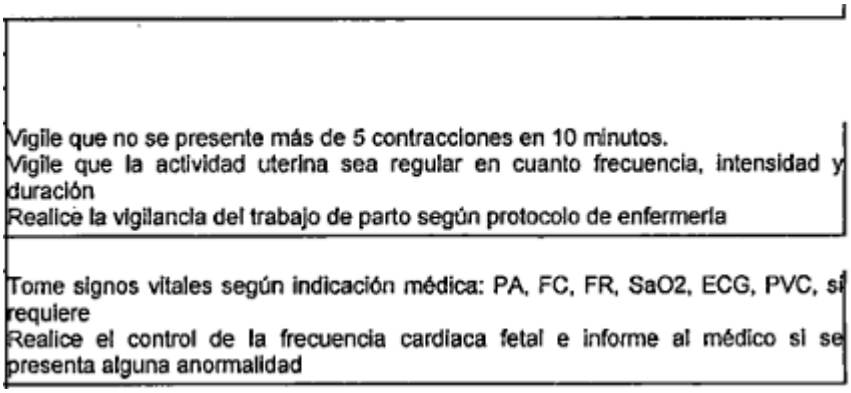
En este caso, como ya se advirtió de la historia clínica y lo ratificó el médico especialista Luis Edilberto Herrera Morales, se inició el procedimiento de inducción del parto con dosis bajas de 2000 unidades por minuto y se ordenó aumentar 2000 unidades cada 30 minutos hasta obtener contracciones regulares o hasta un máximo de 120,000 unidades. El mismo galeno a las 03:39 de la mañana del 01 de agosto de 2015 atendió por segunda vez a la gestante, y simplemente dejó como anotaciones: *"PACIENTE TRANQUILA, NO REFIERE ACTIVIDAD UTERINA, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES ADECUADAMENTE*", y también consignó: *"PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO, SIN ACTIVIDAD UTERINA EN EL MOMENTO, CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO POR RUPTURA DE*

[23] Consecuencias del uso de oxitocina sintética en el manejo del parto hospitalario. Garnica Martinez, Irache. NPunto Volumen IV, num. 40, julio 2021. npunto.es/revista/40/consecuencias-del-uso-de-oxitocina-en-el-manejo-del-parto-hospitalario
[24] Ibidem.

MEMBRANAS MAYOR A 12 HORAS, PARACLINICOS SIN RESPUESTA INFLAMATORIA, CONTINUA MONITOREO FETAL CONTINUA Y VIGILANCIA EN TRABAJO DE PARTO.", registrando como indicaciones: *"CONTINUA MONITOREO FETAL CONTINUA Y VIGILANCIA EN TRABAJO DE PARTO*.", es decir no dejo ninguna nota con respecto al uso y el aumento progresivo del medicamento oxitocina.

Así mismo, a las 5:00 de la mañana del 01 de agosto de 2015, el médico de turno Herrera Morales nuevamente atendió a la paciente Hurtado García, y anotó: *"EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE LEVES CONTRACCIONES, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES ADECUADAMENTE"*, añadió: "*ABDOMEN BAJO MONITOREO FETAL, FCF 135 LPM, SIN DESACELERACIONES, CONTRACCIONES DE 2 EN 10 MINUTOS, MODERADA INTENSIDAD*.", como análisis registró: "*PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO, SIN ACTIVIDAD UTERINA EN EL MOMENTO, CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO POR RUPTURA DE MEMBRANAS MAYOR A 12 HORAS, PARACLINICOS SIN RESPUESTA INFLAMATORIA, CONTINUA AIGUAL MANEJO EN TRABAJO DE PARTO*.", y en la indicaciones señalo: *"CONTINUA MONITOREO FETAL, CONTINUA Y VIGILANCIA EN TRABAJO DE PARTO*", lo que se traduce en que el médico mantuvo el esquema con respecto al suministro de oxitocina.

En cuanto a las notas de enfermería se tiene que se hizo una anotación el 01 de agosto de 2015 a las 02:31 de la mañana en la historia clínica donde se completó un formulario con el rotulo: *"IDENTIFICACIÓN Y DETECCIÓN DE NECESIDADES DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA*", en cual se consignó en la casilla de "*CUIDADO"* (fl. 56 consecutivo 03 del expediente digital):


Vigile que no se presente más de 5 contracciones en 10 minutos.
Vigile que la actividad uterina sea regular en cuanto frecuencia, intensidad y duración
Realice la vigilancia del trabajo de parto según protocolo de enfermería

Tome signos vitales según indicación médica: PA, FC, FR, SaO2, ECG, PVC, si requiere
Realice el control de la frecuencia cardiaca fetal e informe al médico si se presenta alguna anormalidad

A folio 75 del consecutivo 03 del expediente digital obra identico formulario como el ya descrito del 01 de agosto de 2015 de las 06:00 de la noche en el cual se registró por parte de enfermería

cada 6 horas	Tome signos vitales según indicación médica: PA, FC, FR, SaO2, ECG, PVC, si requiere

También se encuentra nota de enfermería del 01 de agosto de 2015 de las 06:06 de la noche, en la cual se consignó (fl. 77 del consecutivo 03 del expediente digital):

Ingresa paciente procedente del servicio Quirofano en camilla sin acompañante, entregado por Auxiliar de Enfermeria, en aparentes buenas condiciones generales, sin medicamentos, signos vitales: TA: 110/70, PAM: 83, FC: 74, SPO2: 94, T°: 36, Glucometria: , con Glasgow: 15/15 ,Tranquilo, Conciente, Orientado, Despierto, Sin Oxigeno, con cateter venoso periferico: MSI, con SSN 0.9%, Permeable, Sin signos de infeccion, cubierto con Micropore, con herida Cerrada sin VAC, Al examen fisico se encuentra: Cabeza:normocefala, sin deficit neurologico, Boca:mucosa humeda, Cuello:movil, sin masas, Torax:simetrico, Abdomen:depresible, con buena involucion uterina, Pelvis:con herida suprapubica suturada cubierta con micropore, limpia , Genitales:con sangrado vaginal escaso, Extremidades:con pulsos perifericos presentes, sin edema, posicion semifowler, vigilar disnea y dolor precordial, vigialr involucion uterina. .

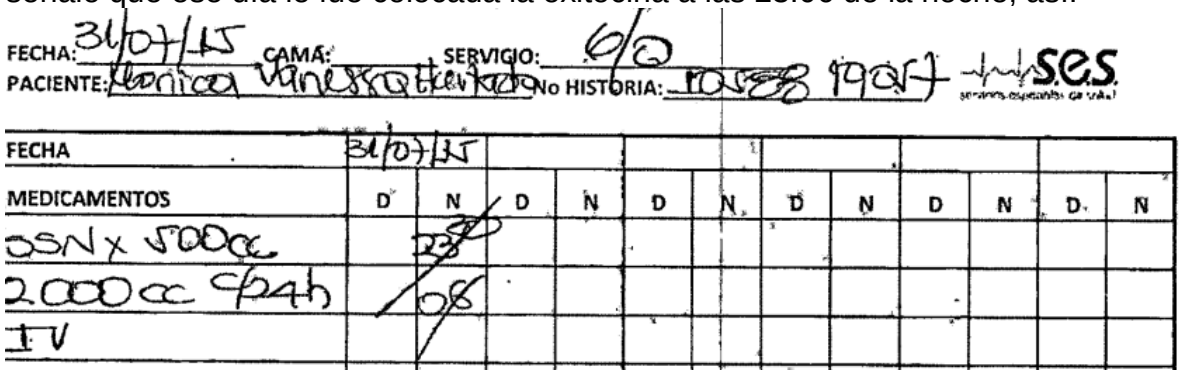
A folio 78 del consecutivo 03 del expediente digital se encuentra otra nota de enfermería del 01 de agosto de 2015 a las 06:38 de la noche en la cual se consignó:

Se Entrega paciente en dia 1 de Hospitalizacion durante su corrido pasa en aparentes buenas condiciones generales, Tranquilo, conciente, orientado, despierto, con glasgow de 15/15, al monitor en ritmo EKG Sinusal, sin oxigeno saturando a 96%, sin signos de dificultad respiratoria, continua con acceso venoso periferico en MSD, permeable, sin signos de infeccion cubierto con Micropore, tiene herida en manejo por Enfermera, cerrada, al examen fisico se encuentra: cabeza: sin alteraciones, neurologico: sin alteraciones, oidos: sin alteraciones, ojos: sin alteraciones, nariz: sin alteraciones, boca: sin alteraciones, labios: sin alteraciones, mandibula: sin alteraciones, cuello: sin alteraciones, torax: mamas blandas., abdomen: involucion uterina en proceso , pelvis: hx qx cubierta con micropore limpio seco, hielo local., genitales: sangrado vaginal escaso, extremidades: moviles, adecuada perfucion distal ,
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA: * paciente en aparente buenas condiciones generales
* posicion semifowler
* vigilar disnea y/ o dolor precordial
* vigilar dolor y / o distencion abdominal
* vigilar involucion uterina
* acompañante permanente
* avisar cambios ,
ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS:
Clasificación: No evaluado, Reevaluacion: No evaluado
ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION:
Clasificación: No evaluado, Reevaluacion: No evaluado
PENDIENTES: * que la familia recoja neonato en la morgue ,

Las anteriores anotaciones en la historia clínica de la paciente Hurtado García, dan a entender que el médico Ginecobstetra Luis Edilberto Herrera en las dos atenciones que practico a la gestante – excluyendo la del ingreso -, dejo el mismo esquema de suministro de oxitocina y no verifico ni controlo la administración progresiva del fármaco a la paciente, pues no se consignó registro al respecto, ni tampoco se anotó por parte del médico citado la orden de la suspensión del suministro de dicho medicamento, ello a pesar de las recomendaciones dadas por la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Para uso de los profesionales de salud 2013 – Guías No. 11-15. Ministerio de salud y Protección Social-Colciencias. Abril 2013. Bogotá – Colombia, la cual señaló que se debe vigilar continuamente la hiperestimulación uterina.

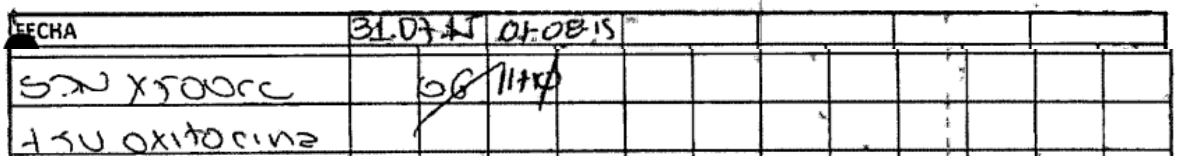
Lo anterior, es corroborado con la revisión de las anotaciones de enfermería en la histórica clínica aportada por el SES Hospital de Caldas, y en las cuales se observa una nota de las 2:31 de la mañana del 01 de agosto de 2015 en la cual se registró alguna actividad realizada por enfermería, sin embargo, nada dice con respecto al suministro de oxitocina.

También, se encuentra una *"Hoja de Tratamiento*" del 31 de julio del 2015 donde se anotó como paciente a la señora Mónica Vanessa Hurtado García, y en el cual se señaló que ese día le fue colocada la oxitocina a las 23:06 de la noche, así:


FECHA: 31/07/15 CAMA: SERVICIO: 6/0
PACIENTE: Monica Vanessa Hurtado No HISTORIA: 1058 1907

FECHA	31/07/15											
MEDICAMENTOS	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
SSN x 500cc		23										
2.000cc c/24h		08										
I.V												

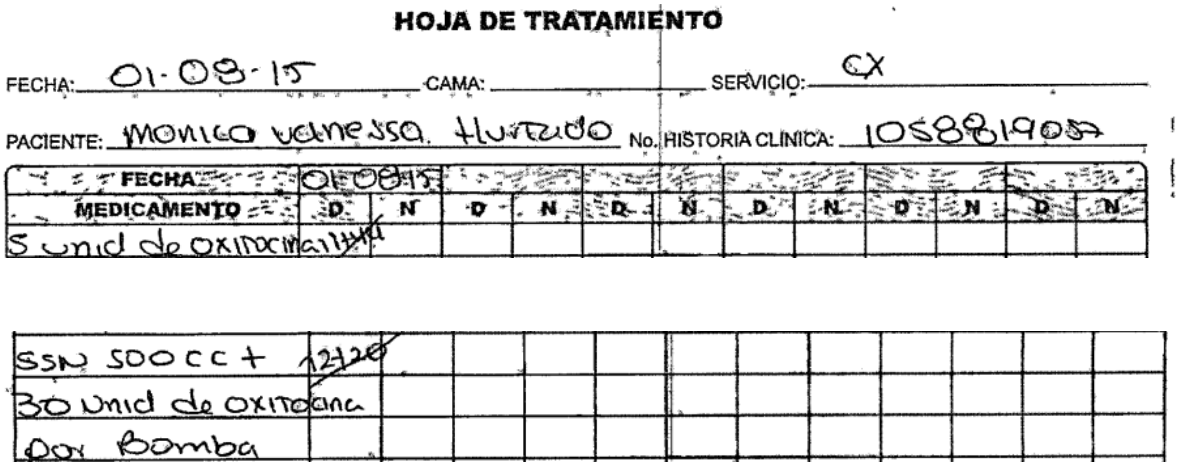
Luego en el mismo cuadro esta la siguiente anotación:



FECHA	31.07.15	01.08.15										
SSN x500cc		06 11+0										
+30 U oxitocina												

Del cuadro se interpreta que el 01 de agosto de 2015 a las 11:06 le colocaron oxitocina (fl. 16 del consecutivo 04 del expediente digital).

También obra otro cuadro en el cual se anotó:


HOJA DE TRATAMIENTO

FECHA: 01-08-15 CAMA: SERVICIO: CX

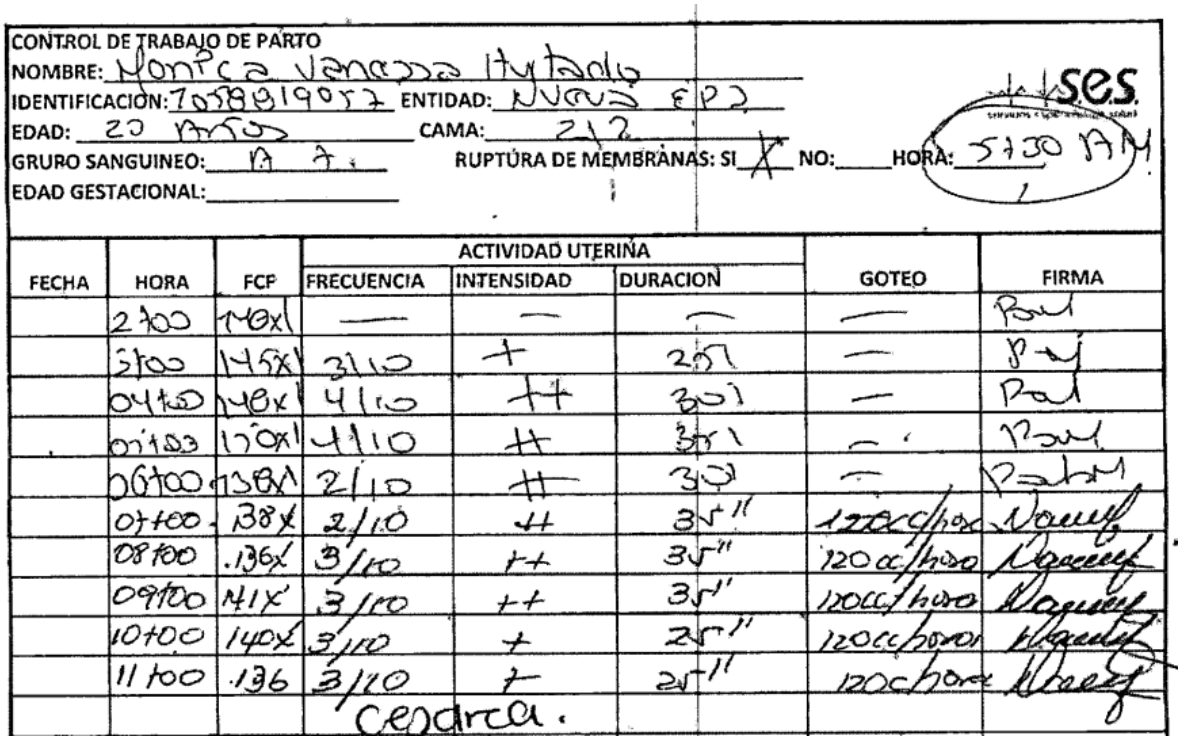
PACIENTE: MONICA VANESSA HURTADO No. HISTORIA CLINICA: 1058881907

FECHA	01.08.15											
MEDICAMENTO	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
5 Unid de oxitocina	11+0											

SSN 500 cc +	12+20											
30 Unid de oxitocina												
Dar Bomba												

Siendo colocada la oxitocina el 01 de agosto del 2015 a las 11:44 y a las 12:20 después de practicar la cesárea a la paciente Hurtado García (fl. 13 del consecutivo 04 del expediente digital).

Ahora bien, en el folio 23 del consecutivo 04 del expediente digital obra el cuadro de "*Control de Trabajo de Parto*", de la gestante Mónica Vanessa Hurtado García, en el cual se hicieron los siguientes registros:



CONTROL DE TRABAJO DE PARTO
NOMBRE: Monica Vanessa Hurtado
IDENTIFICACION: 7058919057 ENTIDAD: Nueva EPS
EDAD: 20 años CAMA: 212
GRURO SANGUINEO: A + RUPTURA DE MEMBRANAS: SI X NO: HORA: 5:30 AM
EDAD GESTACIONAL:

FECHA	HORA	FCF	ACTIVIDAD UTERINA			GOTEO	FIRMA
			FRECUENCIA	INTENSIDAD	DURACION		
	2:00	140x1	—	—	—	—	
	3:00	145x1	3/10	+	25"	—	
	04:00	148x1	4/10	++	30"	—	
	05:00	150x1	4/10	++	30"	—	
	06:00	138x1	2/10	++	30"	—	
	07:00	138x1	2/10	++	35"	120cc/hora	
	08:00	136x1	3/10	++	35"	120cc/hora	
	09:00	141x1	3/10	++	35"	120cc/hora	
	10:00	140x1	3/10	+	25"	120cc/hora	
	11:00	136	3/10	+	25"	120cc/hora	
			cesarea.				

Del anterior cuadro, se deduce que, no fue registrado el goteo de oxitocina formulado por el médico especialista Luis Edilberto Herrera Morales durante el periodo de las 10:39 de la noche del 31 de julio del 2015 cuando ingreso la materna Hurtado García al SES Hospital de Caldas hasta que el mismo galeno entrego el turno, únicamente se registró el goteo de oxitocina que formuló la médica especialista Martha Patricia Torres Polanco en una cantidad de 120cc cada hora desde las 7:00 de la mañana hasta que la gestante fue intervenida quirúrgicamente.

Dicho cuadro de control de trabajo de parto, contradice las afirmaciones de la médica especialista Martha Patricia Torres Polanco, quien al ser interrogada asevero que hay un cuadro de enfermería donde se registró el aumento de oxitocina, y así lo dijo:

"PREGUNTADO: Doctora Marta en una respuesta anterior tenía unos protocolos específicos para la atención de pacientes gestantes como la Señora Mónica Vanesa, en su criterio se aplicaron esos protocolos al trabajo de pacto de la gestante. CONTESTO: ***Pues básicamente defendemos que se realizaron los protocolos porque hay un registro de enfermería donde se registra el aumento***

<u>de la oxitocina durante la inducción</u>*, donde hay en la historia clínica unas evoluciones con los signos vitales de la paciente y el registro de la frecuencia cardíaca fetal que siempre pues estuvieron bien, porque pues actuamos inmediatamente con el protocolo cuando hay una desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal y el protocolo se hizo pues hay registro en la historia clínica de que se hizo el protocolo como siempre de un bebé que hace una bradicardia fetal y lo que se le hace se le hizo todo y cuando no responda inmediatamente el bebé que desde el momento de la desaceleración cardíaca que fue a las 11:32 hasta el momento de la del nacimiento del bebé que fue a las 11:48 pues no pasaron sino 13 minutos 14 entonces pues cumplimos con un protocolos muy rápido nos hubiéramos demorado una dos horas en pasar las cesáreas de manera suficiente de manera óptima las respuestas."*

De lo anterior, se desprende que en el referido cuadro de control se registro las dosis de oxitocina formulada por la médica Torres Polanco mas no se anotó las dosis formuladas de dicho fármaco que había ordenado el médico Herrera Morales.

Así las cosas, le asiste razón al perito médico Jorge Andrés Jaramillo, quien manifestó en la experticia: *"… sin embargo, en las evaluaciones posteriores no hay referencia respecto a la dosis de oxitocina que se está empleando…"*

Lo expuesto, permite concluir que si bien el médico especialista Luis Eduardo Herrera Morales inicio con el procedimiento de inducción del trabajo de parto, ordenando el suministro de oxitocina a la paciente Mónica Vanessa Hurtado García, en forma adecuada en bajas dosis las cuales debían administrarse progresivamente cada 30 minutos – lo que estaba acorde al esquema indicado por la literatura médica -, no se encuentra en la historia clínica evaluada anotación alguna que se atendiera dicha formulación, es decir que si bien se registró la aplicación al ingreso de una sola dosis de oxitocina a la paciente, no obra nota que establezca el suministro de oxitocina en forma progresiva cada 30 minutos como había sido ordenado, ni tampoco se observa registro por parte del galeno del cual se deduzca el control del suministro adecuado y según lo formulado para la oxitocina, situación respaldada con el dicho del mismo médico Luis Edilberto Herrera Morales, quien en interrogatorio de parte, dijo:

*"**PREGUNTADO:** En la Historia clínica, se consignó en lo referente a la oxitocina: "oxitocina cinco unidades en 500 de salino a 12 cc hora, aumentar 12 cc cada 30 minutos hasta obtener cinco contracciones en 10 minutos o llegar a 120 cc hora". La pregunta es: esos medicamentos que usted ordenó la aplicación más o menos, ¿Cuál era el tiempo en que se debían aplicar? **CONTESTO:** Como dice la indicación con dos mil unidades cada media hora de aumento demoraría 5 o 6 horas, pero repito esto es una indicación, no es una camisa de fuerza como le manifestaba antes, una inducción yo la puedo acelerar si no hay trabajo de parto o la puedo disminuir si hay muchas contracciones, en un momento dado la puedo parar porque hay muchas contracciones sí no es que tenga que administrarla, pues se busca idealmente, sí llevarla milimétricamente pero en la práctica eso es muy difícil y no tiene consecuencias, la única consecuencia de la inducción, puede ser*

normal o con goteos altos, es que haya orden médica no tuvo ninguna complicación como como consecuencia de que no se hubiera llevado con esa puntualidad, porque repito la inducción busca desencadenar trabajo de parto, y esa paciente las consecuencias de que no se haya llevado religiosamente y milimétrica con aumentos de 2.000 unidades cada 30 minutos de la prestación del servicio médico asistencial."

"***PREGUNTADO:*** *En respuesta anterior ordenó para la paciente la aplicación de la oxitocina. Puede decirnos usted, si ese, si esos medicamentos o ese procedimiento, se llevó adecuadamente y en los términos que usted manifiesta en la historia clínica, es decir si se aplicó en los grados y en la intensidad que usted indicó.* ***CONTESTO****: Realizando la periodicidad con las que se aplicó, puede decirse que no se aplicó la guía, ya que no es una camisa de fuerza, la guía se acomoda a las circunstancias al paciente, no estoy ordenando una inducción que la administra una máquina ni se la estoy poniendo a una máquina, entonces todos tenemos variabilidad biológica y una inducción como esta, puede que en un momento dado yo la detenga porque hay muchas contracciones … porque no hay ninguna respuesta entonces la guía que adecua el medico a las necesidades y a las circunstancias del momento, la guía no es una camisa de fuerza, entonces decir que hubo una inducción que en (X) tiempo no llegó al máximo, y que eso fue una complicación no es válido".*

*"****PREGUNTADO****: Quién es la persona idónea y encargada de modificar ese tratamiento que usted ya había ordenado.* ***CONTESTO:*** *Este tratamiento que uno ordena lo va a ejecutar la auxiliar de enfermería, que es la persona que está administrando medicamentos, su deber es disminuir o modificar ese tratamiento que se debe aplicar, porque yo emito las órdenes médicas y la auxiliares ejecuta la orden; la auxiliar está pendiente de la respuesta de las contracciones uterinas y no tiene un solo paciente. El médico está atendiendo múltiples pacientes, en ninguna parte hay un médico por cada paciente, está atendiendo procedimientos, hospitalizados. Está realizando cesáreas. Está realizando la atención de partos. Entonces el médico no está permanentemente con la paciente, ni aún en cuidados intensivos, por eso para los pacientes tenemos la ayuda de los monitores electrónicos para vigilar las constantes las variables que presentan los pacientes.*

*"****PREGUNTADO****: En la aplicación de los procedimientos, no debe seguirse exactamente la orden dada por el médico.* ***CONTESTO:*** *<u>Doctora exactamente, en lo posible, pero las circunstancias limitan que esa administración del medicamento sea exacta, hay muchas circunstancias que limitan que eso sea exacto, esa exactitud sería en circunstancias ideales, pero nunca trabajamos en circunstancias ideales, si se puso los incrementos, se realizaron con un tiempo más espaciado de la indicación, yo no encuentro una complicación en este caso según retraso en los incrementos en el aporte de oxitocina, repito que la guía no es una camisa de fuerza, la guía es una indicación y yo en lo posible me acojo a la guía. En este caso, no haber cumplido estrictamente los intervalos de media hora para aplicarla, yo no encuentro que haya tenido ninguna relación con la con lo que ocurrió después en la evolución desencadenando el trabajo de parto, ojalá antes de 12 horas y la paciente antes de 12 horas estaba en trabajo de parto, antes de haber iniciado la inducción</u>."*

De las respuestas dadas por el médico especialista Herrera Morales se tiene que a la paciente se le indicó la aplicación de oxitocina en dosis bajas, pero el esquema de suministro de oxitocina no se llevó a cabo con toda puntualidad como el galeno lo había ordenado, es decir, no se surtió en forma progresiva a la paciente, tal como se constata con las notas de enfermería ya revisadas, es más, de dichas notas solo se puede inferir que se proporcionó una sola dosis de oxitocina a la gestante y eso fue al momento de su ingreso, pues en el cuadro de "*Control de Trabajo Materno*", no aparece anotación alguna que permita establecer la aplicación de tal medicamento a la paciente durante el tiempo en que fue atendida por el médico especialista Luis Edilberto Herrera, quien además en el interrogatorio de parte se excusa de esta omisión manifestando que, el no suministro de la oxitocina en las cantidades y en los tiempos formulados por él, no tienen ninguna consecuencia en el resultado final del trabajo de parto, señalando además que son las auxiliares de enfermería quienes administran los medicamentos, en este caso, la oxitocina, justificando la falta de verificación y de control de esta situación en las condiciones en que laboraba.

Es necesario recordar con respecto a las historias clínicas que el Consejo de Estado en la citada sentencia del 7 de diciembre del 2021 proferida por la Sección Tercera – Subsección, C.P. Guillermo Sánchez Luque, señaló:

"11. Según el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. El artículo 1 de la Resolución nº. 1995 de 1999 precisó esta definición, al disponer que se trata de un documento privado obligatorio y sometido a reserva, en el que se registran cronológicamente no sólo las condiciones de salud del paciente, sino todos los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo (enfermeras y auxiliares) que interviene en la atención. Sus características son: (i) integralidad, (ii) secuencialidad, (iii) racionalidad científica, (iv) disponibilidad y (v) oportunidad, de conformidad con el artículo 3 de la resolución, vigente para la época de los hechos.

La Sala reitera que la historia clínica es un documento con características especiales, que amerita un manejo determinado por la ley y el reglamento, por parte de quienes la elaboran, las archivan y quienes las deben interpretar[25]*. En materia de responsabilidad médica, es el medio probatorio por excelencia, porque contiene el registro detallado de las evaluaciones, diagnósticos, tratamientos y evolución del cuadro clínico del paciente*[26]*. No aportar la historia clínica al proceso, o hacerlo* de forma incompleta, constituye un indicio de falla del servicio en contra de la entidad demandada[27]."

[25] Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 25 de abril de 2012, Rad. 21.861 [fundamento jurídico 3], en *Antología Jurisprudencias y Conceptos, Consejo de Estado 1817-2017 Sección Tercera Tomo B,* Bogotá, Imprenta Nacional, 2018, p. 352, disponible en https://bit.ly/3gjjduk.
[26] Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 22 de junio de 2001, Rad. 12.701 [fundamento jurídico 3].
[27] Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, Rad. 15.772 [fundamento jurídico 4], en *Antología Jurisprudencias y Conceptos, Consejo de Estado 1817-2017 Sección Tercera Tomo B,* Bogotá, Imprenta Nacional, 2018, p. 349-350, disponible en https://bit.ly/3gjjduk.

En este asunto, no se aportaron en la historia clínica las notas de enfermería que demostraran el suministro de oxitocina en forma progresiva a la señora Mónica Vanessa Hurtado García, como había sido formulada por el médico Luis Edilberto Herrera Morales, solo se registró la aplicación de una sola dosis del medicamento a la paciente a eso de las 11:06 de la noche del 31 de julio del 2015, apareciendo en el cuadro de "*Control del Trabajo de Parto*", y solo aparece una raya en la casilla de goteo durante las horas en que se encontraba en turno el galeno citado.

Lo anterior, permite concluir que teniendo en cuenta lo señalado por la jurisprudencia citada, siendo la historia clínica un documento obligatorio, donde se registran cronológicamente todos los actos médicos y las condiciones de salud de la paciente, además de los procedimientos ejecutados por el equipo de trabajo, que interviene en la atención, por lo cual amerita un manejo determinado y reglamentado por la ley por parte de quienes la elaboran, y que constituye el medio probatorio por excelencia, es por lo que en este caso, el no aporte de las notas de enfermería donde se registren la administración de oxitocina, y la evidencia del cuadro que muestra el "*Control del Trabajo de Parto",* constituyen un indició que se presenta una falla en la presentación del servicio.

De conformidad con el artículo 242 del Código General del Proceso, el juez apreciará los indicios en conjunto, teniendo en cuenta su gravedad, concordancia y convergencia. El indicio de falla que constituye allegar la historia clínica incompleta es grave, porque el registro inexistente es precisamente aquel donde se alega el inadecuado manejo del procedimiento de la inducción del trabajo de parto precisamente en el suministro de la oxitocina, mostrando el cuadro de *"Control de Trabajo de Parto*", que la aplicación de la oxitocina no se realizó sino en una sola ocasión, contrariando lo dicho por el médico Herrera Morales.

Así las cosas, le asiste razón al apoderado de la parte demandante y al perito médico Jorge Andrés Jaramillo García, cuando afirman que, en este caso, se presento un manejo inadecuado del procedimiento de inducción del trabajo de parto en relación a la aplicación del medicamento oxitocina durante el turno que atendió a la materna el médico especialista Luis Edilberto Herrera, por las siguientes razones:

i) El médico especialista Luis Edilberto Herrera Morales ordenó que a la gestante Mónica Vanessa Hurtado se le practicara el procedimiento de inducción del trabajo de parto, para lo cual formulo el suministro de oxitocina en bajas dosis y en forma progresiva.
ii) En el plenario obra prueba de que la oxitocina se administró a la señora Mónica Vanessa Hurtado García por una sola vez durante el turno correspondiente al médico Luis Edilberto Herrera que, tal como se desprende de la "*Hoja de Tratamiento"* del 31 de julio del 2015 en la que se registró fue colocado le fármaco a las 23:06 de la noche.
iii) En la historia clínica se encuentra cuadro en el que se lleva el "*CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO"*, y en el cual no se registró el goteo de oxitocina durante el

periodo que comprende desde las 10:39 de la noche del 31 de julio del 2015 hasta las 7:00 de la mañana del 01 de agosto de 2015 cuando entrego el turno el médico Herrera Morales, únicamente se anotó la administración de oxitocina a la señora Hurtado Garcia que fue formulada por la médica especialista Martha Patricia Torres Polanco.

En consecuencia, se presenta en este asunto, un inadecuado manejo del procedimiento de inducción del trabajo de parto, toda vez que, no se acreditó en el plenario la administración de oxitocina a la paciente bajo los parámetros de la formulación indicada en forma progresiva, por el contrario, las pruebas allegadas muestran que solo una vez se aplicó el medicamento, no siendo cierto, o por lo menos no se demostró en el expediente la afirmación del médico especialista Luis Edilberto Herrera cuando dijo en el interrogatorio rendido:

***"PREGUNTADO**: Por cuánto tiempo se le colocó oxitocina. **CONTESTO**: **Todo el tiempo Doctora**, desde que se inició el manejo para inducir y continuó con ella cuando ya estaba en trabajo de parto, ya en este caso cuando ya el trabajo de parto ya no llamaríamos una inducción, sino un refuerzo de la actividad uterina, un refuerzo del trabajo de parto inducción que busca desencadenar contracciones uterinas y el refuerzo ya sería mejorar la calidad de las contracciones uterinas a obtener un parto bueno."*

Lo anterior, permite afirmar que el médico tratante no estuvo atento verificando y controlando que la técnica del procedimiento de inducción fuera la correcta, que se llevara en forma adecuada tal como recomiendan las Guías Prácticas que se vienen citando en esta providencia, y como también lo señaló la perito médica especialista Liliana del Socorro Dávila quien en el dictamen rendido consigno:

Tanto la inducción del trabajo de parto como el refuerzo con oxitocina son procedimientos terapéuticos que tienen indicaciones y contraindicaciones claras para su realización. El protocolo indica hacer una vigilancia estricta y

Igualmente, como lo recomienda la literatura médica:

*"Los riesgos que lleva implícitos una inducción del parto mediante infusión intravenosa continua de Oxitocina no son mayores que los que presenta un parto espontaneo, en tanto se comparen condiciones obstétricas similares y la **técnica de inducción se cumpla correctamente**. **Este último aspecto es fundamental, ya que de esa manera se logrará una contractilidad uterina similar a la de del parto normal y se evitaran los excesos de la misma y otros problemas relacionados a ellas, que son los que en definitiva, determinan la mayoría de las complicaciones**."*[28] *(Negrillas y subrayado fuera de texto).*

[28] Sufrimiento fetal asociado al uso de oxitocina en la inducción del trabajo de parto en embarazos a término. Nel Andrés Rivas, Christian Andrés Baus- García, Jessica Lissette Flores. Vega, Vanessa Lizbeth Abad-Quirola. http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es_pag.627. Revista Polo del Conocimiento. Edición No.70, vol. 7, No. 5 Mayo 2022 pp- 612-613. ISSN: 2550-682X, DOI:10.23857/PC.V7I5.3983.

En otro texto científico sobre el tópico se dice:

"Administración de oxitocina
Debido a los altos riesgos asociados a la oxitocina sintética su administración debe ser ***precisa,*** *un correcto uso de esta sustancia permitirá evitar posibles complicaciones para la madre y el feto."*[29]

En consecuencia, el procedimiento de inducción del trabajo de parto con la administración de oxitocina debe cumplirse técnicamente en forma correcta a fin de evitar complicaciones, y además debe ser vigilado y controlado en forma estricta.

Así es como dicha falta de vigilancia y control del procedimiento de inducción se reflejó en las dos atenciones que se prestó a la señora Hurtado García, en las cuales el médico Herrara Morales no hizo ninguna anotación al respecto, solo indicó que la paciente debía continuar con el mismo esquema, pues tampoco lo suspendió ni lo modificó, o por lo menos no obra anotación alguna al respecto en la historia clínica colocada a consideración del Despacho.

Dicha omisión, el médico Herrera Morales en el interrogatorio de parte que rindió ante este Despacho, pretendió justificarla señalando que, el personal de enfermería es quien administra los medicamentos a los pacientes, y advirtiendo las circunstancias agobiantes del trabajo que desempeña, razones que no fueron demostradas por el demandado Luis Edilberto Herrera durante el trámite del proceso, pues no obra material probatorio que efectivamente acredite sus afirmaciones, ya que concernía a dicho galeno demandado probar sus dichos, tal como señala el artículo 167 del Código General del Proceso, pero no lo hizo, ni tampoco llamo en garantía a quien pudiera responsabilizarse del inadecuado manejo del procedimiento, es por ello, que siendo el médico quien ordenó la inducción del trabajo de parto, es a él a quien compete verificar y controlar el uso correcto y preciso del fármaco utilizado.

Para reforzar la idea del manejo inadecuado que se dio a la administración de la oxitocina en la paciente, el médico perito Jorge Andrés Jaramillo García a folio 116 del consecutivo 01 del expediente digital, afirmó frente al uso correcto del medicamento oxitocina: *"… las distintas técnicas de inducción nos llevan a que en un lapso de 6 horas aproximadamente se esté llegando a las dosis topes recomendadas de oxitocina para dichas edades gestacionales y por tanto se esté produciendo un patrón contráctil acorde con un trabajo de parto activo y en consecuencia con unos cambios cervicales a dicha etapa de trabajo de parto (esto es una dilatación superior a los 4 cms y un acortamiento del cérvix superior al 50% de su longitud), por esto mismo se espera que luego de 12 horas de iniciada la inducción y ante un escenario de favorabilidad cervical producida por las altas dosis de prostaglandinas que se presentan luego de una ruptura de membranas, nos encontremos con un cuello con claras y avanzadas modificaciones que nos hagan prever un parto vaginal a corto plazo…"*

[29] Campuesvygon.com/cl/control-oxitocina/ 28 de julio del 2020. Por Campus Vygon.

En el mismo peritazgo el auxiliar de la justicia señaló: "..*luego viene un método de inducción del cual no puedo establecer si fue adecuado o no pues se tomó la decisión de iniciar con una dosis de oxitocina de 2 mili unidades minuto e ir aumentando de 2 en 2 mili unidades cada 30 minutos hasta obtener un adecuado patrón contráctil o llegar a un máximo de 20 mili unidades minuto, sin embargo en las evaluaciones posteriores no hay referencia respecto a la dosis de oxitocina que se esta empleando, pero de acuerdo a lo ordenado, se debía llegar a la dosis de 20 mili unidades minuto a las 5 horas de iniciada la inducción (10 incrementos de oxitocina, uno cada 30 minutos, de 2 en 2 mil unidades); sin embargo en la valoración de las 7:29 a.m., (cuando llevaba más o menos 8 horas y media de iniciada la inducción) se estaba ordenando aumentar la oxitocina a las 20 mili unidades minuto, situación que de acuerdo a las órdenes médicas debía haberse alcanzado unas 3 y media horas antes****, lo que lleva a pensar que no se realizó la conducción de la inducción de acuerdo a las órdenes establecidas al ingreso. Esto pudo llevar a que no se presentara el patrón contráctil esperado en el tiempo y como consecuencia de ello, esto puedo llevar a que no se diera la progresión del trabajo de parto dentro de manera normal***. La literatura establece que, si el parto no ha sucedido después de 12 horas de inducción bien controlada, se debe reevaluar el caso, si se comprueba buen borramiento y dilatación cervical que hagan prever un parto vaginal favorable, se debe proseguir con la conducción del mismo, en caso de no darse tal situación practicar intervención cesárea, al que, si se presenta alguna indicación materna, ovular o fetal. ***Bajo estos parámetros el problema se presenta en el hecho de que no se hizo una inducción bien controlada, porque de haberse hecho, como lo mencioné, se debía haber llegado a la dosis recomendada mucho antes de lo que se llegó y por este u otros motivos que se desconocen no se llegó a las 12 horas (nota de las 1041 a.m., más o menos) en una situación favorable que hiciera predecir un parto favorable…"*** *(Negrillas y subrayado del Despacho)*

Sobre este aspecto, el médico demandado Herrera Morales en el interrogatorio de parte rendido, afirmó que, lo pretendido con la administración de la oxitocina a la gestante, era provocar las contracciones mediante el uso de dicho medicamento, que fue administrado a la señora Mónica Vanessa Hurtado y por tanto, se realizó en dosis bajas de dos mil unidades cada media hora con aumento lo que demoraría 5 o 6 horas.

Lo anterior, permite aludir a lo dicho por el perito Jaramillo García, quien manifestó que debe haberse suministrado la oxitocina en las dosis y con el aumento formulado por el médico Herrera Morales, el trabajo de parto se hubiera desencadenado a pocas horas del ingreso de la gestante, sin embargo, en este caso, la materna nunca paso de la fase latente del trabajo de parto, incluso cuando la revisó por última vez antes de entregar el turno el médico Luis Edilberto a eso de las 05:03 de la mañana del 01 de agosto del 2015 tal como se anotó en la historia clínica:

S: EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE LEVES CONTRACCIONES, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES ADECUADAMENTE

Objetivo:

TA: 110,00 / 70,000 nmHg FC: 83,00 min FR: 19,0000 min
00 0 00

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES
CARDIOPULMONAR NORMAL
ABDOMEN BAJO MONITOREO FETAL. FCF 135 LPM, SIN DESACELERACIONES, CONTRACCIONES DE 2 EN 10 MINUTOS, MODERADA INTENSIDAD
AL TACTO VAGINAL CON CUELLO LIGERAMENTE POSTERIOR, PERMEABLE A DOS DEDOS, BLANDO, MEMBRANAS ROTAS
NO EDEMA
SIN DEFICIT NEUROLOGICO

Igualmente, en la historia clínica anotó el galeno Luis Edilberto Herrera que la materna se encontraba en la fase latente, y cuando recibió la paciente en el turno la médica especialista Martha Patricia Torres, a las 07:29 de la mañana del 01 de agosto del 2015, se registró:

S/ ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SINTOMAS PREMONITORIOS, NO SANGRADO.

Objetivo:

TA: 110,00 / 77,000 nmHg FC: 88,00 min FR: 18,0000 min
00 0 00

BUENAS CONDICIONES GENERALES HIDRATADA MUCOSAS ROSADAS
ABDOMEN: MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, FCF 146X', ACTIVIDAD UTERINA 2/10'/35''/+++
GU AL TV CUELLO INTERMEDIO. BLANDO D 1 CMS. B 70% E 0. MEMBRANAS INTEGRAS.

Es decir, la situación no había cambiado porque se presentaban 2 contracciones en 10 minutos, dilatación de 1 cm, y borramiento del 70%, es decir se encontraba aún en la fase latente del trabajo de parto.

De esta manera se corrobora el inadecuado manejo de la oxitocina, pues la paciente nunca paso de la fase latente del trabajo de parto, ya que como se afirmó anteriormente, solo se la aplicó una dosis de oxitocina, y de las dosis formuladas por el galeno Herrera Morales no obran pruebas en el plenario que acrediten su aplicación a la paciente, por tanto, la gestante en el trabajo de parto, nunca paso a la fase activa, debido a que no le fue suministrada la oxitocina formulada por el galeno (o por lo menos no obra prueba en el plenario que demuestre lo contrario), lo que impidió que la señora Mónica Vanessa Hurtado presentará una contractilidad uterina similar a la del parto normal, y es por ello, que a las 5:03 de la mañana cuando la atendió por segunda vez el médico Herrera Morales, solo había alcanzado 2 contracciones en 10 minutos, cuando ya debía haber alcanzado una fase activa del parto teniendo en cuenta que la dosis de oxitocina de 2 mili unidades minuto se iba aumentando de 2 en 2 mili unidades cada 30 minutos, es decir 10 incrementos de oxitocina cada 30 minutos para llegar a 120 mil mili unidades, por tanto, desde las 10:38 de la noche del 31 de julio del 2017 hasta las 7:00 de la mañana de entrega de turno habían pasado mas de 8 horas y 30 minutos, y desde la ruptura de membranas habían transcurrido cerca de 23 horas y 30 minutos, sin que se lograra el objetivo que era pasar a una actividad uterina que permitiera el alumbramiento, por lo que al médico de turno le correspondía verificar y controlar esta situación y determinar porque la materna no progresaba de la fase latente a una fase activa del trabajo de parto, sin embargo, el médico Herrera Morales continúo con el mismo tratamiento, y en esta situación entrego la paciente al siguiente turno.

No cabe duda, que a la materna se le dijo que se le practicaría un procedimiento de inducción del trabajo de parto mediante la aplicación de oxitocina, sin embargo, el mismo se realizó en forma parcial, pues solo se aplicó una dosis de oxitocina, y no se le administró todas las dosis en forma progresiva formuladas por el médico tratante, por lo que, no se trata de que no se administró dentro de los tiempos establecidos - como pregona el médico Luis Edilberto Herrera Morales al rendir interrogatorio -, se trata de que no se aplicaron, lo que ocasionó que la señora Mónica Vanessa Hurtado durante el parto solo tuviera una actividad uterina leve y a pesar de las horas que transcurrían nunca paso a una fase activa del parto.

De esta manera, el manejo inadecuado de la oxitocina provocó que la gestante no lograra los cambios requeridos para que el trabajo de parto permitiera el alumbramiento durante el turno en que fue atendida por el médico Herrera Morales, y es por ello que, tal como se desprende de la historia clínica cuando se presentó el cambio de turno a las 7:00 de la mañana del 01 de agosto de 2015 asumiendo la atención de la paciente, la médica especialista Martha Patricia Torres Polanco, examinó a la señora Hurtado García a eso de las 07:29 de la mañana y advirtiendo que, la materna tenía una actividad uterina irregular con 2 contracciones en 10 minutos, una dilatación de 1 cms y un borramiento del 70%, aumento el goteo de oxitocina a 120 cc/hora. Dicho goteo de oxitocina fue mantenido según consta en el historial clínico cuando en nota de las 10:41 de la mañana, la médica Torres Polanco atendió por segunda vez a la gestante, y registró lo siguiente:

S/ ACTIVIDAD UTERINA IRREGULARES, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SINTOMAS PREMONITORIOS, NO SANGRADO

Objetivo:

TA: 115,00 / 60,000 nmHg FC: 73,00 min FR: 18,0000 min
00 0 00

BUENAS CONDICIONES GENERALES HIDRATADA MUCOSAS ROSADAS
ABDOMEN: MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, FCF 159X', ACTIVIDAD UTERINA 2/10'/35''/+++
GU AL TV CUELLO INTERMEDIO, BLANDO D 2 CMS, B 90% E 0, MEMBRANAS INTEGRAS.

Y en el análisis consignó:

Análisis:

PACIENTE DE 23 AÑOS, PRIMIGESTANTE, CON EMBARAZO A TERMINO, EN FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO. CON RUOTURA PROLONGADA DE MEMBRANAS YA CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO PROFILACTICO, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. CONTINUA IGUAL MANEJO, SE AUMENTA GOTEO DE OXITOCINA A 120 CC/HORA. SE REALIZO ANALGESICO

Lo anterior, aunado al cuadro de "*Control de Trabajo de Parto*" de la gestante Mónica Vanessa Hurtado García, que obra en el folio 23 del consecutivo 04 del expediente digital, muestran que desde el momento en que asumió el turno la médica Torres Polanco, fue registrado el suministro de oxitocina, así:

	07:00	38X	2/10	++	35"	120cc/hora	Vanessa
	08:00	136X	3/10	++	35"	120 cc/hora	Vanessa
	09:00	141X'	3/10	++	35"	120cc/hora	Vanessa
	10:00	140X	3/10	+	25"	120cc/hora	Vanessa
	11:00	136	3/10	+	25"	120c/hora	Vanessa
			cedarca.				

Lo anterior, permite decir, que hasta el momento de la práctica de la cesárea le fue colocada el fármaco a la señora Hurtado García, el cual fue ordenado por la médica Torres Polanco.

De lo expuesto, resulta evidente que, en este caso se presentó una situación singular, porque a la señora Mónica Vanessa Hurtado García durante el turno correspondiente al médico Herrera Morales le fue suministrado una dosis de oxitocina – como ya se anotó –, y según se analizó no le fueron administradas progresivamente las dosis formuladas por el galeno citado – se repite no se acreditó en el expediente que dichas dosis fueron aplicadas -, pero al asumir el turno la médica Torres Polanco la administración del medicamento fue en forma continua pero en niveles altos, y luego como se registró en la historia clínica de las 11:48 de la mañana del 01 de agosto de 2015 se presentó la siguiente circunstancia:

Subjetivo:

NOTA DE EVOLUCION DE TRABAJO DE PARTO DE LAS 11+34

GESTACION 38 SEMANAS
RPM DE LAS 5+30 DEL DIA DE AYER
G1
G:A+
PROCESO DE INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO

S/ PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES DOLOR TIPO CONTRACCION UTERINA

Objetivo:

TA: 0,0000 / 0,0000 nmHg FC: 0,000 min FR: 0,0000 min
0

AU: 3/10 /25 /+
TV: D: 2 B: 90%
MEMBRANAS ROTAS
PA: 115/60
SE ASCULTA DESCENSO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL HASTA 50 LPM POR LO QUE DE INMEDIATO SE INICIA REANIMACION IN UTERO. SE COLOCA OXIGENO BAJO MASCARA. SE SUSPENDE OXCITOCINA, SE UBICA LATERAL IZQUIERDO, SE COLOCA BOLO DE LIQUIDOS, SE TRASLADA QUIROFANO PARA CESAREA URGENTE SE LE COMUNICA A LA PACIENTE QUIEN ESTA DE ACUERDO . SE INFORMA A NEONATOS

Es decir, después de que la señora Hurtado García recibiera una solo dosis de oxitocina en niveles bajos desde las 10:38 de la noche del 31 de julio de 2015 hasta las 7:00 de la mañana del 01 de agosto de 2015, le fue administrada cinco (5) dosis en niveles altos desde las 7:00 hasta las 11:00 de la mañana del 01 de agosto de 2015, lo que evidencia el manejo inadecuado de la aplicación de la oxitocina en desarrollo del procedimiento de inducción del trabajo de parto, teniendo la médica de turno ante una frecuencia cardiaca fetal de 50 lpm iniciar inmediatamente reanimación in útero, suspendiendo oxitocina, y ordenar el traslado de la materna a quirófano para la práctica de cesárea de urgencias, en relación a dicha situación, en la historia clínica se dejó la siguiente anotación a las 12:58 de la mañana del 01 de agosto del 2015:

Datos Personales

Nombre Paciente:	MONICA VANESSA HURTADO GARCIA		**Identificacion:**	1058819057	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	30/agosto/1991 **Edad Actual:** 23 años11 meses 1 dias		**Estado Civil:**	Soltero	
Direccion:	CR 11 N 6 53 CALLE LOS PANTANOS		**Telefono:**	3127923338	
Procedencia:	NEIRA		**Ocupacion:**		

Medico Anestesiologo: 355 DUQUE HOYOS CARLOS ALBERTO
Cirujano: TORRES POLANCO MARTHA PATRICIA
Medico Ayudante 1: 1512 FRANCO ECHEVERRI GLORIA ELSY
Medico Ayudante 2:
Medico Ayudante 3:
Medico Ayudante:
Instrumentador: 1168 VARGAS PINEDA MARIA ISABEL

Diagnostico

Diagnóstico Pre-quirúrgico: O689 TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
FETOCARDIA CON DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL HASTA 50 LPM, POR LO CUAL SE LE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION INUTERO Y ES TRASLADADO INMEDIATAMENTE A CESAREA DE EMERGENCIA, SE TRASLADA INMEDIATAMENTE A QUIROFANO, Y SE AVISA A NEONATOLOGIA
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TERMINO PROLONGADA

Diagnóstico Post-quirúrgico: O689 TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TERMINO PROLONGADA

Y continúa,

Hallazgos:

LIQUIDO AMNIOTICO ESCASO, NO FETIDO, NO CALIENTE
A LAS 11+48 HORAS SE EXTRAE FACILMENTE FETO EN CEFALICA, DE GENERO MASCULINO, CON CIRCULAR UNICA DEL CORDON NO APRETADA A CUELLO, ATENDIDO POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO, EL CUAL NACE FLACIDO, SIN TONO MUSCULAR NI ESFUERZO RESPIRATORIO, POR LO CUAL SE REALIZA PINZAMIENTO INMEDIATO DEL CORDON, Y SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO.
PLACENTA NO FETIDA, NI CALIENTE, CORDON UMBILICAL MUY DELGADO, CON MINIMA GELATINA DE WHARTON

Descripción Quirurgica:

* INCISIÓN TRANSVERSA ABDOMINAL
* DISECCIÓN POR PLANOS HASTA CAVIDAD
* HISTEROTOMÍA SEGMENTARIA
* LIQUIDO AMNIOTICO ESCASO, NO FETIDO, NO CALIENTE
A LAS 11+48 HORAS SE EXTRAE FACILMENTE FETO EN CEFALICA, DE GENERO MASCULINO, CON CIRCULAR UNICA DEL CORDON NO APRETADA A CUELLO, ATENDIDO POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO, EL CUAL NACE FLACIDO, SIN TONO MUSCULAR NI ESFUERZO RESPIRATORIO, POR LO CUAL SE REALIZA PINZAMIENTO INMEDIATO DEL CORDON, Y SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO.
* ALUMBRAMIENTO ACTIVO, PLACENTA NO FETIDA, NI CALIENTE, CORDON UMBILICAL MUY DELGADO, CON MINIMA GELATINA DE WHARTON
* LIMPIEZA DE CAVIDAD UTERINA.
* CIERRE POR PLANOS
* HISTERORRAFIA CON VICRYL CERO, CON PUNTOS CONTINUOS CRUZADOS EN UN SOLO PLANO
* VERIFICACIÓN DE HEMOSTASIA
* LIMPIEZA DE GOTERAS PARIETOCOLICAS CON COMPRESA
* DOBLE CONTEO COMPLETO DE COMPRESAS POR INSTRUMENTADORA.
* CIERRE DE FASCIA CON PDS 0 PUNTOS CONTINUOS
* CIERRE DE PIEL CON PROLENE 3/0
* SANGRADO INTRAOPERATORIO DE 400 CC APROXIMADAMENTE; NO COMPLICACIONES

Con respecto al manejo de la oxitocina por parte de la médica especialista Torres Polanco en interrogatorio de parte practicado en desarrollo de la audiencia de pruebas, señalo:

"PREGUNTADO: Manifestar al despacho: Cómo es cierto sí o no que la señora Mónica Vanessa Hurtado presentó algún tipo de complicación en su trabajo de parto. CONTESTO: *Yo recibí la paciente ese día a las 7 de la mañana, mi primera nota de evolución fue a las 7:29 de la mañana, recibí una paciente con un embarazo a término de 38 semanas, con una ruptura de membranas prolongada, una ruptura que ha empezado a las 5:30 de la mañana del día anterior, me la entregaron con inducción del trabajo de parto, yo la recibí y empecé con la inducción del trabajo suministrado oxitocina y siendo las 11 y 32 de la mañana, la paciente empezó a presentar una bradicardia fetal sostenida hasta 50 latidos por minuto, por lo cual*

empezamos reanimación in utero, in utero es ponerle oxígeno, pasarle un bolo de líquidos, ponerla en de cubito lateral a ver si el feto responde, como no respondió inmediatamente, se programó para cesárea urgente, se pasó y a las 11:48 nació el recién nacido y pues con un apgar de cero, sin signos vitales esa fue la complicación."

"PREGUNTADO: Hizo seguimiento en su condición de médica al tratamiento con oxitocina generado al que hizo referencia en la respuesta inmediatamente anterior. CONTESTO: Sí claro que sí, hice seguimiento está un protocolo que se montó desde el día anterior con el doctor Luis Edilberto y se siguió el protocolo del Hospital de Caldas que se hace para inducción con oxitocina".

"PREGUNTADO: Doctora a las 7 de la mañana la paciente ya tenía una orden de inducción de trabajo de parto por parte del Doctor Herrera, usted estuvo de acuerdo con esa inducción con la que la paciente ya venía haciendo tratada. CONTESTO: Totalmente de acuerdo, es el protocolo, eso siempre lo hacemos paciente que llega con ruptura de membranas montamos la inducción con oxitocina en la forma como la montó el Doctor Herrera desde la noche anterior."

De las respuestas dadas por la médica Torres Polanco se deduce que estaba de acuerdo que en el caso de la señora Hurtado Garcia ante la ruptura de membranas prolongada se debía practicar el procedimiento de inducción del trabajo de parto con el suministro de oxitocina. También se extrae que realizo seguimiento al protocolo que formulo el médico Herrera Morales.

Por tanto, considera el Despacho que la médica Martha Patricia Torres en el seguimiento que al tratamiento con oxitocina realizó según manifestó, debió observar el cuadro de "*Control de Trabajo de Parto*" en cuanto al goteo de oxitocina durante el turno del médico Luis Edilberto y advertir que no se hizo anotación alguna, así:

FECHA	HORA	FCF	ACTIVIDAD UTERINA			GOTEO	FIRMA
			FRECUENCIA	INTENSIDAD	DURACION		
	2700	140x1	—	—	—	—	
	3700	145x1	3/10	+	25'	—	
	04h00	148x1	4/10	++	30'	—	
	05h00	150x1	4/10	++	30'	—	
	06h00	138x1	2/10	++	30'	—	

Además, de que las notas de enfermería en relación a la actividad durante el turno del médico Luis Edilberto Herrera Morales, no registraban el suministro de la oxitocina, y solo dieron cuenta de la aplicación de una sola dosis del fármaco a la paciente a eso de las 11:06 de la noche del 31 de julio del 2015, sin que se registrara la distribución en forma progresiva como se encontraba ordenada.

Lo anterior, permite inferir por parte de esta Juzgadora que la médica accionada omitió la revisión de la historia clínica de la materna y no practicó una vigilancia estricta y control del procedimiento de inducción aplicado a la paciente, pues de lo contrario se habría percatado de esta omisión, sin embargo, no lo hizo, y procedió a ordenar el suministro de oxitocina en dosis elevadas de 120 cc/hora, es decir, la paciente a quien se le formuló dosis bajas de oxitocina progresiva y solo se le aplicó una dosis de las prescritas, se enfrentó a varias dosis altas continuas durante el turno de la médica especialista Torres Polanco.

De esta manera, se encuentra demostrado que el médico especialista Luis Edilberto Herrera Morales y la médica especialista Martha Patricia Torres Polanco manejaron en forma inadecuada el procedimiento de inducción del trabajo de parto mediante el suministro de oxitocina debido a la omisión de vigilancia, cuidado y control de una correcta técnica en la administración del fármaco a la señora Mónica Vanessa Hurtado García.

c) Consecuencias del manejo inadecuado de la oxitocina en el procedimiento de inducción del trabajo de parto.

En el asunto en debate, se demostró en párrafos anteriores que se presentó un manejo inadecuado de la administración de oxitocina durante el desarrollo del procedimiento de inducción en el trabajo de parto al que fue sometida la señora Mónica Vanessa Hurtado García, lo que ocasionó que no se lograra la actividad contráctil uterina requerida similar a la de un parto normal para que se produzca el alumbramiento durante las primeras horas de ingreso de la materna a urgencias del SES Hospital de Caldas cuando se encontraba la paciente bajo la responsabilidad del médico de turno Herrera Morales, y que permaneciera en una fase latente y no pasara a una fase activa del parto, lo cual derivo en que la médica Martha Torres Polanco aumentara la dosis en 120 cc/hora, con la consecuencia que pocas horas después de que se le administraran 5 dosis de oxitocina en cantidades altas, se produjera un descenso de la frecuencia cardiaca fetal y se recurriera a la práctica de una cesárea de urgencias con la consecuencia del fallecimiento del feto.

Ahora bien, el manejo inadecuado de la administración de oxitocina en el procedimiento de inducción del trabajo de parto, según la literatura médica presenta una serie de complicaciones, así:

“Las complicaciones más importantes son las que derivan de un manejo inadecuado en la dosificación. Ello puede provocar hiperdinamias, con sus riesgos de sufrimiento fetal, ruptura del útero y parto precipitado (lesiones de partes blandas del canal cervicovaginal). Por lo contrario, si la dosis es baja se logrará una escasa contractilidad uterina, lo que producirá un parto prolongado o detenido, cuya gravedad aumenta con la ruptura prematura de membranas (riesgo de infección amniótica). Entre las complicaciones figura también el sufrimiento fetal agudo, aun con contractilidad uterina normal”.

El proceso patológico que justifica la necesidad de la inducción y que puede hacer que el feto sea menos capaz de soportar las contracciones del parto, aun cuando sean normales. Otra complicación que puede presentarse con frecuencia durante la inducción es la inercia del alumbramiento, con retención placentaria y/o hemorragia. Esto se debe, por lo general, a que la infusión se suspende tempranamente, antes de la expulsión de la placenta o inmediatamente después de ella, lo que determina que el útero, cuya contracción espontaneas es bajas, no sea capaz de cumplir con los mecanismos normales del alumbramiento."[30]

En el mismo texto se dijo al respecto:

"La administración inadecuada de este fármaco para inducir el parto ha llevado al surgimiento de múltiples complicaciones materno- fetales, incluyendo hiperestimulación uterina, taquisistolia uterina, alteración de la frecuencia cardíaca fetal, pérdida del bienestar fetal, corioamnionitis, ruptura uterina, intento de inducción fallido, entre otras."[31]

En estudio realizado por investigadores se concluyó con respecto al manejo inadecuado de la oxitocina:

"La inducción del trabajo de parto se llevó cabo con oxitocina en la mayoría de las mujeres. Revisiones sistemáticas [32,33] avalan la oxitocina en esquema de bajas dosis y de altas dosis como un método idóneo de inducción del trabajo de parto en presencia de cérvix favorable. Dosis de 8-12 mU min son las habitualmente necesarias para un adecuado trabajo de parto, con dosis máximas de 30 mU/min [20,29], pero, para que esta sea efectiva, se debe garantizar su aplicación en perfusión continua, haciendo ajuste de la dosis cada 15 a 40 min de forma regular hasta garantizar buena actividad uterina, lo cual no se cumplió en este estudio." (Negrillas y subrayado del despacho). [32] *(Subrayado del Despacho).*

También en escrito científico se dijo al respecto:

"Efectos adversos de la oxitocina. Los efectos más conocidos con mayor riesgo de daño en las mujeres hospitalizadas son: Taquisistolia, hipertonía, y como consecuencia de ambas, desprendimiento de placenta normo inserta, inminencia de rotura uterina, sufrimiento fetal (35)."

Así mismo, se consignó,

---

[30] *Sufrimiento fetal asociado al uso de oxitocina en la inducción del trabajo de parto en embarazos a término. Nel Andrés Rivas, Christian Andrés Baus- García, Jessica Lissette Flores. Vega, Vanessa Lizbeth Abad-Quirola. http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es_pag.627. Revista Polo del Conocimiento. Edición No.70, vol. 7, No. 5 Mayo 2022 pp- 612-613. ISSN: 2550-682X, DOI:10.23857/PC.V7I5.3983.*

[31] *Ibidem.*

[32] *Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. Estudio descriptivo. Elkin Alfonso Álvarez – Zapata, Liza María Gonzáles Hernández, Nidia Beatriz Jiménes Arango, Jhon Jairo Zuleta Tobón. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. revista.fecolsog.orglindex.php/rcog/article/view/3275/3507. 2019.*

"*OXITOCINA*

La oxitocina es una molécula, un oligopéptido, que se produce en el sistema nervioso central, concretamente en el hipotálamo. Cuando se necesita, viaja por el torrente sanguíneo y actúa en tejidos alejados de su lugar de síntesis. Entre sus acciones periféricas es responsable de los movimientos de contracción-relajación de fibras musculares lisas como las que forman el útero y, por tanto, produce las contracciones de parto. Por ello, la ***oxitocina sintética*** *es uno de los tratamientos más utilizados en partos inducidos. No obstante, su administración no está exenta de riesgos y debe ser estrictamente monitorizada.*

Riesgos de la oxitocina

[infobox]Tanto la Agencia Americana de Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como el Institute for Safe Medication Practices (IPMS) de España cataloga la oxitocina como ***uno de los fármacos de alto riesgo****. [/infobox]*

Esto significa que un uso incorrecto o poco preciso puede incidir en daños graves o incluso mortales para los pacientes:

- *Hemorragia posparto.*
- *Bradicardia.*
- *Hipertonía del útero.*
- *Disminución de la saturación de O2 fetal.*
- ***Sufrimiento fetal.***
- *Efecto antidiurético.*
- *Retención acuosa.*
- *Hiponatremia.*
- *Convulsión.*
- *Coma*."[33]

De la literatura médica antes referenciada se puede extraer las siguientes conclusiones:

1.- El medicamento oxitocina si bien es uno de los fármacos más utilizados en partos inducidos, es señalado por la FDA como de alto riesgo.
2.- A fin de evitar los riesgos de la oxitocina en el suministro a la paciente, la técnica de la inducción debe cumplirse en forma correcta, esto es que, el suministro de oxitocina debe estar estrictamente monitorizado y debe ser preciso.
3.- Para que sea efectiva la aplicación de la oxitocina debe hacerse en percusión continua, haciendo ajustes a la dosis de forma regular hasta garantizar la actividad uterina.
4.- El uso incorrecto o poco preciso de la oxitocina puede provocar entre otras complicaciones: la inercia en el alumbramiento que impide que el útero sea incapaz de cumplir con sus funciones contráctiles provocando la alteración de la frecuencia cardiaca fetal o la hiperestimulación uterina, pérdida del bienestar fetal, una disminución en la saturación del oxígeno, incluso un sufrimiento fetal.

[33] Campuesvygon.com/cl/control-oxitocina/ 28 de julio del 2020. Por Campus Vygon.

Ahora bien, en el presente asunto, administrada la oxitocina en dosis de 120 cc/hora según lo ordenado por la médica Torres Polanco, a las 11:48 de la mañana del 01 de agosto de 2015 se presentó un descenso de la frecuencia cardiaca fetal hasta 50 ltm iniciando de inmediato maniobras de reanimación in útero, en consecuencia, se ordenó la práctica de cesárea.

En historia clínica de evolución neonatal se registró a las 02:05 de la tarde del 01 de agosto del 2015, la muerte del recién nacido a las 12+03 de la mañana, así:

Subjetivo:
NOTA UNIDAD NEONATAL

SE ATIENDE LLAMADO DE SALA DE CIRUGÍA, CESÁREA URGENTE POR DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL.
MADRE DE 23 AÑOS PRIMIGETSANTE, A POSITIVO, GESTACIÓN DE 38 SEMANAS POR ECO DE PRIMER TRIMESTREM, CONTROLES PRENATALES NORMALES, PARACLÍNICOS PRENATALES NORMALES. LA MADRE INGRESA EL DÍA DE AYER REMITIDA DE HOSPITAL DE NEIRA POR RUPTURA DE MEMBRANAS. RECIBE MANEJO ANTIBIÓTICO CON AMPICILINA E INCIAN INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO. HOY EN LA MAÑANA DURANTE TRABAJO DE PARTO OBSERVAN CAIDA DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL POR LO QUE PROGRAMAN CESÁREA URGENTE.
SE OBSERVA MUY POCO LÍQUIDO AMNIÓTICO Y ES CLARO, NO FÉTIDO, EUTÉRMICO. NACE A LAS 11 + 48 AM PRESENTACIÓN CEFÁLICA, GÉNERO MASCULINO, CIRCULAR DE CORDÓN, CIANÓTICO, FLÁCIDO Y SIN ESFUERZO RESPIRATORIO. SE REALIZA PINZAMIENTO INMEDIATO DE CORDÓN UMBILICAL Y SE TRASLADA A LÁMPARA DE CALOR RADIANTE. SE ESTIMULA Y SECA Y SIMULTANEAMENTE SE INICIA VENTILACIÓN POR PRESIÓN POSITIVA CON MÁSCARA Y REANIMADOR EN T CON PEEP DE 6; PIP DE 20 Y FIO2 DE 30% POR 30 SEGUNDOS. SE VERIFICA FRECUENCIA CARDIACA LA CUAL ESTÁ AUSENTE, LAS VENTILACIONES SON EFECTIVAS, SE INSTALA SENSOR DE PULSO OXIMETRO, SE AUMENTA FIO2 AL 100% Y SE INICIA EN COMPAÑÍA DE ANESTESIÓLOGO DE TURNO COMPRESIONES CARDIACAS COORDINADAS CON LA VENTILACIÓN DURANTE UN MINUTO. DURANTE ESTE TIEMPO NO SE OBTIENE REGISTRO DE OXIMETRÍA, LA ONDA DE PULSO ES ACORDE A COMPRESIONES TORÁCICAS. AL CUMPLIR UN MINUTO DE VENTILACIÓN Y COMPRESIONES COORDINADAS DE NUEVO SE VERIFICA FRECUENCIA CARDIACA AUSENTE POR LO QUE SE REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON TOT N° 3,5 FR FIJO A 9 CM, SE VERIFICA VENTILACIÓN SIMÉTRICA , PESO CALCULADO DE 3 KG POR LO QUE SE ADMINISTRA DOSIS DE ADRENALINA POR TOT, CONTINUAMOS COMPRESIONES Y VENTILACIÓN COORDINADAS. AL MINUTO DE NUEVO SE VERIFICA FRECUENCIA CARDIACA SIGUE AUSENTE Y NO HAY ONDA DE PULSO OXIMETRÍA EN MONITOR.. CONTINUAMOS COMPRESIONES Y VENTILACIÓN POR UN MINUTO Y SE PROCEDE A ACCESO VASCULAR UMBILICAL. PREVIA ASEPSIA SE REALIZA CATETERISMO VENOSO UMBILICAL CON CATETER 5 FR FIJO A 3 CM Y SE ADMINISTRA DOSIS DE ADRENALINA 0.1 CC/KG DE LA DILUCIÓN 1:10.000. CONTINUA COMPRESIONES Y VENTILACIÓN COORDINADAS. PERSISTE SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, FLÁCIDO Y SIN FRECUENCIA CARDIACA. SE ADMINISTRA SEGUNDA DOSIS DE ADRENALINA POR CATETER UMBILICAL SIN RESPUESTA. A LOS 13 MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO EL PACIENTE CONTINUA SIN ESFUERZO RESPIRATORIO NI FRECUENCIA CARDIACA, CIANÓTICO Y FLÁCIDO A PESAR DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN. SE SUSPENDE REANIMACIÓN A LAS 12 + 03 PM.
INFORMO DE INMEDIATO A LA MADRE EN SALA DE CESÁREA Y LE ENSEÑO SU BEBE. POSTERIORMENTE EN COMPAÑÍA DE ANESTESIÓLOGO Y GINECOOBSTETRA DE TURNO HABLAMOS CON LA ABUELA Y EL PADRE DEL BEBE.
POSTERIORMENTE ME ACERCO A LA FAMILIA PARA INDICARLES QUE LO IDEAL ES REALIZAR ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO TANTO DE LA PLACENTA COMO DEL BEBE PARA ACLARAR LA CAUSA DE MUERTE DEL BEBE. DICEN QUE LO DISCUTIRAN EN FAMILIA Y CUANDO TOMEN UNA DECISIÓN NOS INFORMARAN SI ESTAN DEACUERDO Ó NO EN CUANTO AL ESTUDIO DEL BEBE. POR LO PRONTO SE SOLICITARÁ ESTUDIO DE LA PLACENTA LA CUAL QUEDA ROTULADA, EN FORMOL Y EN NEVERA EN QUIRÓFANO. ESTA PENDIENTE DEFINIR POR PARTE DE LA FAMILIA SI ACEPTAN EL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DEL BEBE.

Y continua,

AL EXAMEN FÍSICO EXTERNO DEL BEBE SE HALLA PESO DE 2800 GR; TALLA: 47.5 CM; PC: 34 CM
MOLDEAMIENTO CEFÁLICO Y CAPUT SUCCEDANEUM. FONTANELA ANTERIOR PERMEABLE.
OJOS PRESENTES, PUPILAS MIDRIÁTICAS NO REACTIVAS. NARINAS PERMEABLES
PABELLONES AURICULARES DE ADECUADA IMPLANTACIÓN, CONDUCTOS AUDITIVOS PERMEABLES.
BOCA CON PALADAR ÍNTEGRO
TÓRAX SIMÉTRICO, NO SE OBSERVAN ANOMALÍAS EXTERNAS.
ONFALO CON 3 VASOS. ABDOMEN SIN MASAS NO SE PALPAN VISCEROMEGALIAS
GENITALES MASCULINOS CON PENE FIMÓTICO. TESTRICULOS EN ESCROTO
HUELLA ANAL PERMEABLE
DORSO SIN LESIONES
PIEL MARMÓREA

A folio 108 del consecutivo 01 del expediente digital se encuentra el *"Informe de Estudio Anatomopatológico"* del hijo de Mónica Vanessa Hurtado de fecha 24 de agosto de 2015 con número de patología: PAT15-013603, en el cual se consignó:

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Para estudio se recibe en fresco feto de sexo masculino, pesa 2758 gramos y mide 31 cm del occipucio al coxis, y 17 cm del coxis al talón, longitud plantar de 8 cm, perímetro cefálico de 33 cm, perímetro toráxico de 30.5 cm, perímetro abdominal 25.5 cm, externamente se observa con cianosis de cara, cuello, abdomen inferior, extremidades y uñas sin malformación congénitas externas; pabellón auricular de implantacion normal, distancia intercantica de 2.2 cm, nódulos mamarios no palpables, testículos descendidos sin evidencia de fimosis y orificio anal permeable. A la apertura del bloque visceral se observan todos los órganos In - situ, sin alteraciones morfológicas evidentes, salvo por la presencia de pequeñas areas hemorrágicas posteriores en ambos pulmones; hígado y bazo aumentado de tamaño congestivos y colon dilatado a partir del colon transverso con abundante meconio adherente. Las adrenales pesan 6 gramos, son grandes de apariencia normal y al corte se identifican pequeñas zonas hemorrágicas a nivel medular. El timo es multilobulado de aspecto normal pesa 18 gramos; Corazón ligeramente aumentado de tamaño con dilatación muy discreta de cavidad ventricular derecha y un miocardio que mide 0.3 cm de espesor; Pulmón derecho pesa 22 gramos e izquierdo 18 gramos, ambos de color rojo violáceo sin crepitación alguna. El Higado pesa 130 gramos es brillante, pardo rojizo de bordes romos, edematoso con moderada congestivo. Bazo pesa 14 gramos es de color rojo oscuro consistencia firme, al corte similar, sin otras lesiones. El riñon derecho pesa 12 gramos y el izquierdo 6 gramos este ultimo con uréter corto, retraído y forma multilobulada perdiendo el patron normal, sin evidencia de lesiones vasculares. Estomago, intestino delgado y páncreas normales. Vejiga de aspecto normal. Al incidir el cerebro se encuentra moderado edema y congestión de vasos sin evidencia de lesion vascular, destrucción del parénquima o cambios inflamatorios; tampoco hay anomalías congénitas. Se toman muestras representativas de todos los órganos. GLG/03-08.

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

En secciones microscópicas se identifican pulmones llenos de restos epiteliales, queratina y cèlulas escamosas de morfología usuales espacios alveolares, sin cambios inflamatorios. No se identifican signos de expansión alveolar. Hay restos de hemorragia antigua con macrófagos llenos de hemosiderina. Miocardio, pericardio y endocardio normales. Estomago e intestino delgado sin alteraciones. El colon contiene material proteinaceo abundante y meconio sin embargo la población de neuronas en la pared es normal. Páncreas y glandulas salivales normales; no se reconocen cambios de fibrosis quistica. Hígado con extensa hematopoyesis extramedular, parénquima normal. Riñones de morfología usual con moderada congestión de vasos medulares. Hay disminución relativa de nefronas normales hacia el lado izquierdo. El cerebro sin alteraciones histopatológicas. Bazo congestivo, ganglios linfáticos y timo normales. Adrenales con cambios por stres.

Comentario: Los hallazgos plantean como causa de muerte una hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal agudo. No hay cambios de infección perinatal (Ver descripción de placenta anexa).

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO:

FETO MASCULINO - PLACENTA - CORDON - MEMBRANAS - ESTUDIO POSTMOREM:
I. FETO MASCULINO DE 38.5 SEMANAS (POR MORFOMETRIA)
II. HIPOPLASIA RENAL IZQUIERDA (50%)
III. CAMBIOS DE NEUMONIA ASPIRATIVA INTRAUTERINA
IV. HEMORRAGIA ADRENAL ASOCIADAS A HIPOXIA INTRAUTERINA.

CONCLUSIÓN: El "*Informe de Estudio Anatomopatológico*" del hijo de Mónica Vanessa Hurtado de fecha 24 de agosto de 2015, estableció como la causa de la muerte una hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal agudo, agregando como diagnósticos: hipoplasia renal izquierda (50%), cambios de neumonía aspirativa intrauterina, y hemorragia adrenal asociada a hipoxia intrauterina.

De esta manera, se advierte que, en este asunto, la causa de la muerte es una hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal agudo, sobre la misma, la literatura médica, dijo:

*"La **hipoxia perinatal** es una agresión al feto o al recién nacido (neonato) debido a la falta de oxígeno general o en diversos órganos.*

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA ASFIXIA?

Los factores de riesgo o factores desencadenantes pueden ser:

PRENATALES
Embarazo actual

Deterioro en la oxigenación materna por:

- *Anemia materna menor o igual a 10 gramos de hemoglobina.*
- ***Uso de oxitocina durante la labor de parto (como estimulante de las contracciones). (Negrillas y Subrayado del Despacho).***
- *Infección materna durante el embarazo (como puede ser una infección de rubéola en el primer trimestre).*
- *Isoinmunización Rh (reacción de la madre al Rh de la sangre del bebé).*
- *El feto también puede desarrollar la asfixia si la madre está sufriendo de preeclampsia que se acompaña de aumento de la presión arterial e hinchazón de las extremidades.*

DURANTE EL PARTO (INTRAPARTO)

- ***Cordón umbilical:***
  - *Prolapso del cordón, (salida del cordón umbilical antes que el bebé),*
  - *el cordón umbilical está comprimido en algún punto e impide la circulación o,*
  - *hay circular de cordón que rodea el cuello del bebé.*

- ***Placenta:*** *La sangre que fluye en la placenta disminuye por varias razones:*
  - *Elevación de la presión arterial de la madre con toxemia (preeclampsia),*
  - *insuficiencia placentaria: la placenta no funciona debidamente o tiene alteraciones de su implantación (placenta previa) e irrigación, está desgarrada, o se ha infartado, etc…*
  - *Abruptio placenta: la placenta se desprende antes del parto.*
- ***Hipertonía uterina:*** *las contracciones son demasiado fuertes y seguidas lo que provoca una deficiencia en la oxigenación.*
- ***Ruptura Prematura de membranas:*** *la bolsa se rompe antes del parto. El mayor riesgo asociado a esta patología es la infección de la madre y del feto independientemente de la edad gestacional.*
- ***La oxigenación materna está deteriorada,*** *la madre sufre de algún problema respiratorio, se encuentra a grandes alturas, tiene alguna cardiopatía, o patología neural, etc…).*
- ***Parto prolongado.***
- ***Fórceps*** *(uso de estos instrumentos durante el parto para ayudar a salir al bebé).*
- ***Cesárea:*** *el riesgo de asfixia fetal en un bebé estable puede ocurrir debido a una baja en la presión arterial de la madre por la posición en la que se encuentra o por la anestesia, lo mismo en los casos en los que se le dificulta al médico extraer al bebé y por aspiración de líquido amniótico.*
- ***Frecuencia cardíaca fetal anormal*** *(la actividad del corazón está disminuida) por malformaciones cardiovasculares o está deprimida por la presencia de alguna enfermedad neuromuscular o por las drogas depresoras del sistema nervioso central (SNC) administradas a la madre durante el parto."*[34]

Con respecto al sufrimiento fetal se ha dicho:

"El sufrimiento fetal agudo es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal.

El sufrimiento fetal agudo es un grave problema que se presenta en aproximadamente el 15% de las gestantes en trabajo de parto, produciendo una mortalidad perinatal elevada o lesiones neurológicas irreversibles si no se actúa a tiempo."[35]

[34] Infogen.org.mx/hipoxia-perinatal/

[35] Sufrimiento fetal asociado al uso de oxitocina en la inducción del trabajo de parto en embarazos a término. Nel Andrés Rivas, Christian Andrés Baus- García, Jessica Lissette Flores. Vega, Vanessa Lizbeth Abad-Quirola. http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es_pag.627. Revista Polo del Conocimiento. Edición No.70, vol. 7, No. 5 Mayo 2022 pp- 612-613. ISSN: 2550-682X, DOI:10.23857/PC.V7I5.3983.

Como causas del sufrimiento fetal se establecen:

"Dentro de las causas que pueden provocar SF, están aquellas que determinan una disminución del aporte de sangre al útero en cantidad y calidad, como en la preeclampsia, pacientes diabéticas o hipertensas, anemia o problemas pulmonares que provocan falta de oxígeno en la sangre. Otra causa que puede determinar una reducción del flujo de sangre materna a la placenta es el decúbito dorsal, por las modificaciones de posición y forma que sufre el útero en los últimos meses de embarazo y que durante la contracción pueden provocar la compresión de la aorta y/o las arterias ilíacas contra la columna vertebral. El efecto Poseiro se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea colocando a la paciente en decúbito lateral.

Existen también causas que determinan una alteración en la circulación de sangre en el útero como ser las contracciones excesivas durante el trabajo de parto o en partos prolongados, Se sabe que los intercambios de los gases respiratorios entre la madre y el feto se producen en la membrana placentaria a través de difusión simple, y que dependen de la extensión y espesor de dicha membrana."[36]

De esta manera, en este asunto el incorrecto manejo del fármaco oxitocina ocasionó según lo describe la literatura médica antes referenciada que la causa de la muerte del recién nacido fuera una hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal tal como lo señaló el informe anatomopatológico practicado al feto fallecido, y no fuera otra la causa, ya que no existe otra explicación, debido a que tal como se demostró con la historia clínica tanto la madre como el recién nacido se encontraban saludables al momento del ingreso por urgencias al SES Hospital de Caldas, sin que fueran aportadas pruebas al plenario que acreditaran lo contrario.

Ahora bien, las partes accionadas, tanto SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD - SES Hospital de Caldas, como los médicos Luis Edilberto Herrera Morales y Martha Patricia Torres Polanco alegan que fueron otras las causas del deceso del recién nacido, y es así como, por tales afirmaciones la médica Torres Polanco durante la práctica del interrogatorio de parte, mencionó en la declaración el informe "*Descripción de la placenta anexa*" que hace parte integrante del "*Informe de Estudio Anatomopatológico"*, incluso lo allegó al expediente, toda vez que, el mismo no fue anexado con la contestación de la demanda por los demandados, sin embargo, conforme al inciso final del artículo 203 del Código General del Proceso, será tenido en cuenta tal documento como parte integrante de su exposición, y no como prueba documental separada, por tanto, el valor probatorio será el que en derecho corresponda a la prueba que se recepciono y durante la práctica de la cual lo aporto.

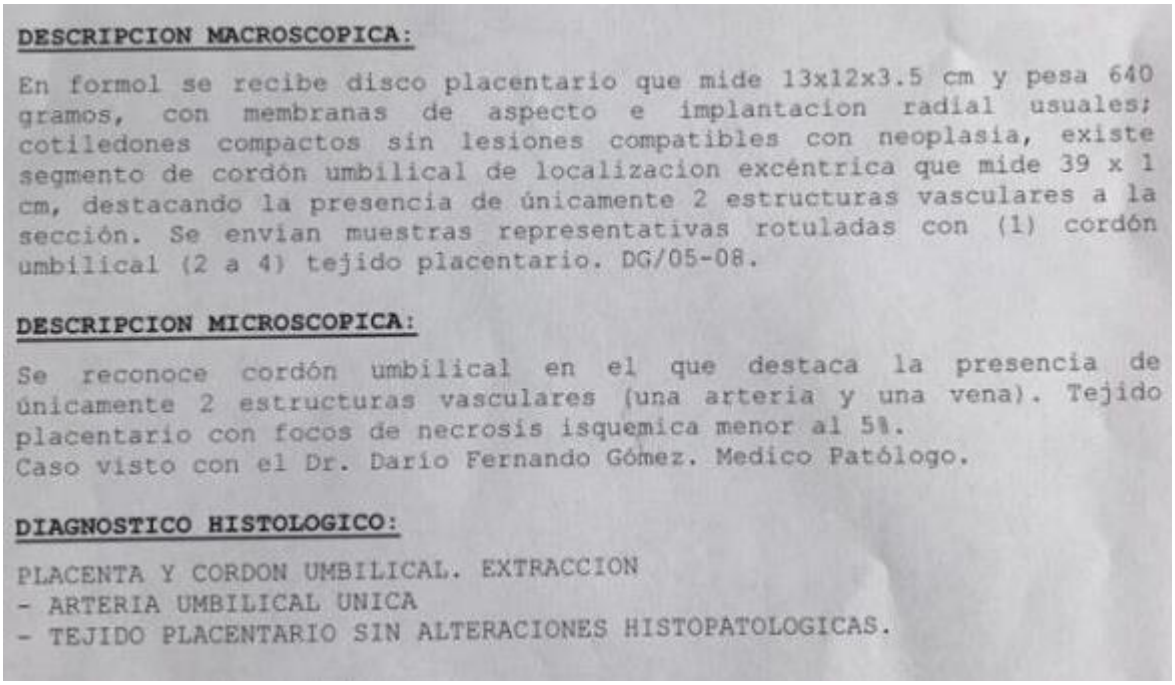
De esta manera, la médica especialista Torres Polanco, en la declaración de parte rendida contesto los interrogantes formulados:

[36] ibidem

*"**PREGUNTADO**: A que hace referencia con el estudio patológico. **CONTESTO**: En el estudio histopatológico refiere encontraron una hipoplasia, un riñón pequeño, una hepato esplenomegalia un hígado y un vaso grande, encontraron un cordón de dos vasos y la última. Todo eso el hígado el vaso grande un riñón pequeño una arteria umbilical única un cordón con solo dos vasitos cuando siempre debe tener tres dos arterias y una vena y al tener una sola arteria eso disminuye la oxigenación al feto. Entonces tal vez esa arteria umbilical fue lo que lo que durante el trabajo de parto hizo disminuir el flujo sanguíneo al bebé y no aguantó y por eso se bajó su frecuencia cardíaca, la cual es imposible cuando llegó la paciente al hospital de caldas detectarle eso sin una ecografía previa."*

*"**PREGUNTADO:** Cómo tuvo conocimiento de esa información. **CONTESTO:** Por el estudio histopatológico, hay un reporte del doctor Guillermo López Guarnizo, Patólogo en un estudio anatomo patológico.*

El documento que hace parte de la declaración de parte, consignó:



DESCRIPCION MACROSCOPICA:

En formol se recibe disco placentario que mide 13x12x3.5 cm y pesa 640 gramos, con membranas de aspecto e implantacion radial usuales; cotiledones compactos sin lesiones compatibles con neoplasia, existe segmento de cordón umbilical de localizacion excéntrica que mide 39 x 1 cm, destacando la presencia de únicamente 2 estructuras vasculares a la sección. Se envian muestras representativas rotuladas con (1) cordón umbilical (2 a 4) tejido placentario. DG/05-08.

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Se reconoce cordón umbilical en el que destaca la presencia de únicamente 2 estructuras vasculares (una arteria y una vena). Tejido placentario con focos de necrosis isquemica menor al 5%.
Caso visto con el Dr. Dario Fernando Gómez. Medico Patólogo.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO:

PLACENTA Y CORDON UMBILICAL. EXTRACCION
- ARTERIA UMBILICAL UNICA
- TEJIDO PLACENTARIO SIN ALTERACIONES HISTOPATOLOGICAS.

En dicho informe se observa que el diagnostico histológico indico que el cordón umbilical tenía la presencia de dos estructuras vasculares, es decir, una arteria umbilical única.

En historia clínica de las 12:58 de la mañana del 01 de agosto de 2015 que se rotula "*DESCRIPCIÓN QUIRURGICA*" se registró por la médica ginecóloga – obstétrica Martha Patricia Torres, lo siguiente:

Diagnostico

Diagnóstico Pre-quirúrgico:	O689 TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL, SIN OTRA ESPECIFICACION FETOCARDIA CON DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL HASTA 50 LPM, POR LO CUAL SE LE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION INUTERO Y ES TRASLADADO INMEDIATAMENTE A CESAREA DE EMERGENCIA, SE TRASLADA INMEDIATAMENTE A QUIROFANO, Y SE AVISA A NEONATOLOGIA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TERMINO PROLONGADA
Diagnóstico Post-quirúrgico:	O689 TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL, SIN OTRA ESPECIFICACION RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TERMINO PROLONGADA

Hallazgos:

LIQUIDO AMNIOTICO ESCASO, NO FETIDO, NO CALIENTE
A LAS 11+48 HORAS SE EXTRAE FACILMENTE FETO EN CEFALICA, DE GENERO MASCULINO, CON CIRCULAR UNICA DEL CORDON NO APRETADA A CUELLO, ATENDIDO POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO, EL CUAL NACE FLACIDO, SIN TONO MUSCULAR NI ESFUERZO RESPIRATORIO, POR LO CUAL SE REALIZA PINZAMIENTO INMEDIATO DEL CORDON, Y SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO.
PLACENTA NO FETIDA, NI CALIENTE, CORDON UMBILICAL MUY DELGADO, CON MINIMA GELATINA DE WHARTON

De esta manera, la médica de turno también anotó como hallazgos un cordón umbilical muy delgado con mínima gelatina de Wharton, y dijo: *"Hígado y un vaso aumentados de tamaño, sí tenía el riñón izquierdo pequeño una hipoplasia de ese riñón izquierdo dice que disminuye el 50% el riñón derecho medía 12 gramos y el izquierdo 6 g o sea estaba muy pequeño, tenían los pulmones restos de queratina restos epiteliales, hemosiderina como si tuviera ya una hemorragia pulmonar previa, ya vieja, tenía además un peso muy pequeño para las semanas que ella tenía, el bebé pesó 2750 y para esas 38 semanas que ella tenía era un peso pequeño ya estaba haciendo una restricción del crecimiento y encontraron lo del cordón umbilical con dos vasos no más que le faltaba una arteria umbilical. Entonces ese feto ya venía con daños previos con daños crónicos, porque por el evento que pasó en el trabajo de parto por esa disminución de la frecuencia cardíaca pues no se iba a aumentar el hígado ni el vaso y los tenía aumentado, no se iba a disminuir el riñón, no se iba a desaparecer una arteria. Entonces ese fetico ya tenía varios cambios crónicos. El ya venía previamente alterado y es la causa por las cuales no aguantó un trabajo de parto".*

Con respecto al hallazgo de la gelatina de Wharton, la médica Torres Polanco, señalo en la declaración de parte:

*"**PREGUNTADO:** Con base en ese análisis que usted ya nos informó en su historia clínica en sus registros hay una nota en donde usted indica que hay un hallazgo en relación con la gelatina de Wharton entre esa nota suya en historia y estos hallazgos de la patología de la que usted nos está hablando. **CONTESTO**: Sí señora, entonces la paciente fue llevada a cesárea y cuando realizamos la cesárea, pues dentro de los hallazgos que encontramos el bebé tenía un cordón umbilical con poca gelatina de Wharton, la gelatina de Wharton es un tejido viscoso como un colchoncito que recubre todo el cordón. Entonces al no tener esa gelatina cubriendo los vasos y además teniendo solo una arteria. Pues un bebé sometido a un trabajo de parto unas contracciones, además tenía una circular de cordón, el cordón estaba enredado en el cuello. Entonces la circular más no tener esa gelatina que amortigua digámoslo así las compresiones de cualquier parte fetal o del útero en el cordón umbilical y teniendo una sola arteria, pues fue la causa de que se disminuyeron la frecuencia del fetico y por eso no pues no se recuperó*."

*"**PREGUNTADO**: Cómo se podía detectar antes del trabajo de parto eso era posible detectarlo o no pues la única forma de detectar una circunferencia. **CONTESTO:** Se podía detectar con una ecografía previa, pero con una ecografía del tercer trimestre no era posible, ya que no hicieron un diagnóstico de una circular en cuello, la única forma es por una ecografía de tamizaje."*

Incluso la demandada dijo:

*"**PREGUNTADO**: Era mandatorio durante las atenciones que ya se le brindan el SES el día del trabajo de parto, ordenar esa ecografía para verificar o descargar la circular en el cordón umbilical o ya para ese momento no correspondía hacer esa solicitud. **CONTESTO**: No señora ya no correspondía, no tenemos como protocolo hacer ecografías a todas las pacientes que ingresen en trabajo de parto, ella no tenía ninguna indicación para hacerle en ese momento ninguna ecografía. Además así la paciente tuviera esa circular solo una circular a cuello, tampoco nos obligaba o tampoco es mandatorio o indicación de realizar una cesárea que ella había podido tener, la circular digamos que no hubiéramos hecho la ecografía y tenía la circular pero no era indicación tampoco de cesárea en ella, pues la falla la complicación fue porque tenía factores, una sola arteria y un cordón muy delgado por la falta de gelatina de Wharton, entonces por eso fue que se complicó el feto y no aguantó, pero no tenemos como protocolo hacerle a todas las pacientes ecografías, porque así tenga la circular en el cuello un feto normal. Aguanta una circular, aguanta un trabajo de parto, si no pasaríamos a cesárea de una todas las pacientes que tengan una circular y eso no es así no se hace así.*

***"PREGUNTADO**: Él bebe es que él tenía esas patologías. **CONTESTO:** Si señora, él bebe tenía disminuida la gelatina de Wharton, entonces por eso fue que se complicó el feto, tenía un cordón muy delgadito, una sola arteria umbilical y la circular en el cuello.*

*"**PREGUNTADO**: En una ecografía anterior con esas patologías se podía verificar esas patologías*. **CONTESTO:** *Si señora, si claro, si hubiera hecho un registro previo de una ecografía reciente se hubiera visto lo de la atería umbilical única, un cordón delgadito y la circular en el cuello.*

Finalmente, dijo:

*"**PREGUNTADO**: Desea corregir, enmendar o aclara alguna de sus respuestas. **CONTESTO**: Yo quiero dejarles claro, él bebe tuvo una complicación aguda de su frecuencia cardíaca, que la puede tener cualquier bebé durante un trabajo de parto por las contracciones que disminuye, pues la volemia la sangre al bebé y se disminuye la frecuencia cardíaca pero fue un bebé que no aguantó, porque era un bebé que ya venía crónicamente enfermo, era un bebé que ya tenía patologías de base y que tenía un cordón que no le permitía aguantar eso, un cordón sin gelatina que amortiguara las contracciones, un cordón con una sola arteria y un cordón envuelto en el cuello. Entonces básicamente el fallecimiento del feto fue por eso y*

a nosotros como obstetras nos quedaba muy difícil adivinar eso, ya en el trabajo de parto y respondimos a esa complicación aguda de manera eficiente pero así hubiéramos hecho eso o más o menos el bebé no iba a aguantar y pues sobra decirles que ninguna obstetra quiere que ningún bebé se le muera cierto y que hicimos todo lo que lo que se pudo me queda actuamos pertinentemente con este caso.

"***PREGUNTADO**: De haber conocido con anterioridad esas patologías cual era el camino a seguir.* ***CONTESTO*****:** *Haber programado una cesárea en semana 39.*

***PREGUNTADO**: De haber hecho este procedimiento, habría tenido posibilidades de vida él bebe**.** **CONTESTO**: Si doctora, habría salido a flote a pesar del compromiso de los órganos."*

De la declaración de parte rendida por la médica especialista Torres Polanco se extrae que cuando práctico la cesárea a la señora Mónica Vanessa Hurtado encontró en el recién nacido unos hallazgos como son un peso pobre, unos pulmones con restos de queratina como si hubieran tenido un compromiso pulmonar previos, un riñón pequeño, un hígado y un vaso grande, una circular de cordón no apretada al cuello, un cordón umbilical delgado con arteria única y con mínima gelatina de Wharton, lo cual dijo en una primera respuesta que "tal vez" el hecho de que el cordón umbilical tenía una sola arteria permitió que durante el trabajo de parto el flujo sanguíneo disminuyera y en consecuencia la frecuencia cardiaca por lo que no aguanto, luego en otra respuesta aseveró que era un bebé crónicamente enfermo con patologías de base lo que no le permitía aguantar siendo las mencionadas las causas del fallecimiento, contradiciéndose en sus repuestas.

En cuanto al médico especialista Luis Edilberto Herrera Morales, sobre este tópico señalo al rendir interrogatorio de parte:

*"**PREGUNTADO:** De acuerdo al análisis que se dice que realizó el SES para usted como médico tratante, cuál fue la causa del fallecimiento del feto:* ***CONTESTO**: Voy a resumirle los hechos que me llevan al siguiente análisis. Primero hay una complicación aguda, que es un descenso grave de la frecuencia cardíaca fetal, dicen que hay un descenso hasta 50 latidos por minuto, de manifestación aguda. Segundo inician maniobras de reanimación, y al parecer no se logra recuperar el feto con las maniobras de reanimación, por lo que lo llevan a cesárea, esa recuperación generalmente se da en la mayoría de las pacientes; con las maniobras de reanimación como suprimir las contracciones uterinas, poner de cubito lateral, reponer líquidos y vigilar si la desaceleración se recupera. Si se recupera, tenemos que revaluar el caso para definir el manejo hacia adelante, si no se recupera como ocurrió en este caso, que no se recuperó y la paciente se llevó a una cesárea urgente. En la cesárea que se realizó rápidamente, desafortunadamente se obtuvo un feto muerto, sin ningún signo de vida, no respondió a ninguna maniobra de reanimación y se describe además una circular del cordón umbilical, no apretada de cordón delgado, sin gelatina y un feto de bajo peso, un poco menos de 2.800*

gramos y después siguiendo con el análisis, voy a leer la patología de feto, placenta y cordón umbilical. ***Cordón Umbilical****: Se encuentran dos vasos únicamente que es un hallazgo ocasional, el cordón normalmente tiene dos arterias y una vena, ese hallazgo está descrito en la patología del cordón umbilical, hay únicamente una arteria y una vena y hay un cordón sin gelatina, que ya había dicho, yo que el cordón sin gelatina fácilmente se comprime y siguiendo con la patología del* ***feto*** *describen más o menos los siguientes hallazgos: número uno, hay hemorragia en los pulmones en la parte posterior, que es un hallazgo anormal y en la parte microscópica describen una neumonía por aspiración, con diferentes elementos en los pulmones no describen bacterias como una neumonía, llamaríamos química y en la parte microscópica los pulmones describen macrófagos llenos de hemosiderina, lo macrófagos con células que hacen parte del sistema inmune, células sanguíneas que participan en la inmunidad, fagocitando o comiendo partículas extrañas, en este caso estaban llenos de hemosiderina, esto quiere decir que los macrófagos habían capturado hemoglobina o eritrocitos y la están digiriendo y en el proceso lo que se ve es hemosiderina y sigo con la patología.*

En el corazón se describe una corazón ligeramente aumentado de tamaño, dilatado con dilatación leve del ventrículo derecho, esto hace pensar que había un problema de resistencia vascular, porque cuando el corazón bombé la resistencia se aumenta su tamaño como pasa por ejemplo en el adulto, cuando hay hipertensión, cuando un adulto tiene hipertensión, el corazón tiene que bombear con más fuerza para vencer la resistencia y se va hipertrofiando hasta llegar a una insuficiencia cardíaca, en la que se encuentran corazones grandes dilatados, en este efecto probablemente está bombeando contra una resistencia, en la circulación pulmonar o en la circulación general del cuerpo y está dilatado el corazón y está dilatado el ventrículo derecho, además continuando en la parte macroscópica aumento del tamaño del hígado, aumento del tamaño del vaso que se llama esplenomegalia y en el hígado en la parte microscópica, en la nota patológica describe extensa zona de eritropoyesis: Es la producción de eritrocitos de sangre que en la vida fetal temprana cuando comienza a producirse sangre, esa eritropoyesis se lleva a cabo en muchos órganos, en los ganglios linfáticos ,en el vaso en el hígado y en la médula ósea, y a medida que transcurre el embarazo y al final del embarazo la eritropoyesis esa producción de sangre, se desplaza de todos esos órganos y se realiza únicamente en la medula ósea como en el adulto, nosotros la producimos en la medula ósea y en el feto a término y recién nacido también la producen ahí. Y en este caso se había restablecido la hematopoyesis, había vuelto al hígado, cuando deciden zonas de hematopoyesis en el hígado, es porque reasumió la producción de sangre y eso ocurre cuando hay una hemorragia cuando hay pérdida de sangre, se restablece hay una enfermedad característica donde uno aprende esto que es la isoinmunización RH, cuando la mamá tiene el grupo sanguíneo negativo y el papá tiene el grupo sanguíneo positivo podría haber una sensibilización de la madre, contra el RH de los glóbulos rojos que el niño heredó del padre, porque si la mamá es negativa no tiene RH, entonces el niño no heredó del padre y en el embarazo pueden ocurrir pequeñas transfusiones de sangre del feto a la madre muy pequeñas de décimas de mililitro, pero estas transfusiones del feto a la madre la sensibilizan y desencadenan una respuesta inmunológica, como cuando nos ponen una vacuna

y los anticuerpos que produce la madre pasan por la placenta al feto y el feto tiene el blanco de estos anticuerpos que son sus eritrocitos con el RH positivo, entonces los anticuerpos que le producen se unen a los del feto y destruyen los eritrocitos, por eso se llama enfermedad hemolítica del recién nacido y este caso la eritropoyesis como el niño está perdiendo sangre se vuelve a restablecer en el hígado, este caso no hay incompatibilidad de sangre, el hígado esta crecido y está produciendo sangre que no es normal y además había hemorragia en los pulmones, además había pérdida de sangre no sé porque enfermedad en este niño y si habría nacido habría tenido una anemia, porque el hígado estaba produciendo sangre y no era capaz de producir la de los otros órganos que estaba perdiendo y había otros cambios; hay edema del cerebro y la hemorragia en la glándula suprarrenales, estos dos cambios el sí son cambios agudos que pueden ocurrir con la hipoxia intraparto, los otros cambios, el aumento del tamaño del corazón, del bazo, del hígado, la eritropoyesis, no son cambios agudos, son cambios que nos hablan de una enfermedad crónica y una enfermedad que podría haber transcurrido no sé si días o semanas antes del momento del nacimiento, entonces en resumen, la patología nos habla de un feto que viene enfermo, no soy capaz de decir cual enfermedad, uno tendría que especular y considerar por ejemplo un proceso infeccioso de los que en el embarazo agrupamos dentro de un acrónimo llamado torch, toxoplasmosis ejemplo, podría ser una enfermedad de esas, podría no ser pero hay varios hechos que hacen pensar en una enfermedad de esas , pero si nos hablan de estos hechos es un proceso de enfermedad crónica en el feto."

*"**PREGUNTADO:** Esa enfermedad lo llevo a la muerte del feto. **CONTESTO**: Si, voy a concluir para tratar de enlazar todo, entonces es un feto que viene enfermo; ¿por qué el monitoreo fetal es normal? Porque la circulación del feto y la nutrición dependen la placenta y la placenta, los nutrientes y el oxígeno que lleva al feto vienen de la madre, por eso el feto se manifiesta en el monitoreo fetal normal, pero muy probablemente en un momento dado al final de las notas, ocurrió una compresión del cordón umbilical, lo que ya había dicho antes que generalmente en el feto sano, es bien tolerado en la mayoría de los casos, lo llevamos a cesárea y lo recuperamos en buenas condiciones cuando se justifica la cesárea. No siempre las desaceleraciones son mandatorias de cesárea, el médico debe aprender valorando el monitoreo, viendo la etapa del trabajo de parto, viendo la proximidad de un parto, si puede seguir con un trabajo de parto o la ópera, en este caso hubo necesidad de operar. Lo que yo asumo había una circular de un cordón umbilical frágil que se podía comprimir fácilmente y esa compresión que llevo a una hipoxia aguda, se le sumo un feto enfermo y por tanto no lo tolero y el reporte de patología final conceptúa que hay un compromiso perinatal, cuando dicen compromiso perinatal no nos pueden establecer si viene desde una semana antes o dos semanas antes o tres semanas antes, pero venía desde antes.*

Decía hay una serie de hallazgos en la patología que implican que hay un feto enfermo de posiblemente días o semanas atrás o hasta meses, no soy capaz de decir desde cuándo y se le sumó una compresión brusca del cordón umbilical con una hipoxia aguda en el momento de la compresión que nos lleva a la muerte y el resumen de patología dice que hay un compromiso perinatal del feto, puede ser días

o semanas antes y un sufrimiento fetal agudo, puede ser secundario a la compresión del cordón umbilical y que está evidenciado en la glándula suprarrenales y en el cerebro que presentan cambios agudos, los otros cambios todos son crónicos. Presentó una compresión del cordón umbilical, la compresión determina una hipoxia aguda que en la mayoría de los casos es reversible con las medidas de reanimación, pero en este caso no fue reversible, no fue posible recuperar por que la patología es clara, el feto estaba enfermo hay múltiples señales en los órganos a nivel macroscópico y microscópico, las glándulas y los tejidos demuestran que un feto crónicamente enfermo. La cronicidad puede haber comenzado en días o meses antes de la complicación."

***"PREGUNTADO**: El hecho de que haya en esa descripción una arteria umbilical* única esto se asocia o se puede asociar con problemas cardíacos y fetales. ***CONTESTO:** Si, la arteria umbilical única se puede asociar no necesariamente con patología renal con malformaciones renales o genitourinarias y también con anomalías cardiovasculares inclusive cuando hay un parto un nacimiento de un feto que venía con arteria umbilical única se indica evaluación del aparato urinario y del corazón probablemente. En este caso se asoció lo previsible con daño renal, la paciente tenía un riñón hipoplásico, un riñón que tenía la mitad del tamaño normal y en la parte histológica tenía una disminución del tejido normal de lo que llamamos Nefrona, probablemente era un riñón no funcionante, pero muy probable no fue la causa de la muerte, puede ser que lo que llevo a una hipoplasia renal, de alguna forma que tuviera relación con el otro proceso patológico; la hipoplasia renal puede tener origen en una anomalía genética y esa anomalía podía tener relación con los otros hallazgos patológicos; en sí, cualquier persona puede vivir con un riñón anormal incluso un feto, pero si podría tener alguna relación la anomalía anormal de hipoplasia del riñón "chiquito del riñón" Podría tener relación la causa de esa anomalía del riñón con los otros hallazgos descritos en la patología."*

Sobre este tópico la perito medica especialista Liliana del Socorro Dávila en el dictamen rendido dijo:

9. ¿Cómo se puede explicar el sufrimiento fetal agudo, está relacionado cor el tratamiento ofrecido?

RESPUESTA:
De la evaluación del caso y los elementos con que se cuenta para e análisis, no se puede establecer una causa definitiva para la presentació de este resultado. Considero que es fundamental el informe de necropsia especialmente en lo relacionado con la existencia de anormalidades congénitas. De la descripción de una hipoplasia (no formación completa) renal y anormalidades de cordón umbilical, se puede sospechar otro sinnúmero de situaciones no conocidas aun, que pueden ser determinantes en la forma como se enfrenta la evolución por parte del feto en su fase prenatal.

11. ¿Puede considerarse alguna posibilidad diagnostica frente a este caso?

RESPUESTA:
NO. Una revisión objetiva de este caso nos lleva a concluir que no hay ninguna conclusión certera frente al diagnóstico de los resultados. Debe existir alguna razón que no ha sido suficientemente documentada y que no fue conocida por los médicos.

13. Ese diagnóstico de hipoplasia renal en el niño, ¿en qué consiste?

RESPUESTA:
La hipoplasia renal se refiere a un daño renal importante, que afectaba el tamaño de su riñón a más del 50 %, según el forense. Debo llamar la atención respecto a que cuando hay una alteración congénita de esta naturaleza, siempre se piensa en otras afectaciones que no están descritas de manera clara.

14. ¿Qué importancia tiene que no haya cordón umbilical normal?

RESPUESTA:
El cordón normal contiene una vena y dos arterias, inmersas en la gelatina de Wharton.
Anormalidades en el tamaño y composición del cordón umbilical, como el cordón corto o su ausencia o hasta incluso su longitud exagerada, están asociadas a patologías y pueden comprometer la evolución del embarazo. Así mismo, hay asociación entre las alteraciones del espesor del cordón umbilical con nacimiento de fetos con evolución adversa o muerte fetal intrauterina, alteraciones estructurales o funcionales del cordón umbilical, resultando en anomalías fetales.
El cordón umbilical es el principal nexo de unión entre la madre y el feto, por eso, cualquier presión en el cordón podría impedir un flujo normal de las sustancias que pasan por él, lo que causaría el llamado "sufrimiento fetal".
La presencia de cordones umbilicales «finos» evaluados mediante su área de sección transversal, se han asociado con la restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU) y resultado perinatal adverso. Se ha comprobado que hay reducción del espesor del cordón y del diámetro de la vena umbilical en los casos de embarazos complicados con restricción del crecimiento fetal.

La obstetra que realizó la cesárea indicó que el cordón era muy delgado con mínima gelatina de Wharton, lo que pudiera indicar que había otras alteraciones fetales graves y determinantes en la evolución conocida. Aquí es fundamental conocer el informe de patología de los cortes al cordón.

De otra parte, el perito medico Jorge Andrés Jaramillo, dijo al respecto durante la contradicción del dictamen:

*"**PREGUNTADO:** Qué significado tiene que se haya encontrado en el feto una arteria umbilical única. **CONTESTO**: Generalmente las arterias umbilicales únicas que entre otras cosas pues entre otras yo no tengo ninguna constancia al respecto de que hubiera un artículo, pero en caso de que así hubiera habría que considerar dentro de las posibilidades las posibles alteraciones cardiacas del bebé y en caso de ser positivos, estos podrían explicar por qué el compromiso fetal en el caso pues que nos ocupa".*

*"**PREGUNTADO:** En él estudió anatomo patológico, se dijo que presentaban una arteria umbilical única, no tiene a nivel médico consecuencias que se encuentre un cordón Delgado con poca gelatina de Wharton. **CONTESTO**: Como lo mencioné la gelatina de Wharton actúa como una cobertura a los vasos del cordón umbilical, si la gelatina está muy poca, pues obviamente esa gelatina actúa como un amortiguador a las compresiones externas que se puedan generar sobre los vasos umbilicales, entonces si yo tengo poca gelatina es más factible que los vasos ante las presiones externas tienden a colapsarse y en ese caso pues no haya paso del flujo sanguíneo a través del cordón.*

*"**PREGUNTADO**: El hecho de que tuviera el feto una mínima gelatina de Wharton con las explicaciones que usted ya diferenció, este hallazgo podía indicar que podía haber otras alteraciones fetales graves. **CONTESTO:** Sí señor, como lo mencioné puede estar asociado alteraciones cardiovasculares.*

*"**PREGUNTADO**: Otra pregunta doctor Jorge, el hecho de que se presenten estos hallazgos, ya antes de en el trabajo de parto que se presente el cordón enredado y otras patologías que se presentaron en el feto, este tipo de hallazgos generalmente son casos previsibles o imprevisibles en ese instante. **CONTESTO:** No, la presencia de la arterial umbilical única y de las circulares de cordón requieren de una ecografía especial, ya sea una ecografía de talla anatómico o una ecografía doppler para poder identificar esto y la presencia de poca gelatina de Wharton no hay forma diagnosticarla, porque la gelatina de Wharton es invisible a la ecografía. Entonces no hay forma de determinar si hay mucha o poca gelatina de Wharton que hace uno al respecto y que pueda llevarlo a uno sospechar que hay algún compromiso a nivel de cordón umbilical que puede afectar el bienestar fetal la presencia de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, mientras no se presenten las alteraciones de la*

frecuencia cardíaca fetal pues es imposible determinar de que pueda haber o estar ocurriendo algún compromiso del cordón que pueda comprometer la salud del feto.

*"**PREGUNTADO:** Para determinar la arteria única debía hacerse otro tipo de examen, de realizar realizarse la cesárea como menciono hace un instante, de haber vivido él bebe puedo haber tenido una opción de una recuperación en ese sentido. **CONTESTO:** Con la ecografía normal una de las cosas que uno evalúa es el cordón umbilical y el cordón umbilical debe verse uno los tres vasos, las dos arterias y su vena, si en una ecografía común yo no veo los tres vasos yo debo hacer una ecografía que se llama de detalla anatómico que incluye una valoración pormenorizada de la parte cardiovascular del bebé o sea lo que incluye el corazón y los grandes vasos fetales.*

*"**PREGUNTADO:** pero el cordón tenia los tres vasos. **CONTESTO:** Eso es lo que no se, en la historia salen tres pero el Dr. Guillermo me sale con la evaluación de patología con una arteria umbilical, no tengo la certeza es lo que puede pasar en cuanto a estos eventos que me están mencionando, realizo una entonces en la suposición ,que tenga solo dos vasos yo debo hacer la cardiografía fetal, la ecocardiografía me puede arrojar que se completamente Normal o que tenga alguna alteración, y la alteración puede ser compatible o incompatible con la vida, pero sin embargo mientras él bebe este pegado a la mamá él no tiene problema en seguir con su proceso adelante, en teoría, esas alteraciones cardiovasculares deberían comprometer la salud del bebe, cuando yo lo desconecte de la mamá, pero lo que resulta es que este bebe nació muerto, no lo habíamos desconectado de la mama, entonces establecer que el hecho de la arteria umbilical única tuvo que ver con el deceso no sé. Yo diría más probablemente que no, pero unas alteraciones cardiovasculares del bebé que ante los fenómenos de disminución de la perfusión sanguínea por el cordón pueden hacerlo a él mucho más susceptible a ese compromiso de la circulación por el cordón y hacerlo más lábil a que genere un estrés y un sufrimiento fetal a eso es a lo que me refiero*.

*"**PREGUNTADO:** Tiene este hallazgo en la salud del bebé del feto el hecho de que se hubiera encontrado una arteria umbilical única y que incidencia o qué efecto pudo haber se pudo haber presentado en la salud de este bebé. **CONTESTO**: Entonces tener una arteria umbilical única como ya lo mencioné y lo vuelvo a repetir tiene una correlación con alteraciones cardiovasculares y puede estar relacionado con otros síndrome mal formativos en el bebé, se ven una serie de síndromes mal formativos no tienen la capacidad de que nos haga morir por solo los eventos mal formativos el bebé, si tienen suficiente capacidad para cuando el bebé nazca vivo no tolera la vida extrauterina una vez se libere de la unión por el cordón de la mamá y pueda desembocar en una serie de alteraciones que lo lleven a la muerte o a que sea un bebé que no muera pero quede con una serie de secuelas y trastornos funcionales, pero por otro lado esas alteraciones cardiovasculares ante un proceso de disminución del flujo sanguíneo a través del cordón, sí lo pueden hacer mucho más lábil y susceptible a que se estrese ya con sufrimiento fetal comparándolo con un bebé que no tenga ninguna de esas alteraciones".*

Por su parte en el peritazgo rendido por el médico Jorge Eduardo Vélez Arango se dijo al respecto:

*"**PREGUNTADO:** Hemos conocido posteriormente en el desarrollo del proceso un informe de estudio anatomo patológico efectuado por parte del instituto de Medicina legal específicamente a la placenta y se llega a la siguiente conclusión, en el diagnóstico histológico y en la descripción microscópica de esa placenta se refiere que se reconocen la presencia de únicamente dos estructuras vasculares una arteria y una vena. Doctor con base en su experiencia y en el conocimiento que tiene este caso usted podría indicarnos, en qué pudo haber influido en el desenlace final y en la muerte de este bebé ese hallazgo que le acabo de referir. **CONTESTO:** El cordón umbilical es una estructura determinante en grados sumo del intercambio de oxígeno entre la madre y el bebé, es el conducto dedicado a permitir el paso tras placentarios de sangre materna al bebe y en consecuencia el oxígeno, cuando el cordón umbilical cuenta con una malformación como la ausencia de una de sus arterias pues son cordones umbilicales que podrían comportarse de manera inadecuada, en permitir este aporte que es necesario para el desarrollo fetal, tanto en su ganancia de peso como en su oxigenación, muchas veces además, esta arteria umbilical única puede asociarse con otras malformaciones que pueden estar registradas, en el informe de anatomía patológica del feto, por ejemplo malformaciones cardiacas, situación de hipoplasia de otros órganos, situaciones que pueden darse perfusión inadecuada de oxigeno de la madre al feto, podríamos anticiparnos a estos diagnósticos antes del parto , podríamos decir si, bajo condiciones ideales, pudiendo disponer tecnologías como los actuales, pudiendo disponer a todas las madres unas ecografías de detalle fetal realizadas en las mejores condiciones por personal idóneo , podría identificar un cordón umbilical con solo dos vasos , lo que tampoco quiere decir que él bebe tenga un desenlace fatal, pero que nos obligatoria estar muy atentos en el trabajo de parto.*

*"**PREGUNTADO:** Se podría decir que la ausencia de este vaso daría lugar al deceso del bebé. **CONTESTO**: No Dra., yo no lo puedo decir de manera categórica, explico que afecta la disminución de perfusión de oxígeno al feto con algo que detectamos en la práctica obstétrica que es la restricción del crecimiento fetal, o sea bebes que no alcanzan el peso para una edad gestacional adecuada y también uno puede presumir que, al no existir unas estructuras normales del cordón, pueda darse una deficiencia en la oxigenación, lo que no aplica de ninguna manera para todos los casos. **Señalaba si yo identifico un cordón umbilical con dos vasos simplemente extremaríamos las medidas de cuidado en este caso la madre las tuvo todas porque cuando se hace una inducción del parto, el cuidado fetal se extrema a grados sumo, pero no quiero decir y puedo afirmar que vaya a ser la causa del deceso del bebé**. (Negrilla y Subrayado del Juzgado).*

***"PREGUNTADO**: Es decir que el bebé a pesar de tener esta anomalía digámoslo así, pudo haber nacido y nacido vivo. **CONTESTO:** Podría ser que sí doctora porque tenemos muchos casos presentando dijéramos, la otra orilla del tema donde hay*

madres con dos vasos del cordón donde hay una madre con un apgar bueno donde el bebé tiene signos normales y evolucionan adecuadamente, podrían darnos una mejor información de seguimiento, que estos niños van a tener posterior a su nacimiento por parte de neonatología, seguramente habrán algunos estudios como ecocardiografía fetal porque a veces puede haber anomalías cardíacas asociadas pero muchos bebés con dos vasos pueden sobrevivir en condiciones adecuadas.

Lo anterior, permite establecer que el "*Informe de Estudio Anatomopatológico*" del 24 de agosto de 2015, es determinante en señalar que, la causa de la muerte del feto no fue otra que, una hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal agudo, siendo esa la causa y no otra del fallecimiento, y si bien, la defensa de las partes hizo referencia y énfasis en el estudio histopatológico de la placenta y los hallazgos encontrados en el feto, como son una arteria umbilical única donde se destacan dos estructuras, escaza de gelatina de Wharton, un riñón pequeño y bajo peso del bebé, no se presentó en el plenario prueba alguna que demostrara que dichos factores ocasionaron la muerte del recién nacido, pues en los interrogatorios de parte, los médicos Luis Edilberto Herrera Morales y la Martha Patricia Torres Polanco, solo pretende encuadrar estos síntomas como causa de muerte, más no allegaron prueba que demostrara que evidentemente dichas patologías podían causar la muerte del feto, incluso los peritos tanto de la parte demandante como demandada dudan si estas circunstancias podían ocasionar el fallecimiento.

De esta manera, y teniendo en cuenta que por el contrario existen indicios que la causa de la muerte del feto no fue otra que la hipoxia seguida de un sufrimiento fetal es por lo que, ante la falta de pruebas que demuestren lo contrario, el argumento expuesto por los galenos no tiene sustento ni fundamento probatorio alguno, y permite establecer que, el inadecuado manejo de la oxitocina ocasionó la pérdida del bebé de Mónica Vanessa Hurtado García.

4.3.3. DECISIÓN SOBRE LA EXCEPCIÓN DENOMINADA CONSENTIMIENTO INFORMADO FORMULADA POR SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES-.

En el consecutivo 03 del expediente electrónico en el folio 48 se encuentra allegado con el escrito de contestación de la demanda el "Formato de Consentimiento Informado" de fecha: viernes 31 de julio de 2015, suscrito por Mónica Vanessa

Hurtado García, el cual dice:

Hospital de Caldas

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
R1-CO15

Fecha Actual : viernes, 31 julio 2015

Nombres y Apellidos del paciente: MONICA VANESSA HURTADO GARCIA

Documento de identidad N°: 1058819057 Fecha de diligenciamiento: 31 de julio de 2015 11:46 p.m.

Yo, **MONICA VANESSA HURTADO GARCIA**

identificado (a) como aparece al pie de mi firma, en desarrollo del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 que establece: "se pedirá su consentimiento para practicar los procedimientos médicos, quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psiquicamente", hago las siguientes declaraciones:

1. He sido veraz en toda la información suministrada al médico, no he callado nada en relación con mi estado de salud y me hice practicar todos los exámenes solicitados por el médico.

2. Que el diagnostico clínico preliminar, corresponde a la siguiente enfermedad, patología o condición:

O429 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

y por medio de la presente constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, en forma libre otorgo mi consentimiento para que se practique la siguiente intervención quirúrgica, tratamiento, procedimientos diagnósticos y/o Terapéuticos los cuales podrán ser modificado en caso de que se haga un diagnóstico diferente al anterior, al momento de la actividad médica:

ATENCION INTRAHOSPITALARIA, APLICACION DE MEDICAMENTOS, TOMA DE MUESTRAS PARA PARACLINICOS, ATENCION DEL PARTO, CESAREA, POMEROY, HISTERECTOMIA, EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA.

3. Que se me ha informado y advertido sobre:

a. Los aspectos relacionados con el procedimiento quirúrgico o terapéutico que se va a realizar, tales como:

LOS PROPIOS DEL PROCEDIMIENTO.

b. La existencia y posible ocurrencia, o no, de los riesgos o complicaciones inmediatas o tardías de carácter general y/o específico del procedimiento y anestésicas (si es el caso), siendo las de más frecuente ocurrencia:

HEMORRAGIA GRAVE, RETENCION DE RESTOS OVULARES, SHOCK HIPOVOLEMICO, LACERACION DE VISCERA HUECA, SEPSIS OBSTETRICA SECUNDARIA, FISTULA INTESTINAL, EMBOLISMO DE LIQUIDO AMNIOTICO, TROMBOEMBOLISMO, SHOCK SEPTICO, TROMBOEMBOLIA, REACCION DE HIPERSENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS, EXTRACCION FETAL TRAUMATICA, RETENCION DE HOMBROS, TRAUMA CRANEOFACIAL POR FORCEPS, TRAUMA MUSCULO ESQUELETICO, POR EXTRACCION FETAL DIFICIL, HIPOXIA PERINATAL, ENCEFALOPATIA NEONATAL, ATONIA UTERINA QUE NO RESPONDE A MANEJO MEDICO, MUERTE MATERNA, MUERTE FETAL, MUERTE NEONATAL.

c. Se me ha explicado que existen riesgos, reacciones o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión, los cuales por esta razón no pueden ser advertidos y en consecuencia, declaro expresamente que los asumo, por haber entendido que la medicina no es una ciencia exacta.

d. La presente autorización, se refiere al profesional de la salud o al médico tratante y se hace extensiva a los médicos delegados suyos que conforman el equipo de trabajo.

4. Declaro que he recibido satisfactorias y claras explicaciones sobre el procedimiento por parte médico, y que éste, me ha aclarado las dudas que he manifestado.

5. La entidad, el médico cirujano y el médico tratante, según el caso, quedan autorizados para llevar practicarme las conductas o procedimientos médico quirúrgicos que puedan llegar a ser necesarios y justificados como consecuencia imprevisible del procedimiento que mediante este documento autorizo, que de no ser realizados generarían efectos adversos para mi salud o vida.

6. En caso de ser necesario, otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo, quien queda autorizado para utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica y el tipo de intervención que requiero.

7 Servicios Especiales de Salud queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos. El tejido excedente podrá se incinerado o sepultado por la entidad.

8. Con mi firma certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su totalidad. Así mismo que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRURGICOS
(Otorgado en cumplimiento del artículo 15 de la Ley 23 de 1981)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUE SOLICITA EL PROCEDIMIENTO E INFORMA AL PACIENTE	LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA EL PROCEDIMIENTO		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	MONICA VANESSA HURTADO GARCIA	
TIPO DE INTERVENCION	Intervencion_Quirurgica	
TIPO DE ANESTESIA QUE EL PROCEDIMIENTO REQUIERE	General	
CALIDAD CON LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO	Paciente o Responsable:	Paciente

Manizales , Dia: 31 Mes: julio Año: 2015 Hora: 11:46 p.m.

Monica Vanessa Hurtado G.
Firma del paciente o persona
que otorga el consentimiento.
C.C. 1053809054

Firma del medico que practica el procedimiento
R.M. No.
C.C.

Firma del médico que solicita e informa
C.C. 15898131 - LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES
R.M. No. 0259

Testigo
C.C.

Con respecto al consentimiento informado el apoderado de Servicios Especiales de Salud -SES - en la contestación de la demanda, propuso como excepción perentoria: " Advertencia de los riesgos a la paciente y firma del consentimiento informado", arguyendo que, la paciente dio su consentimiento con el diagnostico preliminar de ruptura de membranas, por lo que, se le informó sobre la posible ocurrencia de riesgos y complicaciones de los procedimientos, y se señaló las mas frecuentes, como son: hemorragia grave, retención de restos ovulares, shock hipovolémico, laceración de víscera hueca, sepsis obstétrica secundaria, fistula intestinal, embolismo de líquido amniótico, tromboembolismo, shock séptico, tromboembolismo, reacción de hipersensibilidad a medicamentos, extracción fetal traumática, retención de hombros, trauma craneofacial por fórceps, trauma musculo esquelético, por extracción fetal difícil, hipoxia perinatal, encefalopatía neonatal, atonía uterina que no responde a manejo médico, muerte materna, muerte neonatal.

Ahora bien, el apoderado de la parte demandante al dar descorrer el traslado de excepciones, señaló sobre este punto, aceptó la existencia de consentimiento informado, sin embargo, señaló que se presentó en este caso una falla en la prestación del servicio de salud.

Por tanto, en este caso, se declara prosperar la excepción de “Advertencia de los riesgos a la paciente y firma del consentimiento informado”, elevada por el apoderado de Servicios Especiales de Salud – SES -.

4.4. DECISIÓN SOBRE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS

4.4.1. PERJUICIOS MORALES

Sobre los perjuicios morales se hace relación a la sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sala Plena – Sección Tercera, en el trámite del proceso con radicado No. 66001-23-31-000-2001-00731-01 (26251), señaló:

“Así las cosas, tenemos que el concepto de perjuicio moral se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así:

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 SMLMV.

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio.

GRAFICO No. 1 REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
Regla general en el caso de muerte	Relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.

En casos excepcionales, como los de graves violaciones a los derechos humanos, entre otros, podrá otorgarse una indemnización mayor de la señalada en todos los eventos anteriores, cuando existan circunstancias debidamente probadas de una mayor intensidad y gravedad del daño moral, sin que en tales casos el monto total de la indemnización pueda superar el triple de los montos indemnizatorios antes señalados. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño."

En este asunto, en la demanda se reclama como pago por concepto de perjuicios morales las siguientes sumas:

1.- Para MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA y WALTER ARISTIZABAL PENAGOS en su condición de madre y padre respectivamente del feto fallecido la suma de 100 smlmv.
2.- Para MARÍA AMANDA GARCÍA, CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO y LUZ ELENA PENAGOS CALLE en su condición de abuelos del menor fallecido la suma de 80 smlmv.
3.- Para LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS Y JHON JAIME HURTADO GARCÍA en su condición de tíos del menor fallecido, la suma de 50 smlmv.

Por tanto, y atendiendo las directrices expuestos en el fallo señalado emitido por el Consejo de Estado, el reconocimiento se hará de acuerdo con la relación afectiva entre la víctima directa, el menor fallecido, y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

En el presente asunto, observa esta Jueza que entre los demandantes se encuentran, respecto a la víctima, en el primer nivel, la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA (madre), y WALTER ARISTIZABAL PENAGOS (padre); en el segundo nivel, MARÍA AMANDA GARCÍA, CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO y LUZ ELENA PENAGOS CALLE (abuelos); en el tercer nivel, se encuentran: LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS Y JHON JAIME HURTADO GARCÍA (tíos). De esta manera, se procede entonces, a decidir la situación de cada uno de los nombrados frente a las peticiones realizadas, de la siguiente manera:

1.- MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, en el caso de la madre del recién nacido fallecido, se requiere la prueba del estado civil para los niveles 1 y 2. Teniendo en cuenta que en este caso, el hijo de MÓNICA VANESSA HURTADO nació con ausencia de vida, sin que las maniobras médicas respiratorias lograran infundirle un soplo de existencia, no era obligatoria la inscripción del nacimiento en el registro del estado civil tal como lo señaló el artículo 90 del Código Civil, ni tampoco era obligatorio la inscripción en el registro de defunciones del fallecimiento de la criatura nacida muerta, conforme al artículo 78 del Decreto 1260 de 1970, ya que, únicamente se inscribe quien nazca vivo, por tanto, para demostrar el parentesco resulta pertinente, tal como se hizo cuando se examinó los presupuestos de la acreditación del daño: el Certificado de Defunción Antecedente para el Registro Civil sumado a la historia clínica allegada por el demandando SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD - SES Hospital de Caldas, a lo que se suma el *"Informe de Estudio Anatomopatológico"*, además de los testimonios rendidos por el señor Rubilio Sánchez Osorio y Deisy Johana Barrera Castillo, que dan cuenta de que el nasciturus era hijo de la demandante Mónica Vanessa Hurtado, y en tanto, que este hecho no ha sido cuestionado por ninguno de los demandados, en prevalencia del derecho sustancial sobre el formal, se considerara acreditado el grado de parentesco del recién nacido fallecido con su madre, motivo por el cual se reconocerá como perjuicio moral el equivalente a 100 SMLMV en favor de la citada.

2.- WALTER ARISTIZABAL PENAGOS, se presentó en la demanda en condición de padre del fallecido hijo de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, por lo que estaría ubicado en el nivel No. 1 de la relación afectiva propia de las relaciones paternas, razón por la cual se requiere la prueba del estado civil, sin embargo, como se advirtió en la justificación expuesta con relación a la madre del menor, debido a que el bebé nació muerto no es necesario el registro de nacimiento ni de defunción, por tanto, esta Juzgadora analizará las pruebas aportadas por la parte actora para demostrar la condición que dice ostentar, como son, el registro civil de nacimiento del señor Aristizábal y una declaración juramentada extraprocesal en la cual se declara que la señora Hurtado García tenía unión marital de hecho desde hace 4 años con el señor Walter y dependía económica de él.

Con relación a la situación del señor Aristizábal Penagos, debe decirse que, en vista de que no está obligado para demostrar el parentesco a aportar el registro civil de nacimiento ni de defunción del hijo recién nacido de la señora Hurtado García, le compete demostrar el requisito de la convivencia con la citada madre del menor fallecido.

En relación a la unión marital de hecho el artículo 2 de la ley 979 de 2005, señala:

"ARTÍCULO 2o. *El artículo 4o. de la Ley 54 de 1990, quedará así:*

Artículo 4o. *La existencia de la unión marital de hecho entre compañeros permanentes, se declarará por cualquiera de los siguientes mecanismos:*

1. Por escritura pública ante Notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes.

2. Por Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido.

3. Por sentencia judicial, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los Jueces de Familia de Primera Instancia.

Revisado el expediente, se advierte que el señor WALTER ARISTIZABAL PENAGOS, no acreditó conforme a la norma citada la existencia de la unión marital de hecho con la señora HURTADO GARCÍA, ya que, únicamente presentó como prueba de dicho acontecimiento: una declaración extrajuicio, en la cual manifiestan tanto la señora Hurtado como el señor Aristizábal que tienen una convivencia, y que la citada madre del recién nacido fallecido depende económicamente del señor Walter Aristizábal, ni tampoco los testimonios rendidos por los señores Rubilio Sánchez Osorio y Deisy Johana Barrera Castillo, dan cuenta de dicha situación, ya que se centraron en señalar el dolor causado por el fallecimiento del bebé.

Por tanto, en el caso del señor WALTER ARISTIZABAL PENAGOS, se negarán las pretensiones de la demanda.

3.- LUZ ELENA PENAGOS CALLE, en escrito de demanda, reclama la indemnización a título de abuela paterna del hijo fallecido de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, allegando al plenario, registro civil de nacimiento del señor WALTER ARISTIZABAL PENAGOS, con el cual pretende demostrar la calidad de madre del citado y abuelo del fallecido (fl. 43 del consecutivo 01 del expediente digital).

Con respecto, a la situación de la demandante, es necesario señalar que, si bien se acreditó su condición de madre del señor Aristizábal Penagos, debido a que el mentado no acreditó los requisitos señalados por la normatividad para reconocer la condición de padre del hijo fallecido de la señora Hurtado García, como fue expuesto en párrafos anteriores, se negarán las pretensiones con relación a esta demandante.

4.- MARÍA AMANDA GARCÍA y CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO, se presentan en la demanda en la condición de abuelos del hijo fallecido de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, y se encuentran ubicados en el nivel 2 de la relación afectiva, por lo que se requiere la prueba del estado civil. En este caso se trae los argumentos expuestos para el reconocimiento de los perjuicios a favor de la señora Hurtado García, advirtiendo que el hijo de la citada nació muerto por tanto según el Código Civil y la ley 979 de 2005, no se requería el registro del nacimiento ni del fallecimiento, en consecuencia, y en cuanto se encuentra acreditado el parentesco de Mónica Vanessa con su hijo, se entiende para esta

Juzgadora, junto con el registro civil aportado a folio 41 del consecutivo 01 del expediente digital, que efectivamente se demuestra de los citados la calidad de madre y padre de la señora Mónica Vanessa Hurtado García, quien a su vez es madre del fallecido, es decir de abuelos maternos del feto fallecido, es por lo que se reconocerá por el perjuicio causado, el equivalente a 50 SMLMV para cada uno.

5.- LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS y JHON JAIME HURTADO GARCÍA actúan en el presente proceso en calidad de tíos del hijo fallecido de MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA. En este caso, la reclamación realizada por los tíos del fallecido se encuentra en el nivel 3, que requiere además de la prueba del estado civil, la prueba de la relación afectiva.

En relación a esta reclamación, se observa que, superado el argumento frente a la madre del fallecido, se cuentan como pruebas del parentesco: con el registro civil de nacimiento de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, en la cual se constata que, es hija de la señora MARÍA AMANDA GARCÍA y el señor CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO (fl. 41 consecutivo 01 del expediente digital), y por tanto, hermana del señor JEISSON ANDRÉS HURTADO GARCÍA conforme al registro civil de nacimiento que obra a folio 44 del consecutivo 01 del expediente digital; igual situación ocurre con la señora LEIDI JULIANA HURTADO GARCÍA conforme al certificado de registro civil de nacimiento que se encuentra allegado en el folio 46 del consecutivo 01 del expediente digital; así mismo, el registro civil de nacimiento del señor JHON JAIME HURTADO GARCÍA da cuenta que es hermano de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA (fl. 48 consecutivo 01 del expediente digital).

Sorteado el primer requisito, es necesario para el reconocimiento acreditar la prueba de la relación afectiva. Al respecto, los testimonios rendidos por el señor Rubilio Sánchez Osorio, no dan cuenta de la misma, pues con relación a los hermanos de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO, solo menciona el testigo Sánchez que, "…*los hermanos pues por lo regular todos viven aparte, entonces con ellos y si me veo más poco…".* De esta manera, a la no encontrarse acreditado el segundo de los requerimientos exigidos, se negarán las pretensiones de la demanda con relación a los señores LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS y JHON JAIME HURTADO GARCÍA.

De esta manera, el monto a reconocer a cada uno de los demandantes será el siguiente:

NIVEL	DEMANDANTE	SMLMV (100%)
Nivel 1	MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA	100 SMLMV
Nivel 1	MARÍA AMANDA GARCÍA CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO	50 SMLMV 50 SMLMV

En consecuencia, se declarará prospera la excepción de *"La tasación del daño moral solicitado por la parte actora es excesiva"* propuesta por la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. con relación a los perjuicios reconocidos a favor de los señores MARÍA AMANDA HURTADO GARCÍA y CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO. Y se negaran las pretensiones indemnizatorias solicitadas por los señores WALTER ARISTIZABAL PENAGOS, LUZ ELENA PENAGOS CALLE, y LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS y JHON JAIME HURTADO GARCÍA, por lo expuesto anteriormente.

4.4.2. ALTERACIÓN A LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA O AFECTACIÓN A LOS DERECHOS CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE RECONOCIDOS.

En este supuesto, la parte actora solicitó se reconozca a favor de los demandantes esta clase de perjuicios de la siguiente manera:

- Para los señores MÓNICA VANESSA HURTADO y WALTER ARISTIZÁBAL PENAGOS, el equivalente a 100 SMLMV para cada uno.
- Para los señores MARÍA AMANDA GARCÍA, CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO y LUZ ELENA PENAGOS CALLE, la suma de 50 SMLMV para cada uno.
- Para LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS y JHON JAIME HURTADO GARCÍA, el equivalente a 30 SMLMV para cada uno.

Con respecto a esta clase de perjuicios se cita la sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto del 2014, proferida por el Consejo de Estado, ya referenciada en esta providencia, en la cual sobre el tema se dice:

"De acuerdo con la decisión de la Sección de unificar la jurisprudencia en materia de perjuicios inmateriales, se reconocerá de oficio o solicitud de parte, la afectación o vulneración relevante de bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados. La cual procederá siempre y cuando, se encuentre acreditada dentro del proceso su concreción y se precise su reparación integral. Se privilegia la compensación a través de medidas de reparación no pecuniarias a favor de la víctima directa y a su núcleo familiar más cercano, esto es, cónyuge o compañero(a) permanente y los parientes hasta el 1° de consanguinidad, en atención a las relaciones de solidaridad y afecto que se presumen entre ellos. Debe entenderse comprendida la relación familiar biológica, la civil derivada de la adopción y aquellas denominadas "de crianza".

REPARACION NO PECUNIARIA
AFECTACIÓN O VULNERACIÓN RELEVANTE DE BIENES O DERECHOS CONVENCIONAL Y CONSTITUCIONALMENTE AMPARADOS

Criterio	*Tipo de Medida*	*Modulación*
En caso de violaciones relevante a viene o derechos convencional y constitucionalmente amparados	*Medidas de reparación integral no pecuniarias*	*De acuerdo con los hechos probados, se ordenará medidas reparatorias no pecuniarias a favor de la víctima directa y a su núcleo familiar más cercano.*

En casos excepcionales se indemnizará hasta el monto señalado en este item, si fuere el caso, siempre y cuando la indemnización no hubiere sido reconocida con fundamento en el daño a la salud. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño y la naturaleza del bien o derecho afectado.

INDEMNIZACIÓN EXCEPCIONAL EXCLUSIVA PARA LA VÍCTIMA DIRECTA		
Criterio	Cuantía	Modulación de la Cuantía
En caso de violaciones relevantes a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados, cuya reparación integral, a consideración del juez, no sea suficiente, pertinente, oportuna o posible con medidas de reparación no pecuniarias satisfactorias.	Hasta 100 SMLMV	En casos excepcionales se indemnizará hasta el momento señalado en este ítem, si fuere del caso, siempre y cuando la indemnización no hubiere sido reconocida con fundamento en el daño a la salud. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño y la naturaleza del bien o derecho afectado.

En este caso, si bien es cierto, a la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, se le produjo un daño, consistente en la muerte de su hijo durante el parto, no se demostró en el plenario conforme al artículo 167 del Código General del Proceso, la afectación de bienes o derechos convencionalmente protegidos y constitucionalmente amparados, sin que tampoco la parte actora concretará y precisará la medida de la reparación integral, por lo cual, esta Juzgadora considera que, no hay lugar a adoptar medidas reparatorias a favor de los demandantes.

En consecuencia, se declara prospera la excepción de *"No puede efectuarse el reconocimiento de suma alguna a título de "Alteración a las condiciones de existencia",* y de "*Afectación a los derechos constitucional y convencionalmente reconocidos"*, propuestas por la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.

4.5. LLAMAMIENTO EN GARANTIA

La entidad demandada SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES – HOSPITAL DE CALDAS, llamó en garantía a la aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A. con fundamento en que celebró y suscribió un contrato de seguro de Responsabilidad Civil, Categoría: Profesionales Clínicas y Hospitales, que se identifican con las pólizas:

Póliza No. 021920481 del 29 de abril de 2016 con vigencia desde el 30 de abril del 2016 hasta el 29 de abril del 2017 y con valor asegurado de $2.400.000.000, y la cual fue renovada mediante póliza No. 022083970 con vigencia desde el 30 de abril del 2017 hasta el 29 de abril del 2018.

Señalo el apoderado de la actora que si bien, operan bajo la modalidad de Claims Made, Servicios Especiales de Salud para la fecha en que fue notificada la solicitud de conciliación prejudicial ante la Procuraduría 181 Judicial 1 para asuntos administrativos (enero 27 de 2017) tenía celebrado el contrato de seguro con la llamada en garantía conforme a la póliza No. 021920481 que ampara a la asegurada, pues tenía vigencia desde el 30 de abril del 2016 hasta el 29 de abril del 2017, además, el SES fue notificado de la existencia del proceso el 19 de diciembre del 2017 cuando tenía celebrado un contrato de seguro con la aseguradora citada conforme a la póliza No. 022083970 vigentes desde el 30 de abril del 2017 al 29 de abril del 2018. Por lo tanto, solicitó se decida sobre la relación contractual y en caso de obligarse a cubrir la indemnización, sea la llamada en garantía, la que cubra dicha situación.

De otra parte, la aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A. dio contestación al llamamiento elevado por el SES, y señaló que, efectivamente entre la aseguradora y SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES – se suscribió un contrato de seguros documentado con las Pólizas de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales Nos. 021920481/0 y 022083970/0, advirtiendo que no ofrecen cobertura para los hechos alegados en la demanda, toda vez que, en el acervo probatorio se ha materializado la actuación diligente y cuidadosa del SES, y advirtiendo la inexistencia de nexo causal entre los perjuicios ocasionados y la supuesta falla médica. Dijo también que, las pólizas operan bajo la modalidad "Claims Made", por lo que para hacerse efectivas deben cumplir 2 requisitos: 1) que los hechos objeto de amparo concertado ocurran durante el periodo de retroactividad pactado; y 2) que la reclamación se formule por los terceros afectados y por primera vez a la aseguradora o al asegurado en vigencia de la póliza.

Resalto que la póliza No. 022083970/0 con vigencia del 30 de abril del 2017 al 29 de abril del 2018, no ofrece ninguna cobertura temporal para los hechos demandados al SES, toda vez que, no fueron reclamados durante su vigencia.

En cuanto a la notificación de la solicitud de conciliación extrajudicial presentada por los demandantes, señaló que estaba vigente el contrato de seguro con la póliza No. 021920481/0, pero no estaba vigente dicha póliza para la fecha de notificación de la existencia del proceso, el 19 de diciembre del 2017, término durante el cual se encontraba vigente la póliza No. 022083970/0 desde el 30 de abril del 2017 al 29 de abril del 2018, la cual tampoco ofrece cobertura temporal para los hechos que se reclaman.

En dicho escrito la aseguradora presento oposición a las pretensiones respecto al llamado en garantía, y como medios exceptivos propuso:

-. "*Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A. por la no realización del riesgo asegurado*", manifestó que, ante una eventual indemnización se debe sujetar a las condiciones dispuestas en las pólizas Nos. 021920481/0 y 022083970/0, las cuales, establecieron como riesgos asegurados, y objeto del seguro, la responsabilidad civil del profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico prestados durante la vigencia del mismo.

-. *"Falta de cobertura temporal de la póliza No. 022083970/0 con vigencia del 30 de abril del 2017 al 29 de abril del 2018, operada bajo la modalidad de Claims Made"*, es decir, que cubre los hechos bajo su vigencia, siempre y cuando se reclamen por primera vez durante ese periodo de tiempo, siendo que en este caso, el primer reclamo judicial no se realizó durante su vigencia, pues se efectuó el 12 de enero del 2017 cuando los demandantes radicaron la solicitud de conciliación extrajudicial, por lo cual no ofrece cubrimiento temporalmente.

-. "*Carácter meramente indemnizatorio de los contratos de seguro*", insistió en que no se encuentra demostrada la ocurrencia del hecho reclamado por los demandantes.

-. *"Límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado*", resaltó que la aseguradora no está obligada a pagar cifra que exceda el valor del asegurado y previamente pactado por las partes de conformidad con el artículo 1079 del Código del Comercio. En el caso para la póliza No. 021920482/0 el amparo es de 2.400.000.000; y para la póliza No. 022083979/0 es de la misma cifra, teniendo en cuenta que dichas cifras se reducen ante la indemnización pagada en otros procesos.

-. "*En cualquier caso se deberán tener en cuenta los deducibles pactados*", los cuales serán asumidos por el asegurado, y que equivalen al 10% del valor de la pérdida.

-. "Exclusiones pactadas en las pólizas de responsabilidad civil profesional y hospitales No. 021920482/0 y 022083979/0 expedidas por ALLIANZA SEGUROS S.A.", las cuales se refieren a las condiciones del respectivo contrato.

En cuanto a las pólizas de seguros con cláusulas "claims made" o "reclamación hecha" en los contratos se seguro, la Sección Cuarta del Consejo de Estado, señaló:

> *En torno a las cláusulas "claims made", la Sala Casación [Civil] de la Corte Suprema de Justicia ha establecido que las mismas fueron admitidas en el ordenamiento jurídico en aras de lograr un equilibrio entre las necesidades de cobertura para asegurados y una prima competitiva a través de los bajos costos para los tomadores, permitiendo pactar en el contrato de seguro, que la aseguradora únicamente pague la respectiva indemnización en los eventos en los que la reclamación es realizada durante la vigencia de la póliza.*
>
> *En este sentido, en sentencia del 18 de julio de 2017, expresó:*
>
> *(…) con independencia de los elementos requeridos para la configuración del siniestro – concebido en el precepto 1072 del estatuto mercantil como la realización del riesgo, lo cierto es que se consagró una formalidad adicional, a efectos de que la aseguradora quede obligada a su pago, itérese, la radicación de la reclamación dentro del espacio temporal de cobertura.*
>
> *Entonces, la ocurrencia de suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza, -de existir acuerdo contractual*[37]
>
> *Entonces, resulta evidente que en contrato de seguro suscrito entre el Hospital Universitario San José de Popayán y La Previsora S.A. el 2 de mayo de 2003, que estuvo vigente hasta el 1° de enero de 2004, se pactó la modalidad de la aseguradora regulada en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, en virtud de la cual el pago por parte de la aseguradora procede siempre y cuando se hubiese efectuado la reclamación respectiva dentro de la vigencia de la póliza (…), sin embargo, esto no fue acatado por parte de la autoridad judicial accionada, configurándose así el defecto*

[37] Cita del texto original: "*M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Expediente 76001-31-03-001-2001-00192-01*".

sustantivo por desconocimiento del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, como lo alego la entidad actora.

En sentencia del 28 de marzo del 2019 proferida por el Consejo de Estado – Sección Tercera -Subsección A, C.P. María Adriana Marín, se dijo:

"Conviene señalar que, en atención a lo previsto en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997[38], las cláusulas "claims made o reclamación hecha" constituyen una limitación temporal al cubrimiento de la póliza, toda vez que no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también resulta necesario que la reclamación por parte de la víctima se materialice durante la vigencia de aquella o, en su defecto, en el período adicional estipulado en el contrato de seguro, que, en todo caso, no puede ser inferior a dos años, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso."

Ahora bien, en el sub lite se debe aclarar que el apoderado de SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES – elevó la petición de llamamiento en garantía a la aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A. con respecto a las pólizas No. 021920481 con vigencia desde el 30 de abril del 2016 al 29 de abril del 2017, señalando que, la misma fue renovada mediante póliza No. 022083970 desde el 30 de abril de 2017 al 29 de abril del 2018, y no por una sola póliza como lo pretende hacer ver el apoderado de la llamada en garantía en el escrito de contestación de la demanda.

Así las cosas, se encuentra probado que ALLIANZ SEGUROS S.A. expidió la póliza de Responsabilidad Civil – Profesional Clínicas y Hospitales No. 021920481/0 del 29 de abril del 2016 cuya duración comenzo el 30 de abril del 2016 hasta el 29 de abril del 2017, señalándose en el mismo documento que es renovable a partir del 29 de abril del 2017, y en la cual se establece la cláusula "claims made", que se consignó así:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 02 DE 2007 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

[38] *A cuyo tenor: "en el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.*
"Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años".

Y como cláusula respecto al interés asegurado consagró:

> Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

En relación con la póliza No. 022083970/0 del 05 de agosto del 2017 se estableció una duración desde el 30 de abril del 2017 al 20 de abril del 2018, así como se repitió la cláusula "claims made" de la anterior, y con el mismo interés asegurado.

Con fundamento en lo descrito se tiene que, en providencia del 10 de junio del 2022 proferida por la Sección Tercera – Subsección B del Consejo de Estado, C.P. Fredy Ibarra Martínez, ha dicho:

"1) El Código de Comercio en el artículo 1127 preceptúa expresamente la obligación a cargo del asegurador "de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra (…)", tomando tal característica como elemento esencial del contrato de seguro.

2) Complementariamente, el artículo 1131 de Código de Comercio, modificado por la Ley 45 de 1990 dispone que en los casos de los seguros de responsabilidad se entiende ocurrido el siniestro en el momento que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, como se trascribe a continuación:

"ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial". (negrillas adicionales).

3) A su turno, la Ley 389 de 1997 en el artículo 4º prevé que en los contratos de seguros de responsabilidad la cobertura puede centrarse en las reclamaciones formuladas por el damnificado durante la vigencia.

La normatividad en comento es del siguiente tenor:

"ARTÍCULO 4o. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado

al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años.

PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional, por razones de interés general, podrá extender lo dispuesto en el presente artículo a otros ramos de seguros que así lo ameriten." (negrillas fuera del original).

4) Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en un análisis sobre un caso de responsabilidad profesional en la modalidad de reclamación recordó las motivaciones que llevaron al legislador colombiano a incluir dentro de las modalidades de contratos de seguros las denominadas "cláusulas claims made", como se trascribe a continuación:

"Con antelación a esta última reforma, el artículo 1131 del Código de Comercio era claro en señalar que, en materia de seguro de responsabilidad, el siniestro se entendía ocurrido en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado, quedando cubierto por la póliza vigente para dicho momento.

Sin embargo, a partir de la citada ley, se consagró la posibilidad de que, por un pacto expreso entre los contratantes, se límite temporalmente la cobertura, o incluso, ***se extienda a hechos anteriores a su vigencia****, siempre que ambos casos se cumplan con la exigencia de que la reclamación se haga dentro del lapso de vigencia de la convención*. (Negrilla ay subrayado del Despacho).

Se permitió, entonces, no sólo los seguros basados en la ocurrencia del daño (losses ocurrence), que constituyen la regla general en el derecho continental, sino también los que se fundamentan en la reclamación (claims made), caracterizados porque el amparo únicamente se activa si, durante la vigencia del seguro, se hace el reclamo, de suerte que cesa el deber indemnizatorio después de extinguido.
Esto no significa que el requerimiento sea requisito para que se configure el siniestro, como lo aduce la recurrente, sino que, por el acuerdo de las partes -prevalido de la legislación sobre la materia-, la aseguradora únicamente pagará aquellos cuya reclamación sea realizada en el decurso de la póliza, siempre y cuando se haya configurado la situación originadora de la responsabilidad cubierta.
En efecto, la adopción de las cláusulas «claims made» en nuestro ordenamiento, fue justificada de la siguiente manera en la «ponencia para segundo debate al proyecto de ley número 65 de 1995» surtido en el Senado de la República:

«6. Modernización de las normas para ciertas coberturas de riesgos. Se propone una nueva norma en el artículo 4º con el propósito de actualizar la legislación colombiana y acoger las nuevas tendencias del mercado mundial de reaseguros para la cobertura de los seguros de manejo y de responsabilidad civil.

Este artículo posibilita que las compañías cubran en este tipo de ramos hechos ocurridos antes del contrato, que produzcan pérdidas que se descubran o reclamaciones que se formulen en la vigencia de la póliza.

Igualmente, se permite precisar la cobertura de responsabilidad civil frente a reclamaciones tardías*. (Negrilla ay subrayado del Despacho).*

Con lo anterior, el sector asegurador colombiano podrá contar con un adecuado apoyo internacional de reaseguros para el otorgamiento de mejores coberturas a precios mucho más atractivos en favor de los asegurados, atendiendo necesidades sentidas en el país, tales como las coberturas en materia ambiental y de contaminación, en cuanto a la elaboración de productos defectuosos, en relación con actividades profesionales, etc.

Se contempla, por último, la posibilidad para que el gobierno nacional haga aplicable estas disposiciones a otros ramos que, de acuerdo con la evolución de los mercados, requieran este tratamiento específico» (…)

Y continúa,

"5) A partir de tales consideraciones legislativas, el contrato de seguro con relación en la modalidad de ocurrencia de siniestro mutó hacía dos tipos de aseguramiento, a saber:

"En la primera de ellas, la aseguradora se obliga a mantener indemne el patrimonio del asegurado frente a la responsabilidad originada en un «hecho externo» que le sea imputable, sin importar la época de su ocurrencia, siempre y cuando la víctima del evento dañoso formule la reclamación al asegurado, o al asegurador, durante la vigencia de la póliza (modalidad claims made) (…) En la segunda, la aseguradora asume la protección del patrimonio del asegurado frente a débitos relacionados con un «hecho externo» que le sea imputable, siempre y cuando (i) ese «hecho externo» sobrevenga en vigencia de la póliza, y (ii) la víctima del evento dañoso formule reclamación al asegurado, o al asegurador, dentro de un lapso convenido, contado partir de la expiración del término contractual, y que no puede ser inferior a dos años (modalidad de ocurrencia sunset)[39]." (resalta la Sala).

6) Tratándose entonces de las cláusulas "claims made" o de las pólizas en la modalidad "por reclamo", es claro que no es determinante el momento en el que se presente el hecho susceptible de indemnización en favor del asegurado, pues, precisamente otra característica natural de tal tipología de pólizas es que permite cubrimiento de eventos que hayan "sucedido antes de la entrada en vigencia de la póliza", con la limitante de que el reclamo deberá radicarse dentro de la vigencia del contrato[40].

---

[39] Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, sentencia de 3 de diciembre de 2019 (SC5217-2019) expediente con radicación no. 11001310301520080010201, MP Luis Alfonso Rico Puerta.

[40] Al respecto también pueden consultarse las sentencias de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil de: 3 de diciembre de 2019 SC5217-2019, expediente con radicación no. 11001310101520080010201 con ponencia del Dr. Luis Alfonso Rico Puerta; 12 de febrero de 2018 SC130-2018, expediente con radicación no. 11001310303120020113301 con ponencia del Dr. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, y 31 de julio de 2014 SC10048-2014, expediente con radicación no. 11001310301520080010201 con ponencia de la Dra. Ruth Marina Díaz Rueda.

En esa perspectiva, según la directriz fijada por la Corte Suprema de Justicia esta modalidad de contrato de seguro requiere para la configuración del siniestro no solo la generación del hecho constitutivo del siniestro sino, además, que es indispensable la reclamación de parte del perjudicado al asegurado o asegurador, lo cual por supuesto deberá ocurrir siempre dentro de la vigencia de la póliza.

En síntesis, la real diferencia entre los contratos de seguros en la modalidad de cláusulas "claims made" radica en que no solo se requiere la configuración del hecho constitutivo del siniestro, sino que, adicionalmente, es indispensable la reclamación, la cual puede darse extrajudicial o judicialmente, así como la posibilidad de cubrimiento de vigencia retroactiva a la suscripción del contrato de seguro, a través de la inclusión de las cláusulas de limitación de descubrimiento."

En este caso concreto, no solo se encuentra acreditado el hecho reclamado por los demandantes conforme a la parte motiva de esta providencia, sino que además resulta probado que la primera póliza de responsabilidad civil extracontractual No. 021920481 a favor de SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES-, que tuvo vigencia entre el 30 de abril del 2016 al 29 de abril del 2017, no solo da cuenta del vínculo contractual que existía y que amparaba los hechos ocurridos dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del 2 de agosto de 2007, sino que además se estableció la renovación de dicha póliza con la No. 022083970/0 del 05 de agosto del 2017 con vigencia del 30 de abril del 2017 al 20 de abril del 2018 la cual fue expedida en el mismo sentido, y siendo que en este asunto, los hechos ocurrieron el 01 de agosto del 2015, cuando falleció el hijo recién nacido de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, es necesario concluir conforme a la providencia citada del Tribunal Contencioso Administrativo que, dicho evento encuadra en tal cláusula cubierta por dichas pólizas, debido que en el contrato de seguro se dio cubrimiento de una vigencia retroactiva a la firma del contrato. Por tanto, no es determinante en esta clase de contratos con la cláusula "claims made" el momento de ocurrencia del hecho, sino la reclamación.

En cuanto a la reclamación se elevó el 12 de enero del 2017 cuando la parte demandante citó a SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES – a conciliación prejudicial ante la Procuraduría 181 Judicial I Para Asuntos Administrativos, a fin de agotar el requisito de procedibilidad para interponer la demanda, y la que se desarrolló el 1 de marzo del 2017 según consta a folios 38 y 39 del consecutivo 01 del expediente digital, por lo que, la reclamación extrajudicial se realizo durante la vigencia de la póliza No. 021920481 que comprendió el 30 de abril del 2016 al 29 de abril del 2017, siendo la reclamación dada en tiempo.

De otra parte, debe decirse que en la póliza No. 021920481, se estableció cono cláusula que la misma se renovaría a partir del 29 de abril del 2017, por lo que, la póliza No. 022083970 con vigencia del 30 de abril del 2017 al 29 de abril del 2018 fue simplemente la renovación de la póliza No. 021920481, lo que implicó, que incluso la demanda conforme al acta de reparto que reposa en el expediente en el folio 03 consecutivo 01 fue presentada dentro del término de vigencia de la póliza renovada, el 28 de julio del 2017.

De esta manera, se precisa que el artículo 4 de la ley 389 de 1997 permite expresamente que los damnificados incoen la reclamación al asegurado o aseguradora, sin que la actuación se restringa a la notificación del auto que admite el llamamiento en garantía con base en la póliza, como lo argumentó el apoderado de la asegurado; así como tampoco puede fijarse la fecha de radicación de la demanda como el momento en que se presenta la reclamación por primera vez, por lo que, la conciliación extrajudicial con su obligatoriedad, es la etapa en la cual los demandantes colocan en conocimiento la ocurrencia del siniestro y exigiendo la indemnización, lo cual constituye la reclamación que activa el amparo a cargo del asegurador, lo cual es acorde con el artículo 1131 del Código de Comercio que prescribe que en el seguro de responsabilidad del siniestro se configura desde la perspectiva de la víctima *"en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado*", y, para este último " *desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial".*

> ***1.*** *En esa línea se ha pronunciado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia:*
>
> *"(…) Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero,* ***si seha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa****, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual. (…)"*[41]*29 (Subraya y negrilla fuera del texto original)*

En conclusión, aunque el llamamiento en garantía fue efectuado y notificado a la aseguradora con posterioridad al periodo en vigencia de la póliza, los requisitos de ocurrencia del suceso perjudicial y realización oportuna de la reclamación se cumplieron en debida forma.

Por tanto, se declaran no prosperas las excepciones de *"Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A. por la no realización del riesgo asegurado*", "*Falta de cobertura temporal de la póliza No. 022083970/0 con vigencia del 30 de abril del 2017 al 29 de abril del 2018, operada bajo la modalidad de Claims Made*", *"Carácter meramente indemnizatorio de los contratos de seguro", "Límites máximos de responsabilidad, condiciones del*

[41] CSJ, Cas. Civil, Sent. jul. 18/2017, Rad. 76001-31-03-001-2001-00192-01 (SC10300-2017). M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

seguro y disponibilidad del valor asegurado", y "Exclusiones pactadas en las pólizas de responsabilidad civil profesional y hospitales No. 021920482/0 y 022083979/0 expedidas por ALLIANZ SEGUROS S.A." propuesta por ALLIANZ SEGUROS S.A.

Se declarará prospera la excepción de *"En cualquier caso se deberán tener en cuenta los deducibles pactados"*, propuesta por ALLIANZ SEGUROS S.A.

Por lo expuesto, se ordenará a ALLIANZ SEGUROS S.A. que reembolse el valor de la condena impuesta a SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES – HOSPITAL DE CALDAS, de conformidad con el deducible pactado (10% del monto de la condena que no podrá ser inferior a $ 4.000.000).

4.6. PAGO DE PERJUICIOS

Esta Juzgadora advierte que la parte actora en el escrito de demanda, alegó que la condena al pago de la indemnización debía ser solidaria entre la persona jurídica SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES – y los particulares demandados, esto es, el señor LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES y la señora MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO.

En cuanto a la solidaridad demandada por el demandante, si bien el artículo 2344 del Código Civil habla de una condena solidaria entre las personas demandadas que traban la litis, vale la pena precisar que, el referido artículo dispone que dos o más personas sean solidariamente responsables de todo perjuicio procedente de la misma culpa, entonces, por efecto de esa fuente de solidaridad de origen legal la víctima queda facultada para hacer exigible la obligación indemnizatoria a cualquiera de los sujetos que participaron en la producción del daño siempre y cuando la culpa fuese la misma.

No obstante, lo anterior, en este caso se presentó una confluencia de culpas en la producción del daño, si se tiene en cuenta que SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES – asumió la responsabilidad como prestador de servicios con el ingreso de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA, quien al momento del parto fue atendida por personal médica y sanitario que ocasionaron una falla en el servicio que trajo como consecuencia el fallecimiento del hijo de la citada, además de presentarse una conducta omisiva por parte del médico LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES, quien si bien acertó con la formulación del procedimiento de inducción al parto con la aplicación de oxitocina a la materna, no verificó ni constató el suministro del mismo, como quedo claro con las consideraciones esgrimidas en esta providencia, situación que se manifestó durante el turno que le había sido asignado, idéntica omisión fue la cometida por la médica MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO, quien prosiguió con la aplicación de la oxitocina en cantidades elevadas sin percatarse que según la historia clínica previamente no se aplicó el medicamento mencionado a la materna, lo que ocurrió cuando a dicha galena le correspondió el turno.

En definitiva, no le asiste razón al extremo activo de la litis, pues no puede predicarse solidaridad en el pago, en la medida que el daño es atribuible a varias culpas separables entre sí, por lo que no puede predicarse solidaridad en el pago de la indemnización en los términos del artículo mencionado, sino que cada uno de los demandados deberá responde en proporción a su grado de participación, teniendo en cuenta que el pago de la condena es la indemnización y constituye una obligación divisible.

Por lo tanto, esta Juzgadora, luego de determinar la influencia causal en la ocurrencia del daño, estableció que la condena debe ser pagada por SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES - en un 50%, y el del señor LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES en un 30% de acuerdo al grado de participación y de la señora MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO, en un 20%.

4.7. DECISIÓN

1.- **DECLARAR** la responsabilidad administrativa y patrimonial de SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD - SES – HOSPITAL DE CALDAS, y del señor LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES y la señora MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO, por falla en la prestación del servicio de salud a la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA que ocasionó la muerte del recién nacido, y en consecuencia **DECLARAR NO PROSPERAS LAS EXCEPCIONES** de “Ausencia de nexo causal” y “Fuerza mayo y caso fortuito” elevadas por el apoderado de Servicios Especiales de Salud – SES -; así como los medios exceptivos propuestos por la seguradora ALLIANZ SEGUROS S.A., como son: “Inexistencia de falla médica y consecuentemente de responsabilidad, debido a la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidadosa de Servicios Especiales de Salud – SES – Hospital de Caldas”, “Las obligaciones médicas, incluso las derivadas de la especialidad Gineco-obstetra, son de medio y no de resultado”, e “Inexistencia de nexo causal entre el aparente hecho dañoso y los supuestos perjuicios alegados por la parte actora”; al igual que las formuladas por la apoderada de médico Luis Edilberto Herrera Morales, las cuales son: “Inexistencia del dolo o culpa grave”, e “Inexistencia de culpa médica y correcto ejercicio de la lex artis ad hoc por parte del dr. Luis Edilberto Herrera Morales”, “Inexistencia de nexo causal”. También las excepciones señaladas por la apoderada de la médica Martha Patricia Torres Polanco, formuladas así: “Sujeción al cumplimiento de protocolos”, “Cumplimiento de la lex artis”, “Ausencia de Culpa”, “Inexistencia de nexo causalidad”, e “Inimputabilidad del daño”.

En cuanto a los perjuicios morales se reconocerá a cada uno de los demandantes será el siguiente monto:

NIVEL	DEMANDANTE	SMLMV (100%)
Nivel 1	MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA	100 SMLMV

Nivel 1	MARÍA AMANDA GARCÍA CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO	50 SMLMV 50 SMLMV

Se declarará prospera la excepción de “La tasación del daño moral solicitado por la parte actora es excesiva” propuesta por la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. con relación a los perjuicios reconocidos a favor de los señores MARÍA AMANDA HURTADO GARCÍA y CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO. Y se negaran las pretensiones indemnizatorias solicitadas por los señores WALTER ARISTIZABAL PENAGOS, LUZ ELENA PENAGOS CALLE, y LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS y JHON JAIME HURTADO GARCÍA; y de “No puede efectuarse el reconocimiento de suma alguna a título de “Alteración a las condiciones de existencia”, de “Afectación a los derechos constitucional y convencionalmente reconocidos”, y “En cualquier caso se deberán tener en cuenta los deducibles pactados”, propuestas por la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.

Se declaran no prosperas las excepciones de “Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A. por la no realización del riesgo asegurado”, “Falta de cobertura temporal de la póliza No. 022083970/0 con vigencia del 30 de abril del 2017 al 29 de abril del 2018, operada bajo la modalidad de Claims Made”, “Carácter meramente indemnizatorio de los contratos de seguro”, “Límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado”, y “Exclusiones pactadas en las pólizas de responsabilidad civil profesional y hospitales No. 021920482/0 y 022083979/0 expedidas por ALLIANZ SEGUROS S.A.”. propuesta por ALLIANZ SEGUROS S.A.

Se ordenará a ALLIANZ SEGUROS S.A. que reembolse el valor de la condena impuesta a SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES – HOSPITAL DE CALDAS, de conformidad con el deducible pactado (10% del monto de la condena que no podrá ser inferior a $ 4.000.000).

4.8. COSTAS

Teniendo en cuenta que solo prosperaron parcialmente las pretensiones de la demanda de conformidad con el numeral 5 del artículo 365 del Código General del Proceso, el Juzgado se abstendrá de condenar en costas a la parte demandada.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Octavo Administrativo del Circuito de Manizales, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO. - DECLARAR NO PROSPERAS las excepciones de "*Ausencia de nexo causal" y "Fuerza mayor y caso fortuito"* elevadas por el apoderado de **SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES** -; así como los medios exceptivos propuestos por la seguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A**., como son: *"Inexistencia de falla médica y consecuentemente de responsabilidad, debido a la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidadosa de Servicios Especiales de Salud – SES – Hospital de Caldas"*, *"Las obligaciones médicas, incluso las derivadas de la especialidad Gineco-obstetra, son de medio y no de resultado*", e *"Inexistencia de nexo causal entre el aparente hecho dañoso y los supuestos perjuicios alegados por la parte actora", "Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A. por la no realización del riesgo asegurado", "Falta de cobertura temporal de la póliza No. 022083970/0 con vigencia del 30 de abril del 2017 al 29 de abril del 2018, operada bajo la modalidad de Claims Made", "Carácter meramente indemnizatorio de los contratos de seguro", "Límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado*", y *"Exclusiones pactadas en las pólizas de responsabilidad civil profesional y hospitales No. 021920482/0 y 022083979/0 expedidas por ALLIANZ SEGUROS S.A."*; al igual que las formuladas por la apoderada de médico **LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES**, las cuales son: *"Inexistencia del dolo o culpa grave", e "Inexistencia de culpa médica y correcto ejercicio de la lex artis ad hoc por parte del dr. Luis Edilberto Herrera Morales",* e *"Inexistencia de nexo causal*". También las excepciones señaladas por la apoderada de la médica **MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO**, formuladas así: *"Sujeción al cumplimiento de protocolos", "Cumplimiento de la lex artis", "Ausencia de Culpa", "Inexistencia de nexo causalidad",* e *"Inimputabilidad del daño";* por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO. – DECLARAR PROSPERAS LAS EXCEPCIONES DE *"**La tasación del daño moral solicitado por la parte actora es excesiva"* propuesta por la llamada en garantía **ALLIANZ SEGUROS S.A.** con relación a los perjuicios reconocidos a favor de los señores MARÍA AMANDA HURTADO GARCÍA y CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO, "*No puede efectuarse el reconocimiento de suma alguna a título de "Alteración a las condiciones de existencia*", de *"Afectación a los derechos constitucional y convencionalmente reconocidos"*, y "*En cualquier caso se deberán tener en cuenta los deducibles pactados"*, propuestas por la llamada en garantía **ALLIANZ SEGUROS S.A.,** y el medio exceptivo de *"Advertencia de los riesgos a la paciente y firma del consentimiento informado*" propuesta por **SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES**, por lo señalado en los considerandos.

TERCERO. - DECLARAR la responsabilidad administrativa y patrimonial de **SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD - SES –**, y del señor **LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES** y la señora **MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO**, por falla en la prestación del servicio de salud de la señora **MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA** que ocasionó la muerte del feto, por los motivos señalados en la parte motiva de esta providencia.

CUARTO. - Como consecuencia de la anterior declaración, **CONDENAR** a **SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES –** al pago de los perjuicios reconocidos en esta providencia en un 50%, y al señor **LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES** en un 30%, y a la señora **MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO**, en un 20%.

Por concepto de perjuicios morales:

NIVEL	DEMANDANTE	SMLMV (100%)
Nivel 1	MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA	100 SMLMV
Nivel 1	MARÍA AMANDA GARCÍA CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO	50 SMLMV 50 SMLMV

NEGAR las pretensiones indemnizatorias solicitadas por los señores WALTER ARISTIZABAL PENAGOS, LUZ ELENA PENAGOS CALLE, LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS y JHON JAIME HURTADO GARCÍA, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

QUINTO. - NEGAR las demás pretensiones de la demanda, por los motivos expuestos en la parte considerativa.

SEXTO. - A la sentencia se le dará cumplimiento en los términos previstos en el artículo 192 del CPACA.

SÉPTIMO. – NEGAR la condena en costas por lo expuesto en parte considerativa de esta providencia.

OCTAVO. - Notifíquese conforme lo dispone el artículo 203 del CPACA.

NOVENO. - En firme la sentencia, archívese el expediente previa anotación en el aplicativo “SAMAI”. Desde ahora se ordena la expedición de las copias que soliciten las partes, conforme a lo previsto en el artículo 114 del Código General del Proceso. La Secretaría liquidará los gastos del proceso; si quedaren remanentes efectúese su devolución.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Por:

Liliana Del Rocio Ojeda Insuasty

Juez Circuito

Juzgado Administrativo

008

Manizales - Caldas

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **031622b8efbb67c7e9ec825e65444566a4683ae7e169754ac0be965c9b57e250**

Documento generado en 06/06/2024 03:08:17 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica