



JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA

Florencia – Caquetá, veintidós (22) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

SENTENCIA

MEDIO DE CONTROL : REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE : IVÁN ANDRÉS FERNÁNDEZ PECHENÉ Y OTROS
DEMANDADO : ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA Y OTROS
RADICACIÓN : **18-001-33-33-003-2017-00810-00**

I. ASUNTO

Agostadas las etapas procesales correspondientes a la primera instancia y no observando causal de nulidad que invalide lo actuado, procede el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Florencia a dictar sentencia que en derecho corresponda, dentro del medio de control de Reparación Directa, promovido por IVÁN ANDRÉS FERNÁNDEZ PECHENÉ, DAHYANIFER ANDREA FERNÁNDEZ CHILITO, YESICA PAOLA AVILÉS CHILITO Y DANIEL ALEJANDRO CHILITO GÓMEZ, en contra de la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA y la CLÍNICA MEDILASER DE FLORENCIA.

II. POSICIÓN DE LA PARTE ACTORA¹

2.1. Hechos

Los hechos narrados en la demanda y con incidencia jurídica se resumen de la siguiente manera:

Que el señor Iván Andrés Fernández convivía con la señora Jeniffer Andrea Chilito Gómez, en la municipalidad de San Vicente del Caguán – Caquetá, iniciando la gestación de la menor Dahyanifer Andrea Fernández Chilito, y control prenatal en la ESE Hospital San Rafael, para el día 23 de febrero de 2015 contando ya con 15 semanas de gestación, es remitida para valoración y manejo especializados a un centro asistencial de II nivel de Florencia, por presentar HEPATITIS B y por tener un embarazo de alto riesgo.

El 05 de agosto de 2015, la señora Jeniffer Andrea Chilito Gómez con 37 semanas de embarazo, ingresa al servicio de urgencias del HMI por presentar dolores bajitos y luego de verificar su estado, se da salida el 11 de agosto de 2015, el 18 de agosto siguiente reingresa con 39 semanas de gestación y se le realizan exámenes ordenando su salida, el 19 reingresa y en horas de la noche se traslada a sala de partos e inicia trabajo de inducción, suministrando misoprostol, medicamento al cual resultó ser inmune.

El 20 de agosto de 2015, luego de 12 horas de trabajo de parto, se decide prepararla para cesárea, pero por no contar con el tratamiento para el manejo de su enfermedad,

¹ Páginas 172 a 198 del archivo pdf 01CuadernoPrincipial del expediente del OneDrive

se decide remitirla a la Clínica Medilaser, en donde al llegar se procede a dar traslado a sala de partos y se solicita inducción del trabajo de parto.

El 21 de agosto de 2015, nace la menor Dahyanifer Andrea Fernández Chilito y fallece la señora Jeniffer Andrea Chilito Gómez; la menor al nacer presentó paro cardiaco y asfixia severa, situación que afectó su crecimiento y normal desarrollo.

Indica que la actuación del HMI no fue diligente por la demora de más de 12 horas de inducción del parto, y por no haber previsto que no contaban con los elementos necesarios para realizar una cesárea, demorando el traslado y la atención médica.

2.2. Pretensiones

Pretende la parte actora que se declare administrativa y extracontractualmente responsable a la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA y la CLÍNICA MEDILASER DE FLORENCIA, de los perjuicios morales, materiales y a la vida de relación o grave alteración de las condiciones de existencia irrogados a los demandantes por la muerte de la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ en hechos ocurridos el 21 de agosto de 2015, como consecuencia de la responsabilidad médica en la tardía atención del parto, lo que produjo una hemorragia.

Como consecuencia de lo anterior, se condene a las entidades accionadas a reconocer y pagar a favor de los demandantes las siguientes sumas de dinero y por los conceptos que se describen a continuación:

DEMANDANTE	CALIDAD	PERJUICIOS INMATERIALES		PERJUICIOS MATERIALES
		DAÑO MORAL	DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN	LUCRO CESANTE
IVÁN ANDRÉS FERNÁNDEZ PECHENÉ	Cónyuge	150 SMLMV	150 SMLMV	\$475.384.834
DAHIANIFER ANDREA FERNÁNDEZ CHILITO	Hija	150 SMLMV	150 SMLMV	
DANIEL ALEJANDRO CHILITO GÓMEZ	Hijo	150 SMLMV	150 SMLMV	
YESICA PAOLA AVILÉS CHILITO	Hermana	150 SMLMV	150 SMLMV	

Solicita que las anteriores sumas de dinero, se deberán actualizar conforme al IPC, aplicando lo regulado en los artículos 176 y 177 del CCA. Y condena en Costas a las entidades accionadas.

III. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

3.1. ESE Hospital María Inmaculada de Florencia²

Frente a las relaciones de consanguinidad entre la víctima y los demandantes, indica que no le consta por lo que deberá probarse en el proceso.

² Páginas 252 a 263 del archivo pdf 01CuadernoPrincipaal del expediente del OneDrive

Indica como cierta la remisión de la señora Jeniffer Andrea Chilito Gómez desde el municipio de San Vicente del Caguán a Florencia para control de ginecología por embarazo de alto riesgo al encontrarse positiva para hepatitis B como portadora del virus, con posibilidad de transmitir al bebé después del nacimiento.

Refiere que no es cierto que la señora Jeniffer Andrea Chilito Gómez haya ingresado el 5 de agosto de 2015 a urgencias por presentar contracciones y haya sido hospitalizada hasta el 11 de agosto, como quiera que ese mismo día se le dio de alta por encontrarse bien ella y la bebé, luego ingresó nuevamente el 11 de agosto por consulta externa y no es hospitalizada.

Indica que es cierto que la paciente ingresa el 18 de agosto por dolores, pero no se encontraba en trabajo de parto; frente a la remisión no estaba indicado porque el riesgo con la paciente era de transmisión del virus al bebé, se requería la cesárea y el HMI si está capacitado.

Indica como cierto que el 19 de agosto de 2015 ingresa nuevamente la señora Jeniffer Andrea Chilito Gómez por encontrarse en un periodo de fase latente del trabajo de parto, se establece que el bebé está bien y se le practican nuevamente exámenes en confirmando la hepatitis B.

Refiere que no es cierto que se haya suministrado misoprostol como quiera que, si bien en la historia clínica se hizo la anotación, destaca que en la evolución posterior se estableció que la orden no fue cumplida y que se dispuso suspender la inducción con misoprostol; a su vez, que no es cierto que la paciente estuviera en trabajo de parto desde que estaba en el HMI puesto que allí estaba en fase latente o de preparto.

Tampoco indica como cierto que en el HMI no se contara con medicamento para profilaxis para el manejo de su enfermedad como quiera que esto se le realizaría al bebé, y por eso fue que se dispuso la remisión.

Es cierto que la señora Jeniffer Andrea Chilito Gómez fallece el 21 de agosto de 2015 en la Clínica Medilaser, por un choque hipovolémico secundario a ruptura uterina, aspecto que no guarda relación con la atención brindada por el HMI.

3.2. Clínica Medilaser S.A.³

Acepta como ciertos los vínculos de consanguinidad, pero no frente a la demandante Yesica Paola Avilés Chilito y la unión marital de hecho con el señor Iván Andrés Fernández Pechené.

No le consta lo relacionado a la atención recibida en San Vicente del Caguán ni en el Hospital María Inmaculada, por tratarse de IPS diferentes a la representada, y tampoco encuentra respaldo probatorio sobre dichas afirmaciones.

Con relación al estado de salud de la menor, indica que nació deprimida por lo que recibió atención oportuna ante las complicaciones presentadas; no hay evidencia del contagio de hepatitis B.

3.3. Llamado en garantía Axa Colpatría⁴

³ Páginas 2 a 16 del archivo pdf 03CuadernoPrincipa02 del expediente del OneDrive

⁴ Archivo pdf 23ContestaciónDemandaYLLlamamiento del expediente de OneDrive

Refiere que no le constan los hechos de la demanda por ser ajenos a ella y que se atiene a lo que se pruebe en el proceso, así mismo, se opone a todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

3.4. Llamado en garantía Allianz Seguros⁵

Refiere que no le constan los hechos por ser ajenos a ella y que en todo caso corresponde a la parte actora acreditar su dicho con las pruebas que resulten pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

En cuanto a la existencia de unión marital de hecho entre JENNIFER ANDREA CHILITO (Q.E.P.D.) y el señor IVÁN ANDRÉS FERNÁNDEZ indica que no existe prueba que lo respalde por lo que se deben desestimar las pretensiones relacionadas con este aspecto; con relación a la señora YESICA PAOLA AVILÉS CHILITO, no se acreditó el parentesco por medio del cual actúa, razón por la cual también se deben desestimar las pretensiones que le relacionen.

Con relación a la solicitud de reconocimiento de lucro cesante, indica que no se demostró actividad laboral ni ingresos económicos de la fallecida, así como tampoco la dependencia económica de los demandantes sobre ella.

No le consta lo relacionado a las atenciones brindadas a la señora JENNIFER ANDREA CHILITO (Q.E.P.D.), tanto en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL como en la Clínica Medilaser, a donde fue remitida por el Hospital María Inmaculada, por tratarse de un centro de salud de mayor nivel.

De acuerdo con la historia clínica aportada, refiere que, al ser remitida al Hospital María Inmaculada, fue atendida por un profesional que le solicitó la práctica de exámenes en donde se le diagnosticó Hepatitis B (como portadora y no como infectada) y se consideró que su embarazo era de alto riesgo, por lo que se le recomendó que el parto debía ser atendido por una clínica del II o III nivel para la inmunización del nasciturus.

Manifiesta que el Hospital María Inmaculada prestó un diagnóstico y tratamiento adecuado a la señora JENNIFER ANDREA CHILITO (Q.E.P.D), pues se practicaron los exámenes clínicos, se advirtió del riesgo del embarazo y de la transmisión, así como de los cuidados al momento del parto; a su vez que, la causa de la muerte fue choque hipovolémico asociado a ruptura uterina, que nada tiene que ver con la Hepatitis B.

No es cierto que la señora JENNIFER ANDREA CHILITO (Q.E.P.D) haya ingresado a urgencias el día 05 de agosto de 2015 y haya salido hasta el día 11 de agosto de 2015, puesto que en la primera fecha ingresó por dolores bajitos y ese mismo día fue dada de alta luego de examinarla y darle recomendaciones; luego, volvió el 11 de agosto para que le fueran explicados los hallazgos de los exámenes y se le dio salida.

El 18 de agosto de 2015 le fueron practicados otros exámenes diagnósticos para determinar su estado de salud y el del nasciturus, de los cuales se concluyó que el bebé estaba en perfecto estado de salud, al igual que la madre, por lo que se le recomendó a la señora caminar y se le explicaron las señales de alarma por las cuales debía volver.

⁵ Archivo pdf 25ContestacionDemandaYLLlamamientoAllianz del expediente de OneDrive

Atendiendo los síntomas de alarma, la señora JENNIFER ANDREA CHILITO (Q.E.P.D) volvió el 19 de agosto de 2015, pero para ese momento el bebé se encontraba en buenas condiciones de salud tal como consta en los exámenes diagnósticos; por orden médica le fue practicado un nuevo examen de hepatitis B que arrojó positivo y en primer momento fue ordenada la inducción del parto con misoprostol pero nunca fue suministrado.

Durante la estancia en el Hospital María Inmaculada, la señora JENNIFER ANDREA CHILITO (Q.E.P.D) no estuvo 12 horas en trabajo de parto y con relación a la profilaxis para el nasciturus, se tiene que el HMI no contaba con medicamentos para dicho tratamiento por lo que de manera diligente fue remitida a la Clínica Medilaser por ser de mayor nivel, en donde se podía practicar la cesárea e inmediatamente practicar las medidas profilácticas al recién nacido para evitar su contagio.

El día 20 de agosto de 2015, se dio la remisión en ambulancia del Hospital María Inmaculada a la Clínica Medilaser.

El 22 de agosto de 2015 la señora JENNIFER ANDREA CHILITO (Q.E.P.D) falleció en las instalaciones de la Clínica Medilaser, con ocasión a un choque hipovolémico asociado a ruptura uterina, cuestión que no tiene relación con el diagnóstico de Hepatitis B, ni con los tratamientos y atenciones brindadas por el Hospital María Inmaculada.

IV. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

4.1. Parte actora⁶

El apoderado se ratifica en cada uno de los fundamentos fácticos y en cada una de las pretensiones del líbello introductorio, tanto en las principales, como en las subsidiarias, así mismo, indicó, que la imputación del daño es atribuible a las partes demandadas en cuanto a la responsabilidad extracontractual por falla en el servicio médico, se produjo por la conducta omisiva de las mismas, consistente en no otorgar un adecuado manejo en su etapa de gestación a la señora JENNIFER ANDREA, por dicha omisión le ocasionó la muerte a la misma y los problemas de salud al infante, aunado a la falla del servicio por prestación tardía del servicio de salud.

En igual sentido, refirió que si bien es cierto que la atención medica brindada fue oportuna en su momento; no puede decirse que lo fue en la Remisión del paciente a un centro médico de mayor nivel de complejidad, conclusión que se desprende de las historias clínicas aportadas y de los dictámenes médicos allegados.

4.2. Hospital María Inmaculada de Florencia⁷

Adujo que, en tratándose de falla del servicio en la prestación del servicio médico se deben acreditar todos los elementos para su configuración, lo que no ocurrió en este caso, pues no se logró acreditar en lo que respecta a la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada, una imputación del daño y por el contrario, a partir de la revisión de la Historia Clínica de la paciente, se evidencia, que las actuaciones realizadas por los galenos fueron acordes y oportunas a su estado de salud, por lo tanto, no se configura el nexo causal entre el daño y la imputación que se está haciendo y por ello, no hay lugar a que se declare que la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada es

⁶ Samai índice 64 documento 12

⁷ Samai índice 63 documento 10

administrativa o extracontractualmente responsable por los perjuicios morales, materiales y a la vida de relación o grave alteración de las condiciones de existencia que hubieren podido sufrir los demandantes a causa del fallecimiento de la señora Jennifer Andrea Chilito Gómez.

4.3. Clínica Medilaser S.A.⁸

Indicó que, no se puede atribuir en un plano fáctico las imputaciones endilgadas y la clínica demandada, consistente en que, de la revisión de los elementos probatorios, a la paciente, se le brindó atención médica en cada oportunidad, de acuerdo con los protocolos y guías de manejo para los diagnósticos y motivos de consulta que tuvo. Sumado a ello, se probó dentro del plenario que las imputaciones que pretendía manifestar el costado activo, en lo atinente que se llevó un manejo inadecuado de su proceso de parto, contando con que la usuaria presentaba factores de riesgo, no quedó acreditado, conforme a las pruebas traídas a colación, es decir no hubo una indebida valoración médica.

Por último, de los elementos de prueba es necesario resaltar que la paciente presentó un estado de choque hipovolémico de difícil pronóstico, pero lo más importante es que fue imprevisible al seguimiento pos parto que tuvo la usuaria, situación que se probaron con los elementos de prueba como atípicas a la conducta esperada en una paciente sin factores de riesgo, con un parto vaginal sin complicaciones, con signos y síntomas dentro de los parámetros normales durante las primeras dos horas.

Concluye entonces, en que las manifestaciones e imputaciones del actor, no trascendieron de ello, es decir, de simples manifestaciones; habida cuenta que, no las logró acreditar probatoriamente, máxime que no controvertió las pruebas debidamente decretadas y allegadas al expediente.

4.4. Llamada en garantía Axa Colpatria Seguros S.A.⁹

Solicitó negar las pretensiones de la demanda, considerando que la parte demandante no cumplió con su carga probatoria respecto de la imputación que pretendió endilgar en cabeza de la Clínica demandada, siendo insuficiente la fundamentación fáctica al dejarla desprovista de cualquier soporte, evidencia o comprobación, máxime que según la pericia aportada la causa de la muerte de la paciente fue consecuencia de un choque hipovolémico asociado a la ruptura uterina, siendo ésta una complicación intraparto poco común, que se asocia a un severo riesgo de mortalidad materna y fetal que, en la opinión experta de la Señora perito y de las declaraciones de los testigos técnicos, no está asociado a una mala práctica médica, sino a factores inherentes a la paciente que se traducen en la ruptura uterina espontánea.

4.5. Llamada en garantía Allianz Seguros S.A.¹⁰

Indicó que, con el acervo probatorio recaudado se logró acreditar con suficiencia la ausencia de responsabilidad de la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA en la atención brindada a la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, por cuanto dicho centro hospitalario actuó con el más alto estándar de diligencia y cuidado en su atención, previendo un posible contagio por hepatitis b del bebé próximo a nacer, por lo que

⁸ Samai índice 67 documento 19

⁹ Samai índice 65 documento 14

¹⁰ Samai índice 66 documento 16

oportunamente ordenó la remisión de la paciente a un hospital de mayor nivel de complejidad que contara con la respectiva vacuna. Igualmente, tampoco se logró acreditar el nexo de causalidad entre el fallecimiento de la señora JENNIFER ANDREA CHILITO GÓMEZ y la actuación médica desplegada por la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA, toda vez que se probó durante el proceso que la paciente falleció por una ruptura uterina como consecuencia del parto, el cual tuvo lugar en la CLÍNICA MEDILASER, sin que ello tuviera relación causal alguna con el posible contagio de hepatitis b y/o la atención del parto que efectuara el personal médico de la Empresa Social del Estado.

4.6. El Agente del Ministerio Público

No emitió escrito de alegaciones finales.

V. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

5.1. Competencia

Es competente este Despacho judicial en cuanto a la jurisdicción Artículo 104 Numeral. 1 CPACA, por factor funcional de los jueces administrativos en primera instancia Artículo 155 Numeral 6 CPACA en virtud de que la mayor de las pretensiones no excede los 1000 SMMLV, y por razón del territorio (Artículo 156 Numeral 6 CPACA), teniendo en cuenta que el lugar de ocurrencia de los hechos fue en zona urbana del municipio de Florencia - Caquetá.

5.2. Problema jurídico

De conformidad con la fijación del litigio formulado en la audiencia inicial, la Litis se centra en determinar si ¿las entidades demandadas son administrativa y extracontractualmente responsables por la muerte de la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, como consecuencia de la indebida atención médico asistencial en el trabajo de parto que le fuere brindada en la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia y la Clínica Medilaser de Florencia? y en caso afirmativo, si ¿los demandantes tienen derecho a la indemnización de perjuicios que reclaman?

Precisa el Despacho que para resolver los problemas jurídicos planteados estudiará: i) los elementos esenciales configurativos de la responsabilidad estatal a la luz del artículo 90 de la Constitución Política y su alcance según la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, para posteriormente ii) verificar en el caso concreto si hay lugar o no a conceder las pretensiones de la demanda.

5.3. De la responsabilidad del Estado

La institución de la responsabilidad del Estado en Colombia encuentra su fundamento en el artículo 90 de nuestra Constitución Política que a su tenor reza: ***“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 evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra este”***; del contenido de la precitada norma Constitucional, se desprenden los tres elementos que configuran la responsabilidad Estatal siendo estos, el daño antijurídico, la imputación de este a la entidad pública demandada y el nexo de causalidad.

5.4. Régimen jurídico aplicable a la responsabilidad del Estado por fallas en la prestación del servicio médico

El Consejo de Estado en varias oportunidades, ha señalado que: *“la falla médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo.*

Todas estas actuaciones integran el “acto médico complejo”, que la doctrina, acogida por el Tribunal Supremo de lo Contencioso Administrativo¹¹ clasifica en: (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad, y (iii) los actos extramédicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y manutención del paciente¹², clasificación que tuvo relevancia en épocas pasadas para efectos de establecer frente a los casos concretos el régimen de responsabilidad aplicable y las cargas probatorias de las partes¹³”.

Ahora bien, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha considerado que, por regla general, el título de imputación aplicable en asuntos médico–sanitarios es el de la falla probada del servicio. Como consecuencia, le corresponde a la parte demandante demostrar el desconocimiento de la *lex artis* aplicable al caso concreto, en otros términos, la desatención a las obligaciones que emanan del conocimiento científico¹⁴:

“Este aspecto que no ha sido pacífico en la jurisprudencia, comoquiera que paralelamente a la postura que en una época propendió por cimentar la responsabilidad estatal en estos casos sobre la falla presunta del servicio, ha tenido acogida, igualmente, la posición –por lo demás prolijada por la Sala en sus más recientes fallos– de acuerdo con la cual el título jurídico de imputación a tener en cuenta en los supuestos en comento es el de la falla del servicio probada.

Así pues, de la aceptación –durante un significativo período de tiempo– de la aplicabilidad de la tesis de la falla del servicio presunta a este tipo de casos por entender más beneficioso para la Administración de Justicia que en lugar de someter al paciente a la demostración de las fallas en los servicios y técnicas científicas prestadas por especialistas, se impusiese a éstos –por encontrarse en las mejores condiciones de conocimiento técnico y real de cuanto hubiere ocurrido– la carga de atender los cuestionamientos que contra sus procedimientos se formulan por los accionantes¹⁵, posteriormente se pasó al entendimiento de acuerdo con

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 28 de septiembre de 2000, exp: 11.405, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

¹² BUERES, Alberto. La responsabilidad civil de los médicos. Ed. Hammurabi, 1ª reimpresión de la 2ª edición, Buenos Aires, 1994, p. 424, 425.

¹³ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION B Consejero ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO Bogotá, D.C., tres (3) de octubre de dos mil dieciséis (2016) Radicación número: 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057)

¹⁴ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN A, Consejera ponente: MARÍA ADRIANA MARÍN, Bogotá D.C., treinta (30) de julio de dos mil veintiuno (2021), Radicación número: 20001-23-31-000-2012-00254-01(51215)

¹⁵ Cita del original. *“Especialmente a partir de la unificación de criterios en torno al tema, la cual tuvo lugar con la sentencia de 30 de julio de 1992, con ponencia del Magistrado Daniel Suárez Hernández, referida, junto con toda la evolución hasta entonces evidenciada en relación con este tipo de asuntos, en:*

el cual el planteamiento en mención condujo a que en todos los litigios originados en los daños causados con ocasión de la prestación del servicio médico asistencial se exigiese, a las entidades públicas demandadas, la prueba de que dicho servicio hubiere sido prestado debidamente, para posibilitarles la exoneración de responsabilidad, cuando en realidad

“... no todos los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente tienen implicaciones técnicas o científicas. Habrá que valorar, en cada caso, si estas se encuentran presentes o no. Así, habrá situaciones en las que, sin duda, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva. Allí está, precisamente, la explicación del dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla del servicio presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio”¹⁶.

Con fundamento en dicha consideración, se determinó que la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial corre por cuenta de la parte demandante”^{17 18}.

5.5. Caso Concreto

Invoca la parte actora el régimen general de responsabilidad, para deprecar el resarcimiento de los perjuicios a los demandantes como consecuencia de la muerte de la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, mientras se encontraba en trabajo de parto iniciado en el Hospital María Inmaculada de Florencia y posteriormente terminado en la Clínica Medilaser de Florencia.

En forma correcta, hace mención que el presente asunto debe estudiarse bajo el título de imputación de la falla del servicio en la atención médica, incurrida por las demandadas, pues hace ahínco en que en la ESE HMI hubo demoras en el inicio del parto y en el proceso de remisión a un centro asistencial de mayor nivel, o donde se tuvieran los medicamentos para tratar la enfermedad de la paciente, con relación a la Clínica Medilaser no hace juicios de responsabilidad específicos.

En efecto, como se ha considerado desde antaño por la jurisprudencia, y ha sido unánime hasta la fecha, el régimen general de la responsabilidad obedece al subjetivo, a título de falla del servicio, inclusive aún en eventos de aplicación de regímenes distintos, siempre deberá preferirse el subjetivo.

Ahora, de conformidad con lo ocurrido, o al menos con lo planteado en este juicio de responsabilidad, se quiere imputar el daño antijurídico consistente en la muerte de la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, como consecuencia de la atención médica ofrecida por las demandadas, pues fue tardía y deficiente, lo que conllevó al desenlace final de la muerte.

Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 24 de agosto de 1992, rad. 6754”.

¹⁶ Cita del original. Sección Tercera, sentencia del 7 de diciembre de 2004, exp. 14.421.

¹⁷ Cita del original. “Aunque se matizará el referido aserto con la aseveración de acuerdo con la cual dicha regla general se excepcionaría cuando la carga probatoria atribuida al demandante ‘resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Solo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil –que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado–, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial””. Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 7 de diciembre de 2004, rad. 14.421.

¹⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de abril de 2011, exp. 19.192, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

Corresponde a continuación, en juicio de responsabilidad, determinar si está demostrado el daño antijurídico, y si este debe imputársele a las accionadas en el presente medio de control de reparación directa.

5.5.1. Elementos Constitutivos de la Responsabilidad

5.5.1.1. El Daño

Es el primer elemento constitutivo de la responsabilidad, entendiéndose por daño, aquella afectación cierta, real y determinable que recae sobre un bien jurídico tutelado, es así, como el despacho encuentra probado el daño traducido en la muerte de la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ y como prueba de ello obran en el plenario, las siguientes:

- Registro Civil de defunción con indicativo serial No. 9023743, donde se registra la muerte de la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, con fecha 22 de agosto de 2015¹⁹.
- Historia clínica –Reporte de Epicrisis- de la Clínica Medilaser de Florencia²⁰, con fecha de ingreso 20 de agosto de 2015 y fecha de egreso el 22 de agosto de 2015, a nombre de la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, donde se registra la muerte, de la cual se extrae el siguiente aparte:

Diagnostico HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA
CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION
22/08/2015 03:32:34 a.m. PACIENTE EN POP INMEDIATO DE LAPAROOTOMIA CON EMPAQUETMIWNTO DE RETROPEIROTNEO , SANGRADO IMPORTANTE , TRNSFUSION DE HEMODERIVADOS , HISTERECTOMIA MS SALPINGOOFOECTOMIA , HIPOPERFUSION MARCADA PoR TRANSPORTADOR , presenta trcer episodio de actividd electrica sin pulso se realiza reanmcion avnzada la paciente no responde fallece al 2 0 am certificado de defuncion n 710265178 se avisa a familiare , se traslada a la morgue
Fecha Muerte: 22/08/2015 02:00:00 a.m.
Profesional: CARLOS ALFONSO LAGUADO NAVAS CIRUGIA CARDIOVASCULAR

De los medios de convicción anteriormente relacionados, se comprueba la presencia de un daño, individual, afectivo y evaluable, el cual se materializó como ya se indicó, con la muerte de la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ en hechos ocurridos el 22 de agosto de 2015.

Constatada la existencia del daño, se impone analizar si este fue antijurídico y si es atribuible al Estado, pues el artículo 90 constitucional dispone que este responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos causados por la acción u omisión de sus agentes.

Para que el daño adquiera una dimensión jurídicamente relevante, es decir, se predique su antijuridicidad es imprescindible que el menoscabo²¹: i) recaiga sobre un derecho subjetivo o sobre un interés tutelado por el derecho; ii) no exista causa legal conforme

¹⁹ Página 11 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

²⁰ Página 166 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

²¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencias del 23 de abril de 2018, rad. 43.241; 23 de abril de 2018, rad. 43.085; 23 de abril de 2018, rad. 43.214 y 23 de abril de 2018, rad. 48.364, entre otras.

al ordenamiento normativo que justifique o legitime la lesión al interés jurídicamente tutelado y iii) no haya sido causado o determinado por la propia víctima.

El Despacho evidencia que existió una lesión definitiva sobre el derecho a la vida²² de la víctima directa y los intereses jurídicamente tutelados de los actores, pues la muerte de JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, mientras dio a luz a su menor hija, tuvo una dimensión más amplia y pluriofensiva, al incidir directamente en los bienes jurídicos de sus familiares.

Por consiguiente, se encuentra demostrado el daño antijurídico alegado en el libelo, lo que abre paso a que se analice el segundo componente de la responsabilidad del Estado, esto es, la imputación fáctica y jurídica, así las cosas, tenemos que en la demanda se predicó responsabilidad de los entes demandados, bajo la óptica del régimen de responsabilidad subjetivo por falla en el servicio médico.

5.5.1.2. Imputabilidad del daño y Nexo Causal

Sobre este elemento de la responsabilidad estatal, el Consejo de Estado ha sostenido que *"No obstante que la norma constitucional (Art. 90) hace énfasis en la existencia del daño antijurídico como fuente del derecho a obtener la reparación de perjuicios siempre que el mismo le sea imputable a una entidad estatal, dejando de lado el análisis de la conducta productora del hecho dañoso y su calificación como culposa o no, ello no significa que la responsabilidad patrimonial del Estado se haya tornado de manera absoluta en objetiva, puesto que subsisten los diferentes regímenes de imputación de responsabilidad al Estado que de tiempo atrás han elaborado tanto la doctrina como la jurisprudencia, entre ellos la falla del servicio o mal funcionamiento del mismo, el daño especial y el riesgo excepcional"*²³.

Establecido el primer elemento de la responsabilidad, se procederá a efectuar el correspondiente juicio de imputación, para determinar si el daño le resulta atribuible o no a las entidades demandadas y cuál es el fundamento jurídico de dicha determinación o si operó alguna causal eximente de responsabilidad.

En ese orden de ideas, empezará esta Judicatura a establecer las condiciones de modo, tiempo y lugar en que acontecieron los hechos donde perdiera la vida la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, situación fáctica que ocurriera el 22 de agosto de 2015, no obstante, lo anterior, deberá estudiarse la historia clínica desde antes del deceso de la paciente, para mayor discernimiento del caso, veamos:

- **Historia clínica iniciada en la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia.**

Fecha de ingreso: 20/03/2015 02:15 pm²⁴

"Motivo de consulta: REMITIDA DE AREA RURAL

²² Este derecho es tutelado constitucional y convencionalmente, pues el artículo 11 de la Constitución Política establece la inviolabilidad de este derecho y el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que "[t]oda persona tiene derecho a que se respete su vida (...) Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente".

²³ C.E., Sección Tercera. Sentencia del 20 de mayo de 2004, siendo el Consejero Ponente RAMIRO SAAVEDRA BECERRA.

²⁴ Páginas 50 a 61 del archivo *-01CuadernoPrincipal-* del expediente electrónico OneDrive

Enfermedad actual: PACIENTE DE 28 AÑO DE EDAD SOLTERA CON GRAVIDAD CUATRO TRES PARTOS NORMALES TRES FUP HACE 10 AÑOS
ESPOSO DE 32 AÑOS CONSTRUCCIÓN
MADRE SOLTERA
FUM EL 10 DE NOVIEMBRE DE 2014 CON FPP EL 20 DE AGOSTO DE 2015 CON EDAD GESTACIONAL DE 18 SEMANAS POR FUM POR ECOGRAFIA COINCIDE PARA CLINICOS AL PARECER LE HAN INFORMADO POSITIVO PARA HEPATITIS B

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Diagnóstico

COMPLICACIÓN RELACIONADA CON EL EMBARAZO NO ESPECIFICADA

Observaciones

AL PARECER HEPATITIS B POSITIVO

(...)

ORDENES MÉDICAS EXTRAMURALES

LABORATORIO EXTRAMURAL

TOXOPLASMA GONDIL ANTICUERPOS IG M POR EIA
VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS &
HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG HBS) &
SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) RPR

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL

INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Observación: VALORACIÓN CON RESULTADOS"

Fecha de ingreso: 17/07/2015 12:05 pm²⁵

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRAS ESPECIFICACIONES

Observaciones

1 EMBARAZO SIMPLE DE 35.4 FUR Y 34.5 POR ECOGRAFIA DEL II T 2 ARO
HEPATITIS B

²⁵ Páginas 63 a 72 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

OBJETIVO - ANALISIS

PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD IV GESTA III PARA, FUR 11/11/2014 EG 35.4 SM, QUIEN TRAE REPORTE DE LABORATORIO DE 17/06/201 HEPATITIS B: AC ANTICORE TOTAL (ANTI-HBC) MENOR DE 0.10 NEGATIVO MAYOR 1.0, POSITIVO MENOR O IGUAL A 10..

HEPATITIS B: AC CORE Ig M(ANTIC -HBC IG M) RESULTADO 0.12. NO REACTIVO MENOR 0.9, INDETERMINADO 0.9- 1.1, REACTIVO MAYOR 1.1. LABORATORIOS TOXOPLASMA IG M NEGATIVO., HIV NEGATIVO, HB AG SUPERFICIE NEGATIVO, SEROLOGIA VDRL NO REACTIVO

ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN NIEGA SINTOMAS DE VASO ESPASMOS, PERCIBE LOS MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PERDIDAS TRANSVAGINALES.

ECOGRAFIAS EL 16/03/2015 (17 SEM) HOY 34.5 SEM, ECOGRAFIA DEL 17/07/2015 35 SE, ANTECEDENTES QX NIEGA, PATOLOGICO NIEGA, TOXICO A NIEGA, GINECO OBSTETRICOS CPN 5, GRUPO SANGUIENEO O RH +, ULTIMA CITOLOGIA NOVIEMBRE DEL 2014 NORMAL, ENFERMEDADES DE TRANSMISIO SEXUAL NIEGA.

EF:CLINICAMENTE ESTABLE TA 100/65MMHG, FC 75LPM, FR 20RPM, T36.6C. PESO 61KG, TALLA 149CM.

CABEZA: NORMAL

TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES, RUIDOS RESPIRATORIOS BIEN TRANSMITIDOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. SIN SDR.

ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, CON FETO, UNICO, VIVO, LONGITUDINAL, CEFILICO, FCF 142LPM, MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS

NO SE PALPA ACTIVIDAD UTERINA

GENITALES: NO HAY PERDIADAS TRANSVAGINALES

EXTREMIDADES: NO HAY EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

NEUROLOGICO: PACIENTE ALERTA, ORIENTA EN LAS 3 ESFERA, GLASGOW 15/15, REFLEJO ROTULIANO NORMAL

PLAN

1/SS INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA PRIORITARIA

2/S/S HIV, TOXOPLASMO IG M, TPHA - FTA ABS, HEMOGRAMA

3/CONTINUAR MICRONUTRIENTE

4/MEDIDAS DE ALARMA SU PARTO DEBE SER ATENDIDO EN UN II-III NIVEL

5/INGRESAR POR URGENCIAS INMEDIATAMENTE SI PRESENTA 1 DOLORES DE PARTO 2 SANGRADO VAGINAL, 3 PERDIDA DE LIQUIDO POR LA VAGINA DIFERENTE A LA ORINA 4 SI HAY DISMINUCION DE LOS MOVIMIENTOS FETALES

6/CONTROL POR GINECOLOGIA OBSTETRICIA EN 7

ve a Configuración para activar Windows.

Fecha de ingreso: 23/07/2015 12:02 pm²⁶

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA**Diagnóstico**

COMPLICACIÓN RELACIONADA CON EL EMBARAZO NO ESPECIFICADA

OBJETO – ANALISIS

PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD MULTIPARA CON ANTIGENOS PARA HEPATITIS B NEGATIVOS

EN LA ACTUALIDAD GESTACIÓN DE 35 SEMANAS CON FPP EL 20 DE AGOSTO SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS

SE EXPLICA RESULTADOS DE PARACLINICOS A LA VISTA Y SE ACONSEJA PARTO EN FLORENCIA PARA UNA VALORACIÓN OPORTUNA DE PEDIATRIA ENTIENDE Y ACEPTA

SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA COMO CEFALEAS AMNIOREAS SANGRADOS PERDIDA DE MOVIMIENTOS FETALES INICIO DE TRABAJO DE PARTO Y DEMAS MOTIVO ALGUNO POR EL CUAL ACUDIR POR URGENCIAS OPORTUNAMENTE ENTIENDE Y ACEPTA

RECOMENDACIONES

SE DA SALIDA CON INSTRUCCIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS ENTENDIDOS Y CONSIGNADOS

Fecha de ingreso (Triage): 05/08/2015 01:25:51 pm²⁷

Causa de ingreso: Maternidad

CLASIFICACIÓN 4-NO URGENTE

DIAGNÓSTICO SINDROMÁTICO: PREPARTO

²⁶ Páginas 77 a del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

²⁷ Página 83 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

MOTIVO DE CONSULTA: TENGO DOLORS BAJITOS
ENFERMEDAD ACTUAL:

PTE G4P3V3A0 QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO +- 24 HORAS DE DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO DE INTENSIDAD LEVE. IRRADIADO A REGIÓN LUMBAR. NO HA TOMADO MEDICACIÓN PARA ELLO. PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES. NIEGA SÍNTOMAS DE VASO ESPASMO, NIEGA PERDIDAS VAGINALES.
*****ANTECEDENTES FUM: 11/11/14 /// G: 1 ECOGRAFIA DEL 16/-03/15.
17, SEMANAS A EXTRAPOLADA A HOY, 37. SEMANAS *****EXAMEN FÍSICO:
*PUPILAS ISOCÓRICAS REACTIVAS A LA LUZ.
MUCOSA ORAL HÚMEDA Y ROSADA. AMÍGDALAS
*NO ADENOPATÍAS CERVICALES. NO SOPLO CAROTÍDEO.
*NO USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS DE LA RESPIRACIÓN. CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE. NO SOBRES AGREGADOS. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS NO SOPLOS.
*ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, CON ÚTERO GRÁVIDO. NO ACTIVIDAD UTERINA. ALTURA UTERINA: 34 CM. FCF: 148 LAT/MIN FETO CEFÁLICO, LONGITUDINAL.
*TACTO VAGINAL: VAGINA NORMO TÉRMICA CUELLO CERRADO POSTERIOR. NO AMNIOORREA, NO SANGRADO,
NO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES. PULSOS PEDIOS SIMÉTRICOS ADECUADA INTENSIDAD. LLENADO CAPILAR 2 SEG. MARCHA CONSERVADA. GLASGOW 15/15. SENSIBILIDAD CONSERVADA. REFLEJOS ++/++++.
NO SIGNO DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA.
DIAGNOSTICO:
1. EMBARAZO DE 37 POR FUR POR ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE.
2. PREPARTO PLAN: SALIDA
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
PERDIDAS VAGINALES: (SALIDA DE LÍQUIDO, SANGRADO, FLUJO)
DISMINUCIÓN O NO MOVIMIENTOS FETALES
SÍNTOMAS DE VASOESPASMO COMO DOLOR DE CABEZA, MAREO, NAUSEAS, VOMITO, GASTRITIS, SENSACION DE ADORMECIMIENTO EN EL CUERPO, LUCES O CHIPITAS, RUIDOS EN LOS OÍDOS, HINCHAZON EN MANOS, PIES Y CARA, INICIO DE ACTIVIDAD UTERINA O AUMENTO DE ESTA, ENTRE OTROS. FIEBRE, DIARREA, MONITORIA FETAL CATEGORIA I SATISFACTORIA, RASTREO ECOGRAFICO BIENESTAR FETAL SATISFACTORIO
SE INDICA CITA CONTROL PRIORITARIA PREVENTIVA POR INFECTOLOGIA. CITA CONTROL POR PERINATOLOGIA, CITA CONTROL POR MEDICINA INTERNA.
PACIENTE VALORADA EN CONJUNTO CON LA DRA BLANCA QUIEN INDA LO DESCRITO.

Fecha de ingreso: 10/08/2015 04:49:00 pm²⁸

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnóstico

PERSONA QUE CONSULTA PARA LA EXPLICACIÓN DE HALLAZGOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO – ANALISIS

Referida la hepatitis B

Trae antígeno superficie negativo

Trae anticore negativo

Fur 11 11 14

Niega síntomas de disfunción hepática

Ta 9/6 76fc 1s2 regulares 18fr eupna

No megalias ; au 27

Anicteria praxia simétrica 5/5

Controles nivel 1 // prenatales estándar

DESTINO

SALIDA

Fecha de ingreso (Triage): 18/08/2015 09:37:54 pm²⁹

Causa de ingreso: Maternidad

²⁸ Páginas 84 a 85 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

²⁹ Página 86 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

CLASIFICACIÓN 4-NO URGENTE
DIAGNÓSTICO SINDROMÁTICO: PREPARTO
MOTIVO DE CONSULTA: TENGO DOLORES
ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD, G4P3A0C0V3, QUIEN CONSULTA POR CUADRO DE +/- 8 DIAS DE DOLOR TIPO CONTRACCION UTERINA IRREGULAR Y CEFALEA, NIEGA OTROS SINTOMAS, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES.

ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NORMOCEFALA, ORL NORMAL, C/P NORMAL, ABDOMEN CON UTERO GRAVIDO, AU 34 CM, SE REALIZA RASTREO ECOGRAFICO EVIDENCIANDO FETO UNICO VIVO LONGITUDINAL CEFALICO DORSO IZQUIERDO, FCF 132 LPM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE, MONITORIA FETAL REACTIVA, AL TACTO VAGINAL CERVIX CENTRAL, CORTO, PERMEABLE A UN DEDO, NO AMNIORREA, NI SANGRADO VAGINAL, EXTREMIDADES EUTROFICAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT. IDX

EMBARAZO DE 39.1 SEMANAS X ECOGRAFIA + G4P3A0C0V3 + PREPARTO + ALTO RIESGO OBSTETRICO POR MULTIPARIDAD Y PERIODO INTERGENESICO PROLONGADO.

PLAN DE MANEJO: SE INDICA SALIDA CON ORDEN DE ECOGRAFIA OBSTETRICA Y PERFIL BIOFISICO AMBULATORIOS, SE DAN RECOMENDACIONES DE DEAMBULAR, BUENA HIDRATACION ORAL, NO CONSUMIR AGUA DE HIERBAS, NI ACUDIR A SOBANDEROS O EMPIRICOS, CONSULTAR DE INMEDIATO AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR TIPO CONTRACCION 3 EN MENOS DE 10 MINUTOS, SALIDA DE ABUNDANTE LIQUIDO POR VAGINA, O SANGRADO GENITAL, AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES EN MAS DE 3 HORAS, FIEBRE, DOLOR DE CABEZA INTENSO, MAREOS, NAUSEAS, VOMITO, VISION BORROSA O DE LUCECITAS, ZUMBIDO EN LOS OIDOS, DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO, HINCHAZON, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ATAQUES O CONVULSIONES. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA CONDUCTA

Fecha de ingreso (Triage): 19/08/2015 05:12:40 pm³⁰

Causa Ingreso: Maternidad

CLASIFICACIÓN 2 - URGENCIA MEDICA

Medico: CASSIANI CASSERES ARTURO

Diagnóstico Sindromático: EMBARAZO CONFIRMADO

Motivo de Consulta: "TENGO DOLORES BAJITOS"

Enfermedad Actual: PTE FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD. G4P3V3, QUIEN INGRESAA POR SUS PROPIOS MEDIOS. REFIRIENDO C.C +- 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO COLICO. SIN PERDIDAS VAGINALES. Y DESDE HACE DOS DIAS NO PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, POR LO QUE CONSULTA. NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO, NIEGA AMNIORREA, NO OTROS SINTOMAS.

Signos Vitales

TA: 120/74 mmHg

FC: 78 lpm

FR: 18 rpm

T: 37 °C

SO2: 97%

Hora: 5:54:41 PM³¹

PROCEDIMIENTO NO QX

MONITORIA FETAL ANTEPARTO

OBSERVACIÓN: REPETIR LUEGO DE HIDRATACIÓN

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON GRAN MULTIPARIDAD

Observaciones

PTE G4P3V3 CON EMBARAZO DE 39.2 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DEL SEGUNDO TRIMESTRE CON BIENESTAR FETAL CONSERVADO POR RASTREO ECOGRAFICO Y

³⁰ Página 100 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

³¹ Páginas 302 a

MONITORIA FETAL ARO POR GRAN MULTIPARA EN TRABAJO DE PARTO FASE INICIAL EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE DAD.

Hora: 08:20:04 pm³² - medicina general

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON GRAN MULTIPARIDAD

Observaciones

PTE G4P3V3 CON EMBARAZO DE 39.2 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DEL SEGUNDO TRIMESTRE CON BIENESTAR FETAL CONSERVADO POR RASTREO ECOGRAFICO Y MONITORIA FETAL ARO POR GRAN MULTIPARA EN TRABAJO DE PARTO FASE INICIAL EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE DAD.

OBJETO DE ANALISIS

REPORTE DE HEPATITIS B POSITIVO, SE ABRE PARA CARGAR ORDEN DE SEGUNDA MUESTRA

ORDENES MEDICAS INTRAHOSPITALARIAS

LABORATORIOS

HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG HBS)

DESTINO

CONTINUA EN LA UNIDAD

Hora: 10:00:16 pm³³

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Diagnostico

FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MÁS SEMANAS COMPLETAS DE GESTIÓN

SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON GRAN MULTIPARIDAD

Observaciones

GESTACIÓN DE TERMINO, DOMICILIO AREA RURAL DISPERSA, TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE PROLONGADA, PTE G4P3V3 CON EMBARAZO DE 39.2 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DEL SEGUNDO TRIMESTRE CON BIENESTAR FETAL CONSERVADO POR RASTREO ECOGRAFICO Y MONITORIA FETAL ARO POR GRAN MULTIPARA EN TRABAJO DE PARTO FASE INICIAL EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE DAD.

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE CON DOMICILIO AREA RURAL DISPERSA QUIEN CURSA CON EMBARAZO DE 39-40 SEMANAS EN PREPARTO HACE 4 DÍAS

S DOLOR TIPO CONTRACCIÓN DE IRREGULAR INTESIDAD PERSIVE MOVIMIENTOS FGETALES NO PERDIDAS POR VAGINA O AFU 34 LEOPOLD LCIA FCF 145 MONITORIA FETAL REACTIVA PERFIL BIOFISICO FETAL 8/8 EXAMEN GINECOLOGICO CERVIX CENTRAL PERMEABLE 1 DEDO

A HIPODINAMIA UTERINA, DOMICILIO AREA RURAL DISPERSA, BISHOU NO FAVORABLE PARA CONDUCCIÓN P INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL PRUEBA DE TOLERANCIA A LAS CONTRACCIONES

³² Página 115 a 118 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

³³ Página 124, 127 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

ORDENES MEDICAS INTRAHOSPITALARIAS

MEDICAMENTOS

MISOPROSTOL x 200 MCG TABLETA 50.00 mcg Dosis Única vía ORAL Dosis Única

PROCEDIMIENTOS NO QX

MONITORIA FETAL ANTEPARTO

RECOMENDACIONES

DIETA LIQUIDA

CSV FCF ACT UTE

TRASLADAR A SALA DE PARTOS CON 5 CMS DE DILATACIÓN E INICIAR PARTOGRAMA

MONITORIA FETAL CON ESTRÉS

RAM CON 7 CMS DE DILATACIÓN

ESPERO EUTOCIA

DESTINO

CONTINUA EN EL SERVICIO

Fecha: 20/08/2015 11:51:57 am³⁴

RECOMENDACIONES

SUSPENDER INDUCCIÓN CON MISOPROSTOL

NOTIFICAR A UCIN PARA VERIFICAR DOSIS DE MEDICAMENTOS PARA INMUNIZACIÓN DEL RN CONTRA HB PREPARAR PARA CESARIA SEGMENTARIA

LACTATO A 100 CC CADA HORA

CSV FCF ACT UTE

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Diagnostico

FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MÁS SEMANAS COMPLETAS DE GESTIÓN

SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON GRAN MULTIPARIDAD

Observaciones

GESTACIÓN DE TERMINO, DOMICILIO AREA RURAL DISPERSA, TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE PROLONGADA, PTE G4P3V3 CON EMBARAZO DE 39.2 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DEL SEGUNDO TRIMESTRE CON BIENESTAR FETAL CONSERVADO POR RASTREO ECOGRAFICO Y MONITORIA FETAL ARO POR GRAN MULTIPARA EN TRABAJO DE PARTO FASE INICIAL EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE DAD.

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE CON GESTACIÓN DE TERMINO EN INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL PERO SIN CUMPLIR ORDEN, TIENE 2 PRUEBAS DE HBSAG POSITIVAS, SE EVIDENCIA BIENESTAR FETAL

AL EXAMEN GINECOLOGICO CERVIX CENTRAL 1-2 CMS DE DILATACIÓN 30 5 DE BORRAMIENTO, UTERO REACTIVO ANALISIS TRABAJO DE PARTO INICIAL ALTO RIESGO DE HEPATITIS B, AMERITA CESAREA Y MANEJO DE RN SEGÚN ESQUEMA PAR PROFILAXIS DE HEPATITIS B, SOLÑICITO NOTIFICAR A UCI NEONATAL Y EPIDEMIOLOGIA PARA VERIFICAR EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA PROFILAXIS DEL MENOR

³⁴ Página 126 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

Hora: 02:24:05 pm³⁵

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
O471	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	GESTACION DE TERMINO, DOMICILIO AREA RURAL DISPERSA, TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE PROLONGADA	<input checked="" type="checkbox"/>
Z354	SUPERVISION DE EMBARAZO CON GRAN MULTIPARIDAD	PTE G4P3V3 CON EMBARAZO DE 39.2 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL SEGUNDO TRIMESTRE CON BIESTAR FETAL CONSERVADO POR RASTREO ECOGRAFICO, Y MONITORIA FETAL, ARO POR GRAN MULTIPARA, EN TRABAJO DE PARTO FASE INICIAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, DAD	<input type="checkbox"/>

OBJETIVO - ANALISIS

PACIENTE CON DOMICILIO EN AREA RURAL DISPERSA QUIEN CURSA CON EMBARAZO DE 39-40 SEMANAS EN PREPARTO HACE 4 DIAS.
 SIN DOLOR TIPO CONTRACCION DE IREGULAR INTENSIDAD PERSISTE MOVIMIENTOS FETALES NO PERDICAS POR VAGINA
 O AFU 34 LEOPOLD L CIA FCF 145 MONITORIA FETAL REACTIVA PERFIL BIOFISICO FETAL 8/8
 PACIENTE CON GESTACION DE TERMINO TRABAJO DE PARTO FASE INICIAL TIENE 2 PRUEBAS DE HBSAG POSITIVAS, ACTUALMENTE PACIENTE CON PRODUCTO VIVO FCF: 146 LXM FETO UNICO VIVO EXAMEN GINECOLOGICO CERVIX CENTRAL 1-2 CMS DE DILATACION 30 5 DE BORRAMIENTO, UTERO REACTIVO

ANALISIS TRABAJO DE PARTO INICIAL ALTO RIESGO DE HEPATITIS B, POR LO QUE SE COMENTA SITUACION PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL CASO QUIENES DICEN NO CONTAR CON TRATAMIENTO PROFILAXIS PARA EL PRODUCTO POR LO QUE INDICA REMISION A G/O

PLAN

REMISIÓN A GINECOLOGÍA
 AMBULANCIA MEDICALIZADA
 CUIDADO DE ENFERMERIA
 CSV AC

Hora: 05:01:57 pm³⁶

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

Folio Sol.	Servicio	Interpretación
6	HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] & *	> 150 REACTIVO
Resultados de la Muestra 1		
	Analitos	Valor
	RESULTADO	>150 UI/ml
	INTERPRETACION	REACTIVO
5	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	NORMAL NORMAL

OBJETIVO – ANALISIS

SE ATIENDE LLAMADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE HOSPITAL MARÍA INMACULADA EN DONDE ARGUMENTA QUE LA PACIENTE FUE ACEPTADA EN CLINICA MEDILASER FLORENCIA POR LO QUE SE REALIZA EGRESO POR MEDICO NO TRATANTE ACTUALMENTE PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIGNOS

³⁵ Página 133 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

³⁶ Página 139 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

VITALES TA 120/74 MMHG FC: 78 FR:18 T.36 4C C/P NORMAL CARDICO RITMICO NO SOPLO, ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO FETO UNICO VIVO FCF 146 LXM GENITA TACTO VAGINAL VAGINA NORMOELASTICA NORMOTERMICA CUELLO UTERINO DILATACIÓN DE 2 CM BORRAMIENTO DEL 50% MEMBRANAS INTEGRAS

PLAN

SALIDA
AMBULANCIA MEDICALIZADA
CUIDADO ENFERMERIA
CSV AC"

- **Historia clínica iniciada en la Clínica Medilaser de Florencia.**

Fecha de ingreso: 20/08/2015 7:08:33 pm³⁷

Motivo de consulta: REMITIDA DL HMI

Enfermedad actual: PACIENTE CON EMBARAZO DE 40.3 SEMANAS POR FUR DEL 10-11/14 QUIEN FUE REMITIDA DEL HMI CON DX DE HEPATITIS Y RIESGO NEONATAL DE INFECCIÓN POR NO CONTAR CON DICHA PROFILAXIS. ACTUALMENTE REFIERE LEVE ACTIVIDAD UTERINA NIEGA AMNIORREA NIEGA SANGRADO GENITAL MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO. G4P3V3 CPN:7 FPP 17/08/15 SE INDICA MANEJO

(...)

EN NOTAS DE EVOLUCIÓN SE REVISAN PARACLINICOS, Ag SUPERFICIE Y ANTICORE B NEGATIVO FUE VALORADA POR EL DR CUBILLOS MEDICO INTERNISTA EXTRAINSTITUCIONAL QUIEN DIO DE ALTA ANTE PRUEBAS NEGATIVAS, POR LO TANTO, SE HOSPITALIZA PARA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, SE INDICA MANEJO Y TOMA DE PARACLINICOS PERTINENTES.

Hora: 11:13:34 pm

PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS

1. GESTACIÓN DE 40.1 SEM POR FUR
2. G4P3V3
3. HEPATITIS B DESCARTADA
4. PREPARTO

S/REFIERE SENTIRSE BIEN, CONTRACCIONES UTERINAS DE LEVE INTENSIDAD OCASIONALES, MOBIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SINTOMAS DE VASOESPASMO, NO PERDIDAS VAGINALES

O/T 116/72 FC 72 FR18 SATO2.97%

NORMCOEFLALA, MUCOSAS HUMEDAS

C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN GLOBOS POR UTERO GRAVIDO, FETO UNICO, VIVO CWFALICO, FCF 145 LPM

G/U NORMAL NO SE REALIZA TACTO VAGINAL

EXTREMIDADES SIN EDEMA

NO DETERIORO NEUROLOGICO

³⁷ Página 66, 67 del archivo -02CuadernoPrincipal2- del expediente electrónico OneDrive

REPORTE DE PARACLINICOS
HEMOGRAMA NORMAL
VDRL NO REACTIVA

A/PACIENTE CON GESTACIÓN A TERMINO QUIEN INGRESO REMITIDA POR IDX DE HEPATITIS B, ACTUALMENTE PERMANECE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIOS SISTEMICA, SIN SINTOMAS DE VASOESPASMO, SIN INICIO DE ACTIVIDAD UTERINA, CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, DE NO INICIAR ACTIVIDAD UTERINA DE FORMA ESPONTANEA SE INDICARÁ INDUCCIÓN EN LA MAÑANA, CONTINUA IGUAL MANEJO.

Fecha: 21/08/2015 7:53:25 am³⁸

PACIENTE DE 29 AÑOS CON DX
1. GESTACIÓN DE 40.2 SEM POR FUR
2. G4P3V3
3. HEPATITIS B DESCARTADA
4. PREPARTO

PACIENTE REFIERE DOLOR TIPO COLICO CONTRACCIÓN IRREGULAR DE BAJA INTENSIDAD, SENSACIÓN DE SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA ESCASO, MOV FETALES PRESENTES, NO SANGRADO ACTIVO, NIEGA PREMONITORIOS, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA.

(...)

PACIENTE CON GESTACIÓN A TERMINO EN INDUCCIÓN DEL PARTO QUIEN INICIA ACTIVIDAD UTERINA CON MODIFICACIONES LEVES DEL CERVIX, MONITORIA FETAL REACTIVO DE INGRESO SE DECIDE CONTINUAR VIGILANDO TRABAJO DE PARTO Y FCF SS MONITORIA FETAL INTRAPARTO.

Hora 10:35:50 am

PACIENTE DE 29 AÑOS CON DX
1. GESTACIÓN DE 40.2 SEM POR FUR
2. G4P3V3
3. HEPATITIS B DESCARTADA
4. PREPARTO

PACIENTE REFIERE DOLOR TIPO COLICO CONTRACCIÓN IRREGULAR DE BAJA INTENSIDAD, SENSACIÓN DE SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA ESCASO, MOV FETALES PRESENTES, NO SANGRADO ACTIVO, NIEGA PREMONITORIOS, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA.

EXAMEN FÍSICO
SV TA 112/69mmhg FC 75XMIN FR 18XMIN SATO2 97%
MUCOSA ORAL HUMEDA
NO DIFICULTAD RESPIRATORIA
ABD: UTERO GRAVIDO AU:33CM FETO UNICO VIVO CEFALICO FCF: 148XMIN
ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR

³⁸ Página 67 del archivo -02CuadernoPrincipal2- del expediente electrónico OneDrive

G/U D:3CM B:50% MEMBRANAS INTEGRAS PELVIS PROBADA
EXT. NO EDEMAS

MONITORIA FETAL: NO REACTIVA NO DIPS ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR
PACIENTE CON GESTACIÓN A TERMINO EN INDUCCIÓN DEL PARTO AHORA EN
TRABAJO DE PARTO
FASE LATENTE – CONTINUAR VIGLANDO TRABAJO DE PARTO Y FCF.

Hora 12:43:54 pm

PACIENTE DE 29 AÑOS CON DX
1. GESTACIÓN DE 40.2 SEM POR FUR
2. G4P3V3
3. HEPATITIS B DESCARTADA
4. PREPARTO

PACIENTE REFIERE DOLOR TIPO COLICO CONTRACCIÓN IRREGULAR DE BAJA
INTENSIDAD, SENSACIÓN DE SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA ESCASO, MOV
FETALES PRESENTES, NO SANGRADO ACTIVO, NIEGA PREMONITORIOS, NO
REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA.

EXAMEN FÍSICO
SV TA 120/69mmhg FC 82XMIN FR 19XMIN SATO2 97%
MUCOSA ORAL HUMEDA
NO DIFICULTAD RESPIRATORIA
ABD: UTERO GRAVIDO AU:34CM FETO UNICO VIVO CEFALICO FCF: 150XMIN
ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR
G/U D:9CM B:80% MEMBRANAS ROTAS. LIQUIDO CLARO, LEVE EDEMA DE CERVIX
EXT. NO EDEMAS

PACIENTE CON GESTACIÓN A TERMINO EN TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA
LEVE EDEMA DE CERVIX SE INICIA ANALGESIA – CONTINUAR VIGILANDO
TRABAJO DE PARTO Y FCF.

Hora 2:33:19 pm

PACIENTE CON DILATACIÓN DE 10CM BORRAMIENTO DE 100%, SE PASA A SALA
DE ATENCIÓN DE PARTO, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACIÓN DE
CAMPOS ESTERILES, SE ATIENDE PARTO VAGINAL DISTOCICO POR MALA PRENSA
ABDOMINAL Y MAL PUJO MATERNO A QUIEN POSTERIOR A PUJO POR 20
MINUTOS SE OBTIENE A LAS 13+35 RECIEN NACIDO VIVO SEXO FEMENINO PESO
3355GR TALLA 53.5 CM PC 35.5 CM PT32CM APGAR 0-3 6/10 BALLARD 39
SEMANAS, SE INFORMA INMEDIATAMENTE A UCIN NEONATAL Y ES ADPATADO
POR DRA ISABEL DE LA HOZ MEDICO NEONATOLOGA QUIEN INICIA MANIOBRAS
DE REANIMACIÓN E IOT CON POSTERIOR RECUPERACIÓN DE FCF, CONTINUA
NEONATOLOGA CON LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO, PINZAMIENTO Y
CORTE HABITUAL DE CORDON, SE TOMA MUESTRA PARA TSH Y
HEMOCLASIFICACIÓN, ALUMBRAMIENTO A LOS 5 MINUTOS TIPO SHOULTZE
COMPLETO, SE REvisa CANAL VAGINAL SE EVIDENCIA SANGRADO 150CC

PLAN
DIETA EN 6 HRS
LACTATO DE RINGER 500CC + OXITOCINA 10 U PASARA A 100CC/HR

ACETAMINOFEN 1GR VO CADA 6 HRS
VIGILANCIA DE TONO Y SANGRADO UTERINO
CSV AC

Hora: 4:41:54 pm

15+00 PACIETE QUEIN POSTERIOR A PARTO VAGINAL REFIERE SENTIRSE BIEN, SANGRADO ESCASO POR VAGINA, TOLERA CAMBIO DE CAMILLA A CAMA DE RECUPERACIÓN Y POSTERIOR INICIO DE VIA ORAL, LA CUAL ES TOLERADA SIN DIFICULTAD.

CLINICAMENTE ESTABLE SIGNOS VITALES DENTRO DE LIMITES NORMALES TYA 102/58 FC. 92XMIN FR: 21XMIN, SE CONTINUA VIGILANCIA DE PUERPERIO, VIGILANCIA DE TONO Y SANGRADO UTERINO

15+30: PACIENTE EMN POSTPARTO VAGINAL, ACTUALMENTE REFEIRE LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO NIEGA OTROS SINTOMAS, ALERTA HIDRATATADA AFEBRIL CON TA DE 92/55 FC. 109XMIN

ABDOMEN-BLANDO DEPREISBEL DOLOROSO A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO UTERO A NIVEL INFRAUMBILICAL 1CM, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL GU GENIATLES EXTERNSO NORMNES SANGRADO ESCASO POR VAGINA REFIERE SOLICITAR INFRONACION SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE SU BEBE, SE SOLICITA INFORMACION A NEONATOLOGA DE TURNO.

15-45: SE VALORA PACIENTE SE ENCUENTRA ALERTA CON LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO PRESENTA SANGRADO MODERADO POR VAGINA POR LO CUAL SE PEROCEDA A REALIZAR REVISION, SALIDA DE MODERADA CANTIDAD DE COAGULOS DE CAVIDAD VAGINAL DE REALZA ASI REVISION UTERINA Y NO SE TOCA FONDO UTERINO MOTIVO POR EL CUAL, SE ACTIVA CÓDIGO ROJO, SE INDICA ASI CANALIZAR DOS VIAS PERIFERICAS.

INICIA MANEJO MEDICO CRISTALOIDES EN BOLO - OXITOCINA - METHERGYN - MISOPROSOL - TRANFUSION DE 2 U DE GRE POR AHORA Y SONDA VESICAL A CYSTOGLO Y OXIGENOTERAPIA, SE REALIZA MASAJE UTERINO BIMANUAL Y INMEDIATAMENTE SE INDCIA, PASAR URGENTE A LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR ALTA SOSPEHCA DE RUPTUTA UTERINA SE TRASLADA PACIENTE A SALAS DE CIRUGIA ALERTA ORIENTADA CON SIGNOS VITALES 85/60 Y FCF 113XMIN NO TAQUIPNEA

SE INFORMA A FAMILIAR PRESENTE Y PACIENTE SOBRE EL MOTIVO DE LA CIRUGIA Y EL POSIBLE REQUERIMIENTO DE HISTERCTOMIA QUIENES ACEPTAN CONDUCTA.

IDX:

1. POST-PARTO VAGINAL
2. PUERPPERIO INMEDIATO
3. RECIEN NACIDO EN UCIN
4. HEMORRAGIA POST-PARTO
5. ALTA SOSPEHCA DE RUPTURA UTERINA

PLAN:

1. NVO
2. OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LT/MINUTOS
3. DOS ACCESOS VENOSOS
4. LACTATO DE RINGER BOLD 2000 CC IV
5. OXITOCINA 10 UNIDADES IV
6. MISOPROSTOL 800 MICROGRAMO INTRARECTALES
7. ERGOMETRINA 0.2 MG INTRAMUSCULAR
6. TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS "O NEGATIVO"

● 21/08/2015 5:50:58 p. m. ANESTESIOLOGIA EVOLUCION RETROSPECTIVA
 PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD POST PARTO NORMAL SE RECIBE A LAS 16:10 PM COMO EMERGENCIA EN QUIROFANO POR SANGRADO ABUNDANTE -ATONIA UTERINA. SE PROCEDE INTUSION DE SECUENCIA RAPIDA ANESTESIA GENERAL MANEJO DE SHOCK HIPOBOLEMICO CON CRISTALOIDES, COLOIDES, Y HEMODERIVADO. SE CANALIZA TRES VENAS PERIFERICAS DE GRAN CALIBRE ;ABSCESO YUGULAR EXTERNO DERECHO FALLIDO. SE TRASLADA PACIENTE A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS INTUBADA.

Tipo Estancia: GENERAL
 Profesional: WILLIAM LEANDRO GUEVARA TOVAR ANESTESIOLOGIA

● 21/08/2015 6:54:01 p. m. NOTA OPERATORIA
 DX PREQX: HEMORRAGIA POSTPARTO - ALTA SOSPECHA DE RUPTURA UTERINA
 DX POP: IDEM + HEMOPERITONEO DE 3000CC + HEMATOMA RETROPERITONEAL
 CIRUGIA: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL + SALPINGOOFORRECTOMIA IZQUIERDA + DRENAJE DE PERITONEO + EMPAQUETAMIENTO
 CIRUJANO: DRA. BOHORQUEZ
 PRIMER AYUDANTE: DRA. MONCADA
 ANESTESIA: REGIONAL
 ANESTESIOLOGO: DR. GUEVARA
 ANESTESIA: REGIONAL
 HALLAZGOS: HEMOPERITONEO DE 3000CC, UTERO HIPOTONICO CON RUPTURA QUE SE EXTIENDE DESDE EL CERVIX LATERAL IZQUIERDO CON SANGRAO ACTIVO QUE GENERA GRAN HEMATOMA A NIVEL RETROPERITONEAL, ANEXO IZQUIERDO CON GRAN HEMATOMA A NIVEL DE SU PAQUETE VASCULAR, ANEXO DERECHO NORMAL, SE REALIZA REVIONC DE HIGADO Y BAZO LOS CUALES ESTAN DENTRO DE LIMITES NORMALES.
 SANGRADO 3000CC
 ORINA CLARA AL FINALIZAR PROCEDIMIENTO.

Tipo Estancia: UCI ADULTOS INTENSIVO
 Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

3.3. UCI ADULTOS GENERAL FLORENCIA

● 21/08/2015 7:32:22 p. m. PACIENTE EN POP INMEDIATA DE LAPAROSOTOMIA CON EMPAQUETAMIENTO DE RETROPERITONEO, SANGRADO IMPORTANTE, CON TRNSFUSION DE HEMODERIVADOS, HISTERECTOMIA MAS SALPINGOOFORRECTOMIA, HIPOPERFUSION MARCADA PR TRANSPORTADOR, SE DECIDE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS, RENMAICION VOLUMETRICA,
 NOTA DE PROCEDIMIENTO 6:35 PM
 DX PRE: CHOQUE HIPOVOLEMICO - RUPTURA UTERINA
 DX POS: IDEM

PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA CON LIDOCAINA AL 2% SIN, SE PUNCIONA SUBCLAVIA DERECHA TERCIO MEDIO, SE PASA GUIA CON TECNICA DE SELDINGER, SE PASA DILATADOR. SE RETIRA DILATADOR, SE PASA CATETER TRILUMEN 10% DE LA ALTURA, 16 CM, SE RETIRA GUIA, SE VERIFICA RETORNO, NO COMPLICACIONES, SE SOLICITA RX DE TORAX, SE FIJA CATETER.

POR ESPACIO DE 30 MINUTOS, CON EXITO.
 INTERVENGO BUSCANDO ESTABLECER SANGRADO INTRAABDOMINAL.
 BAJO VISUALIZACION ECOGRAFICA DE PELVIS, GOTERAS PARIETOCOLICAS Y ESPACIO PERI-RENAL.
 NO SE ENCIENRA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD QUE SUGIERA HEMOPERITONEO.

SE DEFINE QUE NO AMERITA LAPAROTOMIA PARA HEMOSTASIA.

PLAN. 1. CONTINUA MANEJO POR CUIDADO INTENSIVO.
 2. QUEDAMOS ATENTOS A EVOLUCION.
 3. RESTO DEL MANEJO POR UCI.

Tipo Estancia: UCI ADULTOS INTENSIVO
 Profesional: HAROLD ENRIQUE SILVA MENENDES GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

● 22/08/2015 12:28:18 a. m. EVOLUCION NOCTURNA
 Paciente de 29 años
 1 día de hospitalización

Diagnósticos de trabajo
 1. CHOQUE HIPOVOLEMICO
 2. RUPTURA UTERINA POST PARTO
 3. HISTERECTOMIA MAS SALPINGOOFORRECTOMIA
 4. ESTADO POSTREANMISION CARDIOCEREBROPULMONAR

PROBLEMAS
 REANMISION DURANTE 20 MINUTOS

SOPORTES
 HEMODINAMICO NORADRELINA, VASOPREINA
 VENTILATORIO VC 10/K PEEP 8 VC AC

PRESENTA HIPOTENSION SOSTENDDA APESR DE SOPORTE COMBINADO, PRESENTA ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO, SE REALIZA MASAJE CARDIACO POR 6 MIUTOS DOS DOSIS DE VASOPRESINA Y EL 50% DE LA PRIMERA, ADRENALINA PRESENTA PULSO, TQUICARDIA SINSUAL, CON BAJO GASTO SE CARDIOVIERTE 150/200 JOULES, RITMO SINSUSAL, TORSION D PUNTA, SE INFUNDE MAGNESIO, PERSISTE CON RITMO SE INFUNDE LIDOCAINA 1 MG POR KIL SALE A RITO SINSUAL. SE CONTINUA SOPORT NOTROPICO EN INFUSION, DURACION 28 MINUTO. POBRE PRONOSTICO NEUROLOGICO, SE TRASFUNDEN TRES UIDADES DE GRE, PLASMA Y CALCIO, SE REALIZA ECOGRAFIA FAST VERIFICANDO IMPREGNACION DE COMPRESAS, SIN LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD.

PLAN. SE CONTINUA MANEJO MEDICO DE SANGRADO, REGULARIZACION DE TIMEOS DE COAGULACION, E INFUSION DE PLAQUETAS PARA OPTIMIZAR HEMOSTASIA, METAS DE REANMISION.

Tipo Estancia: UCI ADULTOS INTENSIVO
 Profesional: CARLOS ALFONSO LAGUADO NAVAS CIRUGIA CARDIOVASCULAR

COMPLICACIONES

muerte

PRONOSTICO

tralado a morgue

Activar Windows

Ve a Configuración para activar Windows

- De la prueba pericial y testimonial médica practicada en el proceso

En el marco de este proceso contencioso administrativo, la parte accionada Clínica Medilaser allegó dictamen pericial de parte⁴⁰, elaborado por la Médica SANDRA XIMENA OLAYA GARAY especialista en Ginecología y Obstetricia, con formación en medicina crítica y cuidado intensivo, la perito resolvió un cuestionario que la parte accionada le formuló, peritación que fue incorporada al expediente a través de la audiencia inicial llevada a cabo el 26 de abril de 2022, luego de que las partes no solicitaran la comparecencia de la perito a la audiencia de pruebas, experticia de la cual vale la pena resaltar las siguientes preguntas y respuestas.

"2. De conformidad a la literatura médica aplicable al caso, que indique la perito ¿Qué es un parto distócico, cuáles son sus causas y si se puede prever por parte del personal médico?"

Hay varias anomalías del trabajo de parto que interfieren con el avance ordenado del parto espontáneo. Por lo general, a éstas se les llama distocias. El término distocia significa de forma literal trabajo de parto difícil y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto. Se origina de cuatro alteraciones aisladas o combinadas. En primer lugar, algunas veces las fuerzas de expulsión son anormales. Por ejemplo, las contracciones uterinas pueden carecer de suficiente intensidad o coordinación como para borrar y dilatar el cuello uterino (disfunción uterina); o bien los esfuerzos de los músculos voluntarios maternos se encuentran alterados durante la segunda fase del trabajo de parto. En segundo lugar, puede haber anomalías fetales de la presentación, la posición o el desarrollo que disminuyen la velocidad del trabajo de parto. También las anomalías de la pelvis ósea materna crean una pelvis estrecha. Por último, se pueden formar alteraciones de los tejidos blandos del aparato reproductor que obstaculizan el descenso fetal. De manera más sencilla, estas anomalías se pueden clasificar desde el punto de vista mecánico en tres categorías que comprenden anomalías de la fuerza (contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno): del producto (feto) y del conducto (pelvis)

En este caso la paciente curso con una alteración en la fuerza, o distocia dinámica (contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno Las distocias dinámicas o de la contracción se han clasificado en distocias por defecto de la contracción o por exceso de la contracción y finalmente por incoordinación de la contracción, se llaman a estas tres formas hipodinamias, hiperdinamias y disdinamias: en este caso podemos precisar que la paciente cursaba con una hipodinamia o con una disdinamia, en el caso de hipodinamia la etiología es muy compleja y probablemente no del todo conocida, hay que tener en cuenta la división de las hipodinamias entre primitivas y secundarias, las primitivas son debidas un fallo contráctil del útero. y las secundarias se trata de los casos en donde el útero se fatiga y no se contrae por agotamiento, dentro de las causas de las hipodinamias están las siguientes:

(...)

Teniendo en cuenta las diferentes causas de distocia dinámica, la posibilidad de prever la aparición de este trastorno es muy poca, teniendo

⁴⁰ Páginas 17 a 25 del archivo -02CuadernoPrincipal2- del expediente electrónico OneDrive

en cuenta que la evolución del trabajo de parto no presento alertas, ni alteraciones importantes.

3. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica en mención, sírvase indicar ¿A qué se atribuye en este caso la presentación de un parto distócico?

En este caso la presentación de un parto distócico puede estar asociado a factores inherentes a la paciente, teniendo en cuenta las causas expuestas en el punto anterior, las condiciones maternas son determinantes en la presentación de un parto con estas características, reconstruyendo el trabajo de parto a las 7:53 la paciente se encontraba grueso central permeable a 1 pulpejo, a las 10:35 estaba en 3 cm de dilatación, con B: 50%, membranas íntegras, a las 12:45 estaba en D: 9cm b: 80% y a las 13:35 es el parto, **lo que se encuentra dentro de los tiempos esperados para un trabajo de parto de una paciente multipara, con esa progresión del trabajo de parto es difícil anticiparse a una distocia de la dinámica uterina.**

4. En el caso que nos ocupa, se documentó una hemorragia postparto por ruptura uterina. De conformidad con lo anterior, sírvase indicar la perito a partir del análisis de la historia clínica de esta paciente:

- ¿Qué es la ruptura uterina?

La rotura uterina es la solución de continuidad de la pared uterina en el útero grávido. Se excluyen las perforaciones uterinas producidas en el curso de maniobras quirúrgicas como el legrado o la histeroscopia. Se pueden producir tanto sobre un útero sano, como con una cicatriz previa.

1. Rotura completa: Consiste en un desgarro hemorrágico de la pared uterina, de bordes anfractuados y de dirección variable. La solución de continuidad incluye el peritoneo visceral, miometrio y membranas ovulares. Al comunicarse la cavidad uterina con la abdominal el feto puede salir a esta última. Puede asociarse a roturas vesicales, que pueden llegar a interesar al trigono o al uréter terminal; o producir desgarros cervicales y vaginales cuando se prolonga en sentido caudal. Se acompaña con frecuencia de hemorragia materna y de graves complicaciones maternas y fetales.

2. Rotura incompleta: Casi siempre se trata de una rotura segmentaria, que conserva el peritoneo visceral. Las membranas ovulares pueden estar íntegras o rotas. No suele asociarse a hemorragia materna o complicaciones neonatales porque el feto permanece en la cavidad uterina.

La rotura uterina es una rara complicación intraparto, asociada con una severa morbilidad materna y fetal, en países desarrollados supone el 0,02 - 0,08% de todos los partos, la rotura uterina sin cicatriz previa es un evento raro 1/5,700 - 1/20.000 embarazos.

Existen algunos factores de riesgo que se asocian a la presentación de ruptura uterina como son:

1. Debilidad intrínseca de la pared (enfermedad de Ehlers-Danlos tipo IV) o arquitectura anormal del útero (útero bicorne, didelfo, etc.)
2. Gran multiparidad

3. Intervalo intergenésico reducido (< 18-24 meses).
4. Edad materna avanzada.
5. Obesidad (índice de masa corporal > 40).
6. Macrosomía (> 4.000 g).
7. Placentación anormal (placenta acreta, increta o percreta).
8. Histerorrafia en una sola capa.
9. Cirugía uterina previa.
10. Utilización de uterotónicos (oxitocina y prostaglandinas).
11. Maniobras obstétricas traumáticas (parto instrumental, abortos del 2 trimestre, versión y gran extracción, distocia de hombros, versión externa, etc.).

Ninguno de estos factores de riesgo es suficientemente fiable como para ser clínicamente útil en la predicción de la rotura uterina.

- ¿A qué se puede atribuir, la presentación de esta complicación en este caso?

Analizando los factores de riesgo la paciente no tenía enfermedad del colágeno, tenía antecedente de 3 partos, lo que sería un factor de riesgo intermedio, pero no era gran multipara, no tenía edad materna avanzada, y el índice de masa corporal estaba en 25, el feto peso 3355, y el riesgo es mayor de 4.000, no tenía cirugía uterina previa, ni se realizaron maniobras como parto instrumental, versión externa, distocia de hombros; **por lo cual podemos concluir que no tenía factores de riesgo para presentar ruptura uterina.**

Teniendo en cuenta los factores analizados, se considera que la paciente presenta esta rotura uterina como una complicación inherente al parto, sin una etiología clara.

- ¿Se puede prever esta complicación?

En este caso, la paciente no tenía factores de riesgo en la historia clínica para pensar en el riesgo de ruptura uterina, dentro la descripción del trabajo de parto y en la atención de parto no se identifican factores de riesgo para pensar que la paciente presente esta patología.

(...)

6. Teniendo en cuenta la experiencia que le asiste en la materia, sírvase indicar la perito ¿fue adecuado el manejo de la hemorragia postparto que la paciente Jennifer Andrea Chilito presentó?

Para hacer el análisis de la hemorragia postparto de la paciente iniciare el análisis revisando las notas desde la atención del parto, en donde reportan un sangrado de 150 cc, lo cual indica que el sangrado presentado por la paciente fue muy escaso.

Nota medica retrospectiva de las 15:00 horas donde se evidencia sangrado escaso por vagina, signos vitales: TA: 102/58. FC: 92, y hay nota de inicio del sangrado a las 15:30 ya con frecuencia cardiaca de 109 por minuto, llama la atención que la paciente no tiene signos de irritación peritoneal, y a las 15:45 se activa código rojo y se realizan de una manera clara y oportuna las acciones asociadas al código rojo:

- a. Se canalizan dos venas
- b. Se inicia manejo con cristaloides

- C. Se colocan medicamentos de manera sistemática, oxitocina, methergyn. misoprostol
- d. Transfusión de 2 unidades de GRE
- e. Sonda vesical, oxigenoterapia
Masaje uterino bimanual
- g. Traslado a quirófano por sospecha de rotura uterina.

A las 16:10 la paciente ingresa a quirófano según nota de anesestesiólogo, en la nota operatoria describen hemoperitoneo de 3000, útero con ruptura que se extiende desde el cérvix lateral izquierdo con hematoma a nivel retroperitoneal, se realiza histerectomía abdominal total, salpingectomía izquierda, drenaje de hemoperitoneo y se deja a la paciente empaquetada.

Se realizan las acciones descritas en el código rojo, según la historia clínica el sangrado inicia a las 15:30 y a las 16:10 la paciente se encontraba en quirófano, analizando la historia clínica se puede concluir que el manejo de la hemorragia obstétrica fue adecuado, teniendo en cuenta las acciones y los tiempos descritos.

7. A partir de un análisis integral de la historia clínica y del protocolo de necropsia remitido; sírvase indicar la perito ¿A qué se puede atribuir la muerte de la paciente Jennifer Andrea Chilito?

Se considera que la paciente falleció por presentar choque hipovolémico este se encuentra asociado a una ruptura uterina en una paciente sin factores de riesgo y sin posibilidad de anticiparse a este evento.

8. A partir del análisis del contenido del protocolo de necropsia No. 2015010118000161 de fecha 23 de agosto de 2015, específicamente en los hallazgos de aparato genitourinario, sírvase indicar la perito ¿Puede atribuirse la causa de muerte de esta paciente (choque hipovolémico asociado a ruptura uterina) a una mala práctica médica ginecoobstétrica? Justifique su respuesta.

En este caso vemos que se trata de una ruptura uterina espontánea, en una paciente sin factores de riesgo, la frecuencia de presentación de esta complicación es muy escasa, en la literatura encontramos diversos reportes de caso que muestran la presentación de casos similares sin factores de riesgo, complicación que como se indica en la literatura presentada puede llegar a ser mortal.

Se considera que la presentación de este evento puede estar asociada a factores inherentes a la paciente como los descritos anteriormente, en la historia clínica no se evidencia la presentación de mala práctica médica como factor asociado a la muerte de la paciente”.

Testimonio del médico **JULIO CAMILO ARRATA ECHEVERRIA**, quien en audiencia de pruebas llevada a cabo el día 08 de agosto de 2023, sobre la atención médica brindada a la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, testificó lo siguiente:

“... Si yo la atendí en el Hospital María Inmaculada, ella ingresó con un embarazo de término sino me equivoco y tenía pruebas para Hepatitis B positivas... ella ingresó al hospital con un embarazo de término y se le inició inducción del trabajo de parto, estando ingresada en el hospital, se solicitó nuevamente una prueba para determinar posibilidad que la señora se encuentre con hepatitis b, como esta

prueba salió positiva y en vista que estaba en trabajo de parto, la atención del parto de ella requería para el niño de ella una vacuna que en ese momento el hospital no contaba, al no contar el hospital con la medicación pertinente para el niño y evitar que el niño se infecte o se contagie con hepatitis b durante el trabajo de parto o durante la cesaría, decidí remitir a la señora a otra unidad hospitalaria que contara con la medicación pertinente para vacunar al niño cuando nazca...

PREGUNTADO: ¿Cuando usted dice que ella entró en labor de parto, cual fue la atención que se le brindó o que se le aplicó o como se le induce el parto a ella?

RESPONDIÓ: Cuando llegó al hospital se le indujo el parto, pero por cuestiones técnicas o de logística no se alcanzó a cumplir esa orden, en ese lapso de tiempo llegó resultado de laboratorio que indicaba que la señora tenía alta probabilidades de tener hepatitis b, cuando la paciente tiene alta sospechas de tener hepatitis b, es que una paciente con embarazo a término en trabajo de parto, la terminación de este parto debe hacerse en un sitio que cuente con vacuna pertinente para el niño, vacuna contra la hepatitis b de tal manera que apenas el niño se lo baña y se le vacuna se evita que el niño se contagie con hepatitis b, como cuando ella ingreso estaba iniciando trabajo de parto y tenía signos de bienestar fetal se decidió inducir el parto, pero como en el hospital en ese momento no contaba con la vacuna y dado que el trabajo de parto estaba prácticamente recién iniciando se decidió remitir a la paciente y la paciente fue aceptada en Medilaser y se llevó la paciente a la clínica Medilaser en donde continuo con su proceso de labor de parto.

PREGUNTADO: ¿Cuándo usted indica que se inició la inducción al parto, cual es el protocolo, que se le aplica, medicamentos o qué?

RESPONDIÓ: En una inducción de trabajo de parto, cuando no hay cambios cervicales, cuando se va a iniciar el trabajo de parto por lo general inducimos el trabajo de parto con misoprostol 50 microgramos dosis única y evaluamos a las cuatro a seis horas dependiendo si ha evolucionado o no el trabajo de parto y las condiciones de la señora se vuelve a ordenar hasta dos, tres o cuatro dosis de misoprostol de 50 microgramos, se espera que en el transcurso de la primera o segunda dosis de misoprostol la paciente arranque trabajo de parto y tenga a su hijo, tenga el parto y tenga a su hijo.

PREGUNTADO: En el caso de esa paciente Jennifer Andrea se le inició el trabajo de parto y se le aplicó el misoprostol. **RESPONDIÓ:** No, en el hospital no se le aplicó el misoprostol, por lo que le digo en el lapso que se le ordenó el misoprostol y que llegaron los resultados de los exámenes complementarios que se solicitaron al ingreso en la cual estaba la prueba para hepatitis b, esta llegó y salió positiva, como el hospital no contaba con la vacuna para el niño, se decidió remitir a la señora a otra IPS que contara con la medicación y la paciente fue aceptada en la clínica Medilaser y la paciente pues se envió para Medilaser para que continuara con su proceso de trabajo de parto. **PREGUNTADO:** Como verifico usted que efectivamente no le fuera aplicado el misoprostol, porque lo sabe, a parte de la historia clínica se indicó o por qué.

RESPONDIÓ: en lo que yo lo ordene las enfermeras no lo aplicaron, me dijeron que no lo habían aplicado antes de la remisión, porque no lo aplicaron, no sabría decirlo, puede que no haya habido en el momento o con tanto trabajo, pera ellas me dijeron que esa medicación no se había aplicado, no se había cumplido esa orden hasta el momento que se decidió la remisión de la paciente. **PREGUNTADO:** Que tipo de pruebas se le ordenó a la paciente para determinar si tenía activo la hepatitis b. **RESPONDIÓ:** Se lo solicitó antígeno de superficies para hepatitis b, ese es el examen que se pide, si este sale positivo y esta la paciente en trabajo de parto se considera alta probabilidad de hepatitis b y al momento de nacer el niño hay que vacunarle como profilaxis para evitar una posible infección por hepatitis b (...) por prevención o por profilaxis al niño hay que vacunarle indistintamente de si la mamá tuvo o tiene la enfermedad activa. **PREGUNTADO:** Porque si hay una prueba más específica la anticore

porque no se le practicó, en el trabajo de parto no se le podía practicar o que. **RESPONDIÓ:** No se hace porque demora, los resultados demoran, no es una prueba que se hace y los resultados estén en el mismo momento, el antígeno de hepatitis b demora una o dos horas a lo mucho para obtener el resultado, el anticore es una prueba que ya son cuestiones de laboratorio ya sea la muestra o que más dispendiosa demora dos tres días, no hay tiempo durante un trabajo de parto para pedir un examen confirmatorio, ese examen lo hace cuando la mujer está en su control prenatal, ahí si se pide la confirmación para saber si la paciente está activa o no (...) ya revisando la historia clínica de ella, durante el control prenatal el internista había solicitado anticuerpos anticore y determinó que no había tenido una fase activa, en el momento cuando el la vio, cuando ella me llegó por urgencias yo no tenía acceso a esa información y el acceso que obtuve fue que tenía hepatitis b positiva y por ese motivo yo solicite la vacuna para prevenir la infección del niño y como no había vacuna en el hospital decidí siguiendo las guías de atención médica remitir a la paciente a otra institución que si contara con la vacuna (...) estuvo en trabajo de parto inicial o latente, pero en fase activa nunca estuvo, o sea le explicó, el trabajo de parto tiene dos etapas si, la primera que es la fase latente del trabajo de parto que puede durar hasta 10 días y la segunda etapa es la fase activa, en la fase activa por lo general demora entre 12 y 24 horas, entonces la señora cuando ingreso a sala de partos en un trabajo de parto o fase latente, en trabajo de parto activo nunca estuvo en el hospital, por eso debimos remitir a la paciente porque no había vacuno dentro de las 72 horas siguientes y se suspendió todo trabajo de inducción del proceso de parto o de cesaría por lo mismo, porque no había vacuna en el hospital (...) **PREGUNTADO:** Hay relación alguna entre la presencia del antígeno de superficie para hepatitis b y la ruptura uterina que finalmente tuvo esta paciente. **RESPONDIÓ:** No tiene nada que ver, no para nada (...) la paciente se manejó de acuerdo a los protocolos (...) **(minuto 14:33 a 47:00).**

Testimonio de la médica **JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO** quien en audiencia de pruebas llevada a cabo el día 08 de agosto de 2023, sobre la atención médica brindada a la señora JENIFFER ANDREA CHILITO GÓMEZ, testificó lo siguiente:

*"Si señor ya la atendí... bueno es una paciente que ingresa en agosto de 2015, ingresa remitida del Hospital María Inmaculada, porque tenía un embarazo ya a término y la remiten porque la paciente tenía una sospecha de una infección por hepatitis b y en el hospital no contaban con la vacuna en el caso de que el bebé naciera, entonces la remiten en ese momento... yo a ella la ingresé, fui quien la recibió en la Medilaser por la remisión en el hospital y posterior a eso fui quien estuvo en parte del trabajo de parto en la atención del parto y luego en la atención del pos parto... como le dije anteriormente, yo la ingresó, porque venía remitida del hospital María Inmaculada, porque tenía la sospecha de infección por hepatitis b, al llegar a la clínica Medilaser, pues se trata de una paciente con un embarazo a término ya sobre las 40 semanas, que ya refería igual que tenía poca interacción uterina y pues como el motivo de la remisión era la sospecha de la infección por hepatitis b, pues se hizo la revisión de los exámenes de control prenatal en la paciente donde se evidencia la descripción de la historia clínica del internista que a ella la había valorado donde se descartaba en ese momento una infección aguda y pues ya con eso lo que se hizo fue continuar en lo que en su momento la paciente ya había iniciado el trabajo de parto, yo la ingrese casi sobre la tarde noche, durante la noche la tuvo otro colega y ya yo al otro día la vuelvo a ver y lo que se decide es inducir el parto (...) **PREGUNTADO:** Reviso usted si a la paciente se le hubiese aplicado misoprostol en el hospital María Inmaculada, lo recuerda que se*

hubiese indicado o que no. **RESPONDIÓ:** no, no sé. **PREGUNTADO:** pero en la clínica Medilaser si se ordenó la aplicación del misoprostol. **RESPONDIÓ:** Si señor, si se indicó la inducción del parto con misoprostol. **PREGUNTADO:** En qué fase llego la paciente del parto ahí a la Medilaser. **RESPONDIÓ:** Ella ingresa con una actividad uterina muy irregular y tiene un cuello apenas blando impermeable un dedo la cavidad como ya tiene una actividad uterina irregular, es decir, no son unos dolores frecuentes, lo que se considera prácticamente es que esta en un preparto, arrancando una fase inicial del trabajo de parto, trabajo de parto fase latente (...)

PREGUNTADO: Como usted lo sabe y que ya leyó la historia clínica hubo una ruptura uterina y eso ocasionó el fallecimiento de la madre, nos puede comentar lo que usted sepa o lo que le conste de esa situación que ocurrió. **RESPONDIÓ:** Si ella, tuvo un trabajo de parto normal, tiene el bebé por parto vaginal, no hizo tal vez una buena fuerza para tener el bebé y finalmente el bebé nace, posterior a eso la paciente mantiene muy estable, ella digamos que la historia y el momento lo tengo muy presente porque en ese momento ella no estuvo sola, siempre estuvo acompañada de una familiar no sé si era hermana o una familiar joven, ella en pos parto, pues el bebé nace y es adaptado por la neonatóloga de turno y lo llevan a la UCI Neonatal, la paciente queda ahí en sala de partos, ella se sienta ella toma algo de bebida, come y ya posterior, al tiempo es que empieza a manifestar el sangrado, no es un sangrado abundante, sus signos vitales permanecen muy estables y después de un tiempo cuando ya se ve un sangrado mayor, es cuando yo atiendo a revisarla, inicialmente me doy cuenta que el sangrado es un sangrado moderado, hago una revisión uterina y me doy cuenta que no toco el fondo del útero, entonces cuando eso ya activo el código rojo, se hace el uso de varios medicamentos, lo que es la activación del código rojo, que es una serie de cosas que van haciéndose poco a poco, para tratar de que la paciente no se descompense tanto y de una vez se pasa a cirugía. **PREGUNTADO:** Que causas pueden generar una ruptura uterina o bueno en este caso se logró determinar que lo causo, el misoprostol lo puede, digamos puede ser una complicación normal de la aplicación de ese medicamento o la misma actividad del parto, que podría ser digamos de acuerdo a lo que usted observe. **RESPONDIÓ:** toda mujer embarazada que va a tener un bebé, tiene miles de riesgos, muchos riesgos, entonces que sangre, bueno, pero una de las complicaciones más frecuentes es el sangrado, la ruptura uterina no es la causa más frecuente del sangrado pos parto y desafortunadamente las causas pueden ser muchas, desafortunadamente en ella no fue la forma más usual de la paciente propia que presente una ruptura uterina, porque la ruptura uterina, como su nombre lo dice es que se rompe una parte del útero, entonces uno esperaría que la paciente sangrara y se descompensara muy rápido, en caso de ella sucede la ruptura uterina posiblemente porque el útero si se contrajo muy bien en el periodo del pos parto muy posiblemente eso ayudo a que la paciente no sangrara tanto hacia el exterior y ayudo a que de pronto no tuviera una descompensación tan rápida, en cuanto a la causa en ella, se presentó una situación muy atípica y desafortunadamente no puede uno coger y decir es prevenible no, es muy desafortunada la situación, el uso del misoprostol claro si, es uno de los medicamentos que puede contribuir, porque el misoprostol genera una actividad uterina fuerte, pero no es que todas las pacientes que les hacemos uso del misoprostol terminen en ruptura uterina no, existen enfermedades del colágeno, que bueno, es una paciente que de una u otra manera ya había tenido tres bebés sin embargo sus otros bebés fueron sin problemas, así que son miles de causas las que pueden llevar a una ruptura uterina y desafortunadamente digamos que en ella la situación fue desfavorable por ella por la presentación propia de la historia clínica de ella. **PREGUNTADO:** digamos que, en la forma que usted nos narra, no fue en el momento de atender el parto que ocurre si no un tiempo después, cuanto

tiempo después ocurrió si lo recuerda la ruptura o los síntomas de aquello. **RESPONDIÓ:** No, pues la ruptura yo tampoco sé cuándo fue, las rupturas pueden ser antes del parto que obviamente en ese momento no fue, porque si no eso lleva a una afección tanto materna como fetal, entonces pues no, durante el parto podría haber sido la causa y es lo que pensaría uno que fue durante el parto que fue la ruptura, ahora el parto fue más o menos sobre la 1 y 35, pero ella se descompensa, realmente, prácticamente dos horas después es que ella se empieza a descompensar y empieza a presentar el sangrado, antes no, antes es una mujer en un puerperio normal, ella habla se sienta, ingiere bebida, pregunta por su bebé, la familiar en ese momento estaba ahí, ella se dio cuenta de cómo estaba, desafortunadamente no se descompensó tan rápido, se descompensó muy tarde y tal vez eso es lo que genera que ella llegue a una gravedad que le genera finalmente la muerte (...) en ese caso la musculatura no tenía la suficiente fuerza, entonces por eso el pujo no era tan bueno, pero finalmente el bebé nació en los tiempos que uno en medicina permite, entonces a pesar de que de pronto fue más porque se le ayudaba se le inducía para que ella pujara, las condiciones finalmente no fue mucho tiempo el que se demoró (...) **PREGUNTADO:** en las respuestas que le generó al señor juez hablábamos de que se presentó la ruptura uterina, esta ruptura uterina se puede prever esta complicación y si es así, en esta paciente era posible preverse de acuerdo a la sintomatología clínica de la misma. **RESPONDIÓ:** No, no se podía prever (...)” (minuto 1:00:40 a 1:23:35)

- De la responsabilidad de las demandadas

Debe decirse que lo pretendido por la parte actora es que se declare administrativa y patrimonialmente responsable a la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia y a la Clínica Medilaser S.A., por la falla médica consistente en el retardo y/o deficiente atención del trabajo de parto de la señora JENNIFER ANDREA CHILITO, lo que conllevará a su deceso, mientras se encontraba en las instalaciones de la Clínica Medilaser.

Así las cosas, el Despacho procederá a analizar los respectivos juicios de imputación, teniendo en cuenta la responsabilidad endilgada a cada una de las demandadas y sus argumentos de defensa.

- La responsabilidad de la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia

Frente a este hospital, es que realmente la parte actora aduce el juicio de responsabilidad, pues en su sentir, en dicho centro de salud fue que se presentó una atención médica irregular y/o tardía, pues en su criterio, los galenos de dicha institución conocían de la enfermedad de la paciente –Hepatitis b- y al no contar con un tratamiento para contrarrestar dicha patología, debieron haberla remitido a otra sede hospitalaria sin demoras ni dilaciones, véase el hecho décimo primero de la demanda-.

Así las cosas, se impone analizar las atenciones médicas brindadas por el Hospital a la señora JENNIFER ANDREA CHILITO, se tiene entonces que el 18 de agosto de 2015 a eso de las 09:37 pm, la paciente llegó al servicio de urgencias del hospital, donde se clasifica su ingreso como no urgente, diagnóstico de preparto, siendo el motivo de consulta dolores bajitos, en ese momento se anotó en la historia clínica “paciente de 29 años de edad ... quien consulta por cuadro de +/- 8 días de dolor tipo contracción uterina irregular y cefalea, niega otros síntomas, percibe movimientos fetales”, oportunidad donde se le egresa, y se le envía ayudas diagnósticas –ecografía

obstétrica y perfil biofísico ambulatorios, más recomendaciones de deambular, buena hidratación y no consumir aguas de hierbas, y se le dan los signos de alarma para que se acuda al servicio de urgencias de inmediato.

Posteriormente, el 19 de agosto de 2015 a eso de las 5:12 pm, es ingresada nuevamente al servicio de urgencias, donde se consigna en historia clínica, clasificación de urgencia médica 2, siendo el motivo de consulta *"tengo dolores bajitos"* se consigna como enfermedad actual *"Pte femenina de 29 años de edad G4P3V3, quien ingresa por sus propios medios refiriendo CC +- 8 días de evolución consistente en dolor tipo cólico, sin pérdidas vaginales, y desde hace dos días no percibe movimientos fetales, por lo que consulta, niega síntomas de vasoespasmo, niega amniorrea, no otros síntomas"*, seguidamente, a eso de las 5:54 pm, es revisada nuevamente por los galenos, se le hacen monitorias fetales, y se mantiene en constante revisión el embarazo por multiparidad, dejándose anotaciones en historia clínica así *"pte g4p3v3 con embarazo de 39.2 semanas por ecografía del segundo trimestre con bienestar fetal conservado por rastreo ecografico y monitoria fetal aro por gran multipara en trabajo de parto fase inicial en el momento hemodinamicamente estable dad"*.

Sobre la 8:20 pm, es valorado por medicina general, quien informa de resultado de Hepatitis b positivo, y ordena la toma de nuevas muestras *"HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG HBS)"*, sobre las 10 de la noche, la revisa nuevamente el ginecólogo, quien consigna lo siguiente en la historia *"PACIENTE CON DOMICILIO AREA RURAL DISPERSA QUIEN CURSA CON EMBARAZO DE 39-40 SEMANAS EN PREPARTO HACE 4 DÍAS S DOLOR TIPO CONTRACCIÓN DE IRREGULAR INTESIDAD PERSIVE MOVIMIENTOS FGETALES NO PERDIDAS POR VAGINA O AFU 34 LEOPOLD LCIA FCF 145 MONITORIA FETAL REACTIVA PERFIL BIOFISICO FETAL 8/8 EXAMEN GINECOLOGICO CERVIX CENTRAL PERMEABLE 1 DEDO A HIPODINAMIA UTERINA, DOMICILIO AREA RURAL DISPERSA, BISHOU NO FAVORABLE PARA CONDUCCIÓN P INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL PRUEBA DE TOLERANCIA A LAS CONTRACCIONES"*, para ese momento se ordenó la inducción del parto con el medicamento misoprostol, no obstante lo anterior, en la misma historia clínica y según lo afirmado por el testigo ginecólogo Arrata Echavarria, dicho medicamento no le fue aplicado a la paciente, vemos, historia clínica del **"20/08/2015 11:51:57 am⁴¹ (...) RECOMENDACIONES SUSPENDER INDUCCIÓN CON MISOPROSTOL"**, a su vez el médico refirió en su testimonio que *"en lo que yo lo ordene las enfermeras no lo aplicaron, me dijeron que no lo habían aplicado antes de la remisión, porque no lo aplicaron, no sabría decirlo, puede que no haya habido en el momento o con tanto trabajo, pera ellas me dijeron que esa medicación no se había aplicado, no se había cumplido esa orden hasta el momento que se decidió la remisión de la paciente"*.

A las 11:51 de la mañana del día 20 de agosto de 2015, que se había ordenado la suspensión de la medicación misoprostol, el médico tratante, también ordenó que se consultara con la UCI para verificar dosis de medicamentos para inmunización de recién nacido contra la hepatitis b, para así preparar cesarea para la paciente, recuérdese que en todo el embarazo de la paciente siempre se tuvo la sospecha de que fuera portadora de Hepatitis B, en dicha momento, se seguía monitoreando tanto a la madre como al bebé, según las anotaciones de la historia clínica, así *"PACIENTE CON GESTACIÓN DE TERMINO EN INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL PERO SIN CUMPLIR ORDEN, TIENE 2 PRUEBAS DE HBSAG POSITIVAS, SE EVIDENCIA BIENESTAR FETAL AL EXAMEN GINECOLOGICO CERVIX CENTRAL 1-2 CMS DE DILATACIÓN 30 5 DE BORRAMIENTO, UTERO REACTIVO ANALISIS TRABAJO DE*

⁴¹ Página 126 del archivo -01CuadernoPrincipal- del expediente electrónico OneDrive

PARTO INICIAL ALTO RIESGO DE HEPATITIS B, AMERITA CESAREA Y MANEJO DE RN SEGÚN ESQUEMA PAR PROFILAXIS DE HEPATITIS B, SOLÑICITO NOTIFICAR A UCI NEONATAL Y EPIDEMIOLOGIA PARA VERIFICAR EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA PROFILAXIS DEL MENOR”.

Seguidamente, tenemos que a las 2:24 de la tarde, del mismo 20 de agosto, el médico tratante, al recibir la información de que no se contaba en la institución con medicamentos para contrarrestar los efectos de la hepatitis b en el bebé por nacer, ordenó de inmediato hacer las gestiones de referencia y contrarreferencia para hacer la remisión de la paciente a otra institución médica donde sí se contara con la medicación necesaria, así quedo anotado en la historia clínica *“análisis de trabajo de parto inicial alto riesgo de hepatitis b, por lo que se comenta situación personal administrativo del caso quienes dicen no contar con tratamiento profilaxis para el producto por lo que se indica remisión g/o”*, siendo finalmente remitida la paciente a eso de las 5 de la tarde a la clínica Medilaser de Florencia, con el siguiente análisis de historia clínica *“SE ATIENDE LLAMADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE HOSPITAL MARÍA INMACULADA EN DONDE ARGUMENTA QUE LA PACIENTE FUE ACEPTADA EN CLINICA MEDILASER FLORENCIA POR LO QUE SE REALIZA EGRESO POR MEDICO NO TRATANTE ACTUALMENTE PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIGNOS VITALES TA 120/74 MMHG FC: 78 FR:18 T.36 4C C/P NORMAL CARDICO RITMICO NO SOPLO, ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO FETO UNICO VIVO FCF 146 LXM GENITA TACTO VAGINAL VAGINA NORMOELASTICA NORMOTERMICA CUELLO UTERINO DILATACIÓN DE 2 CM BORRAMIENTO DEL 50% MEMBRANAS INTEGRAS”*

Véase hasta aquí, que la atención médica prestada a la paciente fue oportuna, siempre se tuvo en monitoria fetal, utilizando las ayudas diagnósticas y la medicación indicada, se evidencia también, que durante la estancia de la paciente en el Hospital María Inmaculada no inició el trabajo de parto, pues estuvo siempre en fase latente, es decir, sin borramiento de cuello uterino al 100% ni rompimiento de membranas, sobre el particular el médico tratante Arrata Echeverría, declaró lo siguiente *“ya revisando la historia clínica de ella, durante el control prenatal el internista había solicitado anticuerpos anticore y determinó que no había tenido una fase activa, en el momento cuando el la vio, cuando ella me llegó por urgencias yo no tenía acceso a esa información y el acceso que obtuve fue que tenía hepatitis b positiva y por ese motivo yo solicite la vacuna para prevenir la infección del niño y como no había vacuna en el hospital decidí siguiendo las guías de atención médica remitir a la paciente a otra institución que si contara con la vacuna (...) estuvo en trabajo de parto inicial o latente, pero en fase activa nunca estuvo, o sea le explicó, el trabajo de parto tiene dos etapas si, la primera que es la fase latente del trabajo de parto que puede durar hasta 10 días y la segunda etapa es la fase activa, en la fase activa por lo general demora entre 12 y 24 horas, entonces la señora cuando ingreso a sala de partos en un trabajo de parto o fase latente, en trabajo de parto activo nunca estuvo en el hospital, por eso debimos remitir a la paciente porque no había vacuno dentro de las 72 horas siguientes y se suspendió todo trabajo de inducción del proceso de parto o de cesaría por lo mismo, porque no había vacuna en el hospital (...).*

De lo hasta aquí expuesto, se evidencia una adecuada atención médica especializada a la paciente, pues según las pruebas la paciente no entró en trabajo de parto mientras estuvo en el hospital, pues debió ser remitida ante la carencia de medicación para su futuro bebé para contrarrestar los efectos de una posible infección por hepatitis b, de la cual había sido portadora la madre.

Así las cosas, este Despacho no observa nexo de causalidad entre el daño –muerte de la señora JENNIFER ANDREA CHILITO- y la atención médica brindada por los galenos del Hospital María Inmaculada de Florencia, pues como se vio y analizó, guardan plena identidad los testimonios de los médicos tratantes con las notas consignadas en las historias clínicas, se garantizó la atención tanto a la señora Chilito como su bebé por nacer, se trató de iniciar la inducción del parto, bajo consentimiento informado de la paciente, así mismo, se iba proceder con la cesarea para extraer al bebé, acciones que se vieron truncadas al saberse que en la institución no se contaba con la medicación especial para vacunar al bebé contra la infección que posiblemente lo podría pasar la madre al bebé por nacer, y véase que apenas se supo de la falta de medicación, el médico tratante de una vez ordenó la remisión sin dilaciones injustificadas, pues el tiempo de remisión fue el justo para esa clase de eventos administrativos, sin pasar por alto que la paciente no entro en trabajo de parto propiamente dicho, como ya se dejó claro.

En criterio del Consejo de Estado⁴², el juicio de responsabilidad supone el estudio del nexo causal entre la conducta del demandado y el efecto adverso que de ella se deriva para el demandante, de ahí que la acción o la omisión de las autoridades debe ser la causa del daño que se reclama en la demanda para imputar responsabilidad al Estado⁴³. Este presupuesto de la responsabilidad debe estar debidamente acreditado en el proceso, porque el ordenamiento jurídico no ha establecido presunciones legales frente al nexo de causalidad⁴⁴. Si no se prueba la causa que desencadenó el hecho dañoso, no es posible atribuir responsabilidad al demandado. Por ello, para que la pretensión de responsabilidad prospere es necesario que el demandante acredite que la conducta que se le imputa al demandado fue la causa directa y adecuada del daño. O lo que es igual, debe demostrar la relación de causalidad entre el hecho ilícito y el perjuicio alegado.

Visto lo anterior y conforme se explicaba, aun en el escenario hipotético donde se admitiere que hubo una demora en la remisión de la paciente a otro centro médico, debe dejarse claro que la causa de la muerte de la paciente, se debió a un choque hipovolémico que se encuentra asociado a una ruptura uterina, que en nada tuvo que ver con una posible demora en la remisión de un centro de salud a otro.

Por lo anterior para el Despacho, las afirmaciones de los demandantes en el libelo introductorio, se tornan en hipótesis carentes de soporte probatorio al interior de este proceso, en los que se parte del resultado final ya conocido (la muerte de la señora JENNIFER ANDREA CHILITO) y de una presunta demora en la remisión de la paciente, que en todo caso, no es que la remisión haya sido porque no se tuviera medicación para la paciente, como erradamente lo hacer ver el apoderado de la parte actora, pues lo que no se tenía en el hospital era la medicación para el bebé por nacer, sin que pueda de manera automática que el tratamiento dado fue errado y/o retardado y que la muerte de la paciente se produjo por las causas que aduce la demanda.

Así entonces, no desvirtuó la parte actora que las atenciones médicas brindadas a la paciente desafortunadamente fallecida, fueron inadecuadas y/o retardadas y que no se

42 CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN C, Consejero ponente: GUILLERMO SÁNCHEZ LUQUE, Bogotá D.C., siete (7) de diciembre de dos mil veintiuno (2021), Radicación número: 05001-23-31-000-2002-02798-01(50954), Actor: OLGA DE JESÚS PUERTAS MÚNERA Y OTRO, Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

43 Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 16 de marzo de 2000, Rad. 11.609 [fundamento jurídico 9].

44 Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de noviembre de 2002, Rad. 14.142 [fundamento jurídico B].

encontraban dentro de los parámetros de los protocolos médicos de atención de urgencias y de ginecología y obstetricia, por lo tanto no existe prueba de la cual se pueda inferir, directa o indirectamente, que la conducta clínica a seguir conforme a la sintomatología presentada y documentada en la historia clínica en cada atención, tuviera que ser diferente, lo que pudiera llevar a pensar en la necesidad de una conducta médica distinta.

Correspondía a la parte actora corroborar y demostrar fehacientemente la teoría de su caso, esto es, asociar el tiempo de espera para la remisión de la gestante con la ruptura uterina, y la falla del servicio al no contar un medicamento común para la inducción al parto (misoprostol).

No se puede colegir una relación de causalidad entre el tiempo expectante a ser remitida, y la ruptura uterina, por cuanto la prueba pericial y testimonial, nos muestra que la razón de la ruptura es indeterminada en este caso, que no existían factores de riesgo, y que de conformidad con las atenciones médicas no habría forma de endilgar a un factor en particular a la producción de ese resultado. Tampoco se ahondó ni se consultó a otros galenos sobre la posibilidad del nexo entre las horas que duró el parto y el desenlace de la paciente, es decir, no existen probanzas que lleve a este juzgador a considerar la teoría de la parte actora.

Ya quedó anotado, que la razón de la remisión de la paciente del HMI a la Clínica Mediláser, no fue por la inexistencia del misoprostol, sino de la profilaxis que debía aplicarse a la bebé para evitar la transmisión vertical de la hepatitis b, desvirtuándose así la segunda hipótesis de la teoría de los demandantes.

- **La responsabilidad de la Clínica Medilaser de Florencia**

Obsérvese que la parte actora en su escrito introductorio no refiere como tal un juicio de responsabilidad en contra de la Clínica Medilaser, pues de manera genérica deprecia una pretensión de reparación en su contra, sin esbozar los motivos por los cuales debe declararse su responsabilidad.

No obstante, lo anterior, el Despacho al hacer el análisis de la historia clínica abierta en dicha institución de salud, no observa una falla en la prestación del servicio médico a la señora JENNIFER ANDREA CHILITO, veamos.

La paciente ingresó el 20 de agosto de 2015 a eso de las 7 de la noche, remitida del HMI, con el siguiente diagnóstico *"PACIENTE CON EMBARAZO DE 40.3 SEMANAS POR FUR DEL 10-11/14 QUIEN FUE REMITIDA DEL HMI CON DX DE HEPATITIS Y RIESGO NEONATAL DE INFECCIÓN POR NO CONTAR CON DICHA PROFILAXIS. ACTUALMENTE REFIERE LEVE ACTIVIDAD UTERINA NIEGA AMNIOORREA NIEGA SANGRADO GENITAL MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO. G4P3V3 CPN:7 FPP 17/08/15 SE INDICA MANEJO"*, así mismo, se descartó el contagio de hepatitis b de la gestante, por lo que se ordenó la inducción del parto, así *"EN NOTAS DE EVOLUCIÓN SE REVISAN PARACLINICOS, Ag SUPERFICIE Y ANTICORE B NEGATIVO FUE VALORADA POR EL DR CUBILLOS MEDICO INTERNISTA EXTRAINSTITUCIONAL QUIEN DIO DE ALTA ANTE PRUEBAS NEGATIVAS, POR LO TANTO, SE HOSPITALIZA PARA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, SE INDICA MANEJO Y TOMA DE PARACLINICOS PERTINENTES"*.

A las 11 de la noche de ese mismo día, la paciente es nuevamente valorada por el médico de turno, quien refiere en la historia clínica lo siguiente *"A/PACIENTE CON*

GESTACIÓN A TERMINO QUIEN INGRESO REMITIDA POR IDX DE HEPATITIS B, ACTUALMENTE PERMANECE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIOS SISTEMICA, SIN SINTOMAS DE VASOESPASMO, SIN INICIO DE ACTIVIDAD UTERINA, CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, DE NO INICIAR ACTIVIDAD UTERINA DE FORMA ESPONTANEA SE INDICARÁ INDUCCIÓN EN LA MAÑANA, CONTINUA IGUAL MANEJO”.

El día siguiente, esto es, el 21 de agosto de 2015, se hacen las siguientes anotaciones por la médica tratante “PACIENTE REFIERE DOLOR TIPO COLICO CONTRACCIÓN IRREGULAR DE BAJA INTENSIDAD, SENSACIÓN DE SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA ESCASO, MOV FETALES PRESENTES, NO SANGRADO ACTIVO, NIEGA PREMONITORIOS, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA”. (...) PACIENTE CON GESTACIÓN A TERMINO EN INDUCCIÓN DEL PARTO **QUIEN INICIA ACTIVIDAD UTERINA** CON MODIFICACIONES LEVES DEL CERVIX, MONITORIA FETAL REACTIVO DE INGRESO SE DECIDE CONTINUAR VIGILANDO TRABAJO DE PARTO Y FCF SS MONITORIA FETAL INTRAPARTO”, pronóstico que se siguió presentando, hasta la hora del parto, que fue consignado en la historia clínica hora 2:33:19 pm, de la siguiente manera “**PACIENTE CON DILATACIÓN DE 10CM BORRAMIENTO DE 100%, SE PASA A SALA DE ATENCIÓN DE PARTO, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTERILES, SE ATIENDE PARTO VAGINAL DISTOCICO POR MALA PRENSA ABDOMINAL Y MAL PUJO MATERNO A QUIEN POSTERIOR A PUJO POR 20 MINUTOS SE OBTIENE A LAS 13+35 RECIEN NACIDO VIVO SEXO FEMENINO PESO 3355GR TALLA 53.5 CM PC 35.5 CM PT32CM APGAR 0-3 6/10 BALLARD 39 SEMANAS, SE INFORMA INMEDIATAMENTE A UCIN NEONATAL Y ES ADPATADO POR DRA ISABEL DE LA HOZ MEDICO NEONATOLOGA QUIEN INICIA MANIOBRAS DE REANIMACIÓN E IOT CON POSTERIOR RECUPERACIÓN DE FCF, CONTINUA NEONATOLOGA CON LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO, PINZAMIENTO Y CORTE HABITUAL DE CORDON, SE TOMA MUESTRA PARA TSH Y HEMOCLASIFICACIÓN, ALUMBRAMIENTO A LOS 5 MINUTOS TIPO SHOULTZE COMPLETO, SE REVISIA CANAL VAGINAL SE EVIDENCIA SANGRADO 150CC**”.

Posteriormente, y según la historia clínica viene el suceso por el cual la parte actora, demanda, esto es, el fallecimiento de la señora JENNIFER ANDREA CHILITO, vivencia médica que es registrada de la siguiente manera:

“15+00 PACIETE QUEIN POSTERIOR A PARTO VAGINAL REFIERE SENTIRSE BIEN, SANGRADO ESCASO POR VAGINA, TOLERA CAMBIO DE CAMILLA A CAMA DE RECUPERACIÓN Y POSTERIOR INICIO DE VIA ORAL, LA CUAL ES TOLERADA SIN DIFICULTAD.

CLINICAMENTE ESTABLE SIGNOS VITALES DENTRO DE LIMITES NORMALES TYA 102/58 FC. 92XMIN FR: 21XMIN, SE CONTINUA VIGILANCIA DE PUERPERIO, VIGILANCIA DE TONO Y SANGRADO UTERINO

15+30: PACIENTE EMN POSTPARTO VAGINAL, ACTUALMENTE REFEIRE LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO NIEGA OTROS SINTOMAS, ALERTA HIDRATATADA AFEBRIL CON TA DE 92/55 FC. 109XMIN

ABDOMEN-BLANDO DEPREISBEL DOLOROSO A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO UTERO A NIVEL INFRAUMLICAL 1CM, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL GU GENIATLES EXTERNOS NORMNES SANGRADO ESCASO POR VAGINA REFIERE SOLICITAR INFRONACION SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE SU BEBE, SE SOLICITA INFROMACION A NEONATOLOGA DE TURNO.

15-45: SE VALORA PACIENTE SE ENCUENTRA ALERTA CON LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO PRESENTA SANGRADO MODERADO POR VAGINA POR LO CUAL SE PEROCEDA A REALIZAR REVISION, SALIDA DE MODERADA CANTIDAD DE COAGULOS DE CAVIDAD VAGINAL DE REALZA ASI REVISION UTERINA Y NO SE TOCA FONDO UTERINO MOTIVO POR EL CUAL, SE ACTIVA CÓDIGO ROJO, SE INDICA ASI CANALIZAR DOS VIAS PERIFERICAS.

INICIA MANEJO MEDICO CRISTALOIDES EN BOLO - OXITOCINA - METHERGYN - MISOPROSOL - TRANFUSION DE 2 U DE GRE POR AHORA Y SONDA VESICAL A CYSTOGLO Y OXIGENOTERAPIA, SE REALIZA MASAJE UTERINO BIMANUAL Y INMEDIATAMENTE SE INDCIA, PASAR URGENTE A LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR ALTA SOSPEHCA DE RUPTUTA UTERINA SE TRASLADA PACIENTE A SALAS DE CIRUGIA ALERTA ORIENTADA CON SIGNOS VITALES 85/60 Y FCF 113XMIN NO TAQUIPNEA

SE INFORMA A FAMILIAR PRESENTE Y PACIENTE SOBRE EL MOTIVO DE LA CIRUGIA Y EL POSIBLE REQUERIMIENTO DE HISTERCTOMIA QUIENES ACEPTAN CONDUCTA”.

Así mismo, la médica tratante JULIE NATALY BOHORQUEZ, quien compareció como testigo al presente proceso, sobre la atención médica refirió lo siguiente *“Si ella, tuvo un trabajo de parto normal, tiene el bebé por parto vaginal, no hizo tal vez una buena fuerza para tener el bebé y finalmente el bebé nace, posterior a eso la paciente mantiene muy estable, ella digamos que la historia y el momento lo tengo muy presente porque en ese momento ella no estuvo sola, siempre estuvo acompañada de una familiar no sé si era hermana o una familiar joven, ella en pos parto, pues el bebé nace y es adaptado por la neonatóloga de turno y lo llevan a la UCI Neonatal, la paciente queda ahí en sala de partos, ella se sienta ella toma algo de bebida, come y ya posterior, al tiempo es que empieza a manifestar el sangrado, no es un sangrado abundante, sus signos vitales permanecen muy estables y después de un tiempo cuando ya se ve un sangrado mayor, es cuando yo atiendo a revisarla, inicialmente me doy cuenta que el sangrado es un sangrado moderado, hago una revisión uterina y me doy cuenta que no toco el fondo del útero, entonces cuando eso ya activo el código rojo, se hace el uso de varios medicamentos, lo que es la activación del código rojo, que es una serie de cosas que van haciéndose poco a poco, para tratar de que la paciente no se descompense tanto y de una vez se pasa a cirugía”*

Ahora bien, como causa de muerte, se registró una ruptura de útero, que según la médica tratante es de difícil anticipación, al respecto sostuvo lo siguiente *“No, pues la ruptura yo tampoco sé cuándo fue, las rupturas pueden ser antes del parto que obviamente en ese momento no fue, porque si no eso lleva a una afección tanto materna como fetal, entonces pues no, durante el parto podría haber sido la causa y es lo que pensaría uno que fue durante el parto que fue la ruptura, ahora el parto fue más o menos sobre la 1 y 35, pero ella se descompensa, realmente, prácticamente dos horas después es que ella se empieza a descompensar y empieza a presentar el sangrado, antes no, antes es una mujer en un puerperio normal, ella habla se sienta, ingiere bebida, pregunta por su bebé, la familiar en ese momento estaba ahí, ella se dio cuenta de cómo estaba, desafortunadamente no se descompensó tan rápido, se descompensó muy tarde y tal vez eso es lo que genera que ella llegue a una gravedad que le genera finalmente la muerte (...) en ese caso la musculatura no tenía la suficiente fuerza, entonces por eso el pujo no era tan bueno, pero finalmente el bebé nació en los tiempos que uno en medicina permite, entonces a pesar de que de pronto fue más porque se le ayudaba se le inducía para que ella pujara, las condiciones finalmente no fue mucho tiempo el que se demoró (...) **PREGUNTADO:** en las respuestas que le generó al señor juez hablábamos de que se*

presentó la ruptura uterina, **esta ruptura uterina se puede prever esta complicación y si es así, en esta paciente era posible preverse de acuerdo a la sintomatología clínica de la misma. RESPONDIÓ: No, no se podía prever (...)**”.

En igual sentido fue consignado, por la perito, quien explicó lo siguiente **“La rotura uterina es una rara complicación intraparto, asociada con una severa morbimortalidad materna y fetal, en países desarrollados supone el 0,02 - 0,08% de todos los partos, la rotura uterina sin cicatriz previa es un evento raro 1/5,700 - 1/20.000 embarazos”; así mismo indicó “En este caso, la paciente no tenía factores de riesgo en la historia clínica para pensar en el riesgo de ruptura uterina, dentro la descripción del trabajo de parto y en la atención de parto no se identifican factores de riesgo para pensar que la paciente presente esta patología, igualmente consignó que “la paciente falleció por presentar choque hipovolémico este se encuentra asociado a una ruptura uterina en una paciente sin factores de riesgo y sin posibilidad de anticiparse a este evento”.**

Indicando finalmente, que la atención médica prestada en la Clínica Medilaser fue oportuna y conforme a la *Lex artis* **“se considera que la presentación de este evento puede estar asociada a factores inherentes a la paciente como los descritos anteriormente, en la historia clínica no se evidencia la presentación de mala práctica médica como factor asociado a la muerte de la paciente”.**

Así las cosas, el Despacho no encuentra falla del servicio médico en cabeza de la demandada Clínica Medilaser, y menos aún la parte actora cumplió con el deber de acreditar la falla probada del servicio, por lo cual se negarán las pretensiones declarativas en su contra.

VI. CONDENA EN COSTAS.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 188 del CPACA, que remite al artículo 365 y siguientes del Código General del Proceso, se tiene que este, en su numeral 8º contempla que:

“Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación”

Así las cosas, y pese a que la entidad accionada Clínica Medilaser de Florencia, aportó dictamen pericial de parte, lo cierto es que no allegó al expediente el soporte probatorio que demostrará el gasto en que incurrió para su consecución, pese a que en audiencia inicial llevada a cabo el 26 de abril de 2022, se le puso de presente que podría allegar dicha documental en cualquier momento, hasta antes de dictarse sentencia de fondo, y como no lo hizo, el Despacho no cuenta con elementos de convicción que permitan establecer la existencia de estipendios procesales, pues se itera, no aportaron gastos, facturas o cualquier otra prueba que acredite haber incurrido en pago, razón por la cual se abstendrá de condenar en costas en esta instancia a los demandantes.

VII. DECISIÓN.

Los razonamientos expuestos en precedencia son el sustento para que, el Juzgado Tercero Administrativo de Florencia - Caquetá, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: DESESTIMAR las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Sin condena en costas en esta instancia

TERCERO: Archívese el expediente previas constancia de rigor en el sistema judicial Samai.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

FAVIO FERNANDO JIMÉNEZ CARDONA

Juez

YCS

CONSTANCIA: La presente providencia fue firmada electrónicamente por el Juez Tercero Administrativo de Florencia en la plataforma denominada SAMAI. En consecuencia, se garantiza la autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta, de conformidad con el artículo 186 del CPACA. Puede validar la autenticidad del documento ingresando en el siguiente link: <https://samairj.consejodeestado.gov.co/Vistas/documentos/evalidador.aspx>