



Doctora

GINA PAMELA BERMEO SIERRA

Juez Cuarta Administrativa de Florencia
E.S.D.

Ciudad,

REFERENCIA: **MEDIO DE CONTROL:** REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE: ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E. Y OTROS
RADICADO: 18001333300420190044700
ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA

YIMBERLY PASTRANA PÉREZ identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi correspondiente firma, haciendo uso del mandato judicial conferido por la representante legal de la ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA, la doctora **LINA MARCELA GIRALDO RINCON**, siguiendo las instrucciones de mi mandante, procedo, oportunamente, a descorrer el traslado del Medio de Control de Reparación Directa que ha propuesto la señora ANDREA PAOLA ALVIS Y OTROS, quienes obran representados mediante apoderado, en los siguientes términos:

I. A LOS HECHOS

Se contestan de la siguiente manera:

DEL PRIMERO AL PRIMERO AL TERCERO: Se tratan de hechos que no corresponden al HOSPITAL MARÍA INMACULADA ESE.

AL CUARTO: No es cierto. La paciente no tuvo controles prenatales según consta en historia clínica, en el ingreso del día 1 de septiembre de 2016 cursaba con 20 semanas de gestación y no había acudido a ningún control de embarazo, lo que constituye una falta de autocuidado en la paciente, la ecografía a que hace mención en la demanda es del 3 de febrero de 2017, es decir cuando contaba con 36 semanas de gestación, lo cual no es indicio de que haya tenido un control prenatal, solo es una ecografía al término de su gestación, por consiguiente dicha afirmación debe ser probada por la parte demandante; en virtud de ello transcribo la parte pertinente de dicho ingreso del 1 de septiembre de 2016:



“Enfermedad actual: Paciente en embarazo refiere dolor abdominal de 1 díade evolución localizado en hipogastrio de tipo continuo, sin causa aparente sin más síntomas. Refiere además dolor en epigastrio de tipo urente acompañado de náusea y vómito. Niega fiebre. FUM: 13/04/2016. Edad gestacional: **20 semanas** fum: no confiable. g0 p0 a0.”

“Antecedentes: No planifica, **no inicio de control prenatal.**”

“Análisis: paciente con embarazo de 20 semanas por fum no confiable, **sin controles prenatales lo cual genera alto riesgo obstétrico.**”

Por otra parte, la paciente tiene antecedente de tabaquismo a pesar de su corta edad, lo cual, aunque ya lo hubiese suspendido, genera también riesgo para su embarazo, así como la falta de responsabilidad de la paciente en el cuidado de su salud. Por esto, se pone en duda la afirmación de que “la joven contaba con buen estado de salud.

DEL SEXTO AL QUINTO: No me constan, en historia clínica sistematizada del HOSPITAL MARÍA INMACULADA ESE, no se encuentran registrados los ingresos de las 8:00 am y de las 4:00 pm a que hace referencia la parte demandante, por ello deben probarse las afirmaciones hechas en estos puntos de la demanda, en el sistema solo están registradas la valoración inicial (triage) del 01 de marzo de 2017 a las 8:30 pm por la Médico General, quien ordena su ingreso para ser valorada por Ginecólogo, quedando de inmediato hospitalizada en área de Urgencias de Ginecología.

AL SEPTIMO: No es cierto. La doctora Yudy Andrea Flórez en compañía del especialista en ginecología doctor León, revisan a la paciente, **le hacen un rastreo ecográfico** que muestra bienestar fetal (según se consigna en nota de ingreso) y además se registra **una monitoria fetal categoría I**, es decir reactiva o normal, la cual se encuentra, en el archivo clínico de la paciente, en el ingreso de fecha 01 de marzo de 2017 a las 8:30 pm.

Por tanto, la afirmación hecha por la demanda acerca de que se **“procede a monitorear al feto por el espacio de 40 minutos sin encontrar señales de latidos ni movimientos de este”** es falsa. En la monitoria, la cual tiene una duración de 20 minutos, se encuentra una frecuencia cardiaca fetal que oscila entre 120 y 170 latidos por minuto.

Tampoco es cierta la afirmación de que a la paciente “se le ordena permanecer en



la sala de espera”, la paciente se ingresó al servicio de observación de urgencias de ginecología desde las 8:30 pm con instrucción de trasladar a sala de trabajo de parto cuando alcance 5 centímetros de dilatación, conforme se evidencia en la historia clínica en el ingreso del 01 de marzo de 2017.

AL OCTAVO: Parcialmente cierto. La paciente si fue al baño, pero lo hizo en contra de las instrucciones dadas por el personal de enfermería quienes le habían recomendado que no debía hacerlo.

Transcribo notas de enfermería de las 10 pm y de las 11 pm respectivamente:

“Nota de enfermería de las 22:00 horas:

*“Paciente consciente orientada afebril, **poco colaboradora no captaórdenes, se le explica que no puje y no entiende, paciente ansiosa**”.*

Nota de enfermería de las 23:00 horas:

*“Paciente consciente orientada afebril **mala colaboradora, se va para el baño a pujar se le explica que no lo haga y no cumple recomendaciones. Se le explica al esposo que no entre y no entiende, se entra sin permiso. Paciente refiere que se le sale algo por la vagina. Se llama al ginecólogo de turno doctor León quien ordena trasladar a cirugía de inmediato. Se le explica a la paciente y al familiar el procedimiento a seguir, ellos entienden. El esposo firma consentimiento informado de cesárea. Se traslada paciente de inmediato en camilla a salas de cirugía, se pide canasta de cesarea, ropa del bebe, queda paciente en cirugía**”.*

Como se puede ver, la paciente no acató las recomendaciones dadas por el personal de enfermería. Se levantó de su camilla y se fue al baño, realizando pujo, lo cual produjo la ruptura de las membranas y la consiguiente salida del cordón umbilical, lo cual constituye una emergencia ginecológica pues en pocos minutos el cordón puede comprimirse entre la cabeza del feto y la pelvis de la madre y causar la muerte del bebe por falta de irrigación sanguínea.

En este caso, según la historia clínica, de inmediato se procedió por parte de la doctora Sonia Cobos (médico general de la sala de partos), a introducir su mano en canal vaginal con el fin de empujar hacia arriba la cabeza del bebé y de esta manera evitar que el cordón umbilical quedara comprimido contra la pelvis de la madre, así permanece la doctora en su posición, hasta que a la paciente se le realiza la cesárea y se extrae su bebé. Mediante este procedimiento de emergencia, se evitó



en ese momento, que el bebé muriera de inmediato dentro del útero, sin darle al menos una oportunidad de sobrevivir.

Lamentablemente, según la descripción quirúrgica, el bebé tenía, además de lo anterior, una **doble circular de cordón apretada en su cuello** lo cual le causó la asfixia perinatal severa con la que nació. Esto, sumado a otras complicaciones cardíacas y renales que se presentaron en los días siguientes, llevaron a la muerte al recién nacido.

De lo anterior se puede deducir que la paciente tuvo gran responsabilidad, en lo que se refiere a la ocurrencia del prolapso de cordón, al no acatar las recomendaciones del personal de enfermería e ir al baño y realizar pujo, lo cual precipitó la ruptura de las membranas y la salida del cordón.

AL NOVENO: Es cierto según consta en la historia clínica del HOSPITAL MARÍA INMACULADA, el bebé nació con asfixia severa debido a que presentaba: 1) una doble circular apretada de su cordón umbilical a su cuello, 2) El prolapso de cordón, que pudo contribuir a la hipoxia severa y 3) la presencia de meconio en cavidad bucal y cuerdas vocales, esto último, es decir la presencia de meconio, se debió al sufrimiento fetal agudo secundario a la asfixia, causada por la doble circular de cordón umbilical apretada a su cuello durante el trabajo de parto.

Respecto a la afirmación acerca de que “después de 10 minutos de reanimación no se consiguió cambio alguno” no es cierta. La nota médica de la reanimación realizada refiere:

“... Se coloca segunda dosis de adrenalina y se realiza tercer ciclo de compresiones torácicas y vpp, posteriormente **se observa mejoría de la coloración de la piel - rosada - buenos pulsos distales y frecuencia cardíaca de 146 lpm con spo2 90%**. Duración de la reanimación 10 minutos.”

AL DECIMO: Parcialmente cierto. El niño si se remitió al Hospital Moncaleano donde posteriormente falleció, no obstante, no es cierto que haya habido negligencia e impericia en el manejo del caso, la asfixia severa se debió a una doble circular de cordón **apretada al cuello del bebe** y al prolapso del cordón durante el pujo de la madre estando en el baño.

Ya se mencionó que la paciente tuvo una gran responsabilidad en este segundo hecho (el prolapso del cordón) al no acatar las recomendaciones del personal de



enfermería.

En lo referente a la doble circular, no es posible preverla. Incluso en este caso, **la paciente tenía una ecografía obstétrica de detalle del día 12 de noviembre de 2016 en la que no se observaron anomalías en el cordón umbilical**, fue un evento inesperado, la circular se ajusta al cuello del bebé durante el trabajo de parto, mayormente cuando la paciente no permaneció acostada, sino que se levantó en varias ocasiones, haciendo que la circular se tensara aún más al descender el bebé debido a su peso, esto fue una imprudencia de parte de la paciente, no del personal médico y paramédico que la atendió, por ello, la paciente debió permanecer acostada en su camilla y no levantarse al baño y mucho menos pujar en tal situación.

Por otra parte, el prolapso de cordón también es un evento accidental e inesperado, que ocurre de forma súbita durante el trabajo de parto, no se puede prever; una manera de sospechar patologías del cordón umbilical, clínicamente, es mediante la detección de alteraciones en la monitoria fetal (presencia de desaceleraciones variables), a la paciente se le realizó al ingreso el día 01 de marzo de 2017 a las 20:30 horas una monitoria fetal, la cual fue normal (categoría I), también se realizó un rastreo ecográfico que mostró bienestar fetal.

Por lo tanto, en la paciente no hubo **signos de alarma tempranos** que permitieran sospechar complicaciones que desencadenaran en hipoxia neonatal severa, como dice la parte demandante, no se puede concluir entonces una supuesta **falla en el servicio**.

AL ONCE: No es cierto. Este punto está suficientemente explicado en los puntos anteriores de este análisis.

De otra parte, en el supuesto caso que se hubiera inducido el parto, no se habría evitado la aparición del prolapso de cordón ni **mucho menos la presencia de una doble circular apretada al cuello del bebé, (la que a la postre es la verdadera causante de la asfixia severa con que nació el bebé)**.

En cuanto a la realización de cesárea cuando se presentó el prolapso de cordón, esto es lo indicado y por tanto se actuó conforme a protocolo.

DEL DOCE AL QUINCE: Se tratan de hechos que no corresponden al HOSPITAL MARÍA INMACULADA ESE.



AL DIECISES: No es cierto. En lo que corresponde al HMI no hubo una prestación defectuosa del servicio de salud, tampoco es cierto que haya relación de causa efecto, entre la prestación del servicio en el HOSPITAL y el daño causado.

II. A LAS PRETENSIONES

En mi calidad de apoderada de la ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA, me permito manifestar de manera expresa la total oposición a todas y cada una de las pretensiones que el demandante menciona; pues ello desconocería que la atención, tratamiento y demás servicios prodigados al paciente en las entidades prestadoras de salud, estuvieron ajustados a los protocolos establecidos y se practicaron de forma oportuna, perita y diligente, razón por la cual no existeninguna falla en el servicio prestado. Lo anterior implica que no se vislumbran los elementos que imperativamente deben reunirse para predicar la responsabilidad médica respecto del Hospital María Inmaculada. En efecto, no se vislumbra una falla médica en el caso concreto, por cuanto se encuentra demostrada la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidadosa realizada por las Instituciones prestadoras de salud, a la paciente ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE. Motivo por el cual, no se puede establecer nexo causal entre el presunto daño antijurídicoalegado por la parte actora, con la prestación del servicio médico suministrado en la ESE Hospital María inmaculada, Por cuanto esta institución prestadora deservicios de salud trató de manera diligente y oportuna las patologías de base sufridas por la paciente, aclarándose ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE no tuvo controles prenatales según consta en historia clínica, en el ingreso del día 1 de septiembre de 2016, cursaba con 20 semanas de gestación y no había acudido a ningún control de embarazo, lo que constituye una falta de autocuidado en la paciente, la ecografía a que hace mención en la demanda es del 3 de febrero, es decir cuando contaba con 36 semanas de gestación, lo cual no es indicio de que haya tenido un control prenatal, solo es una ecografía al término de su gestación y tampoco acató las recomendaciones dadas por el personal de enfermería, se levantó de su camilla y se fue al baño, realizando pujo, lo cual produjo la ruptura de las membranas y la consiguiente salida del cordón umbilical, lo cual constituye una emergencia ginecológica pues en pocos minutos el cordón puede comprimirse entre la cabeza del feto y la pelvis de la madre y causar la muerte del bebe por falta de irrigación sanguínea y todas las atenciones suministradas fueron adecuadas, oportunas y acorde a la lex artis. Razón por la cual, no es dable atribuir ningún tipo de responsabilidad, por cuanto no se prueba en el presente asunto el nexo de causalidad por cuanto no están llamadas a prosperar dada la inexistencia de responsabilidad patrimonial en cabeza de la ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA en el caso sub judice, para lo cual planteo las siguientes:



III. REGIMEN JURDICO APLICABLE

De conformidad a los postulados jurisprudenciales definidos por el honorable Consejo de Estado Colombiano, tenemos que en los casos que se pretende definir la responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación del servicio médico, ésta corporación ha tenido una constante evolución en su línea jurisprudencial; embargo, se ha definido en la actualidad que el régimen de responsabilidad aplicable en estos casos es el de falla en el servicio probada, que implica que sea la parte que pretende la indemnización la que tenga la carga de la prueba de los elementos que configurarían la responsabilidad del agente estatal.

Conforme a lo anteriormente expuesto, el Consejo de Estado ha indicado:

“La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud del cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste”¹.

En esta área del derecho, las definiciones jurisprudenciales han sido de trascendental importancia, toda vez que se han definido, entre otros aspectos, el tipo de obligación que le asiste a los profesionales de la medicina, el contenido obligacional que debe revisarse al momento de realizar un análisis de su conducta, los regímenes de responsabilidad aplicables, entre otros. Así, se tiene que el desarrollo jurisprudencial surtido en la jurisdicción contencioso administrativa respecto a la responsabilidad médica estatal, ha permitido la distinción de diferentes tesis que nos han llevado a lo que actualmente es un reconocimiento de rigor científico que implica incluso, desproveer de la prueba de un nexo causal a cargo del demandante cuando éste puede ser inferido con certeza de forma suficiente por el fallador, de manera que pueda bastarle la probabilidad de su existencia.

Tradicionalmente la falla del servicio demanda tres elementos fundamentales: 1) el daño antijurídico sufrido por el interesado 2) la falla del servicio propiamente dicha, que consiste en el deficiente funcionamiento del servicio, porque no

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Expediente 15772, C.P. RUTH STELLA CORREA



funcionó cuando debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada 3) una relación de causalidad entre estos dos elementos, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio.

En ese sentido, teniendo en cuenta lo indicado, y conforme al contenido fáctico de la demanda, dentro del desarrollo procesal, se acreditará la inexistencia de responsabilidad patrimonial del HOSPITAL MARÍA INMACULADA, respecto de la presunta responsabilidad en la falla en el servicio, que se endilga por parte de la actora.

IV. EXCEPCIONES Y ARGUMENTOS DE DEFENSA

Previo a realizar un análisis de fondo del presente debate, es necesario considerar sobre la responsabilidad que se endilga por parte de la actora, es preciso que se verifique la configuración de los elementos o presupuestos, según la disposición constitucional que consagra la institución jurídica, esto es, el artículo 90 de la Constitución Política de 1991, en consecuencia, es necesario que esté demostrado el daño antijurídico, así como la imputación fáctica y jurídica del mismo a la administración pública. Bajo éstas consideraciones, el primer elemento que debe analizarse es el daño, el cual a efectos de que sea resarcible, se torna imprescindible que se acrediten los siguientes aspectos: i) debe ser un daño antijurídico, esto es que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo ii) que sea cierto, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente –que no se limite a una mera conjetura- y que suponga una lesión a un derecho, bien o interés legítimo que se encuentre protegido el ordenamiento jurídico, y iii) que sea personal, es decir, que sea padecido por quien lo solicita, en tanto se cuente con la legitimación en la causa para reclamar el interés que se debate en el proceso, bien a través de un derecho que le es propio o uno que deviene por la vía hereditaria.

Una vez verificada la existencia del daño antijurídico en las condiciones expuestas, deberá analizarse la imputación fáctica y jurídica del mismo, donde la primera supone un estudio conexo o conjunto entre la causalidad material y las herramientas normativas propias de la imputación objetiva, sin suponer por sí misma el surgimiento de la obligación de reparar, pues se requiere el estudio de la imputación jurídica, en el que el juez determina si además de la atribución de plano fáctico existe la obligación jurídica de reparar.



A. EXCEPCIÓN DE MERITO: INEXISTENCIA DE LA FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DEL HOSPITAL MARÍA INMACUALDA ESE – INEXISTENCIA DE LA IMPUTACIÓN FACTICA Y JURIDICA.

Sobre este aspecto, es menester tener en cuenta que litigios en los cuales se analice la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico, se debe establecer efectivamente la acción u omisión alegada por la parte actora; ello es la causa eficiente del daño, la cual no se puede predicar de la mera constatación de la atención médica del paciente, sino que debe ser ésta la que determinó el daño alegado, máxime cuando la prestación del servicio médico no existen verdades absolutas y el contenido obligacional de los galenos lo establece la ley del arte médico, la cual comprende: los protocolos y las guías de manejo, la literatura médica, las leyes de ética médica y demás relacionadas, y anuda a ello, la verificación del agotamiento de todos los recursos disponibles (humanos, técnicos y científicos) tendientes a cumplir con la obligación de medios.

En un análisis de responsabilidad derivado de la prestación de servicios médicos por entidades estatales, no basta constatar la existencia de imputación material; contrario sensu, “...se requiere un estudio de segundo nivel, denominado imputación jurídica, **escenario en el que el juez determina si además de la atribución en el plano fáctico existe una obligación jurídica de reparar el daño antijurídico...**”²

Al respecto ha considerado el Consejo de Estado Colombiano:

“...En cuanto a la imputación exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica, en la que se debe determinar la atribución conforme a un deber jurídico **[que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada-; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal-; riesgo excepcional]**. Adicionalmente, resulta relevante tener en cuenta los aspectos de la teoría de la imputación objetiva de la responsabilidad patrimonial del Estado...”³

² Sentencia n° 05001-23-31-000-1998-03149-01(26931) de Consejo de Estado - Sección Tercera, de 22 de enero de 2014

³ Consejo de Estado, Sentencia del 10 de noviembre de 2016, MP: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Radicado Interno No. 56282.



Ahora bien, de conformidad a la línea consolidada de la jurisprudencia del máximo órgano de lo contencioso administrativo, en el ámbito médico el título de imputación jurídica, por regla general, es el denominado, falla del servicio y para su configuración, ha de constatarse:

“...que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto de forma diligente, esto es, que no se presta el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance...”⁴ (Negritas y subrayado no originales).

Teniendo como base lo expuesto, en el caso que nos ocupa se debe constatar cuál fue la atención prestada por la ESE Hospital María Inmaculada a la señora ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE y al menor DILAN MATIAS POLANIA ALVIS si esta fue acorde a los mandatos establecidos en la Ley del Arte médico aplicable, en el entendido que la madre llegó a la Institución, donde se evidenció que durante todo su embarazo no realizó sus controles prenatales y en el momento de la atención omitió todas las indicaciones y recomendaciones dadas por los médicos.

A continuación, me permito hacer un resumen de la Historia Clínica del paciente:

“RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

PRIMER INGRESO:

Paciente de 17 años quien **el día 1 de septiembre de 2016 a las 7 y 22 horas** consulta a urgencias del HMI :

Motivo de consulta: Dolor abdominal

Enfermedad actual: Paciente en embarazo refiere dolor abdominal de 1 día de evolución localizado en hipogastrio de tipo continuo, sin causa aparente sin más síntomas. Refiere además dolor en epigastrio de tipo urente acompañado de náusea y vómito. Niega fiebre. FUM: 13/04/2016. Edad gestacional: **20 semanas** fum: no confiable. g0 p0 a0.

Antecedentes: No planifica, **no inicio de control prenatal.**

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 28 de Febrero de 2013, C.P: Danilo Rojas Betancourt, Radicado No. 2001-00063-01, Expediente (25075).



Examen físico: ta 120/80 fc 80 fr 20 t°37 so2 98% peso 84 kg talla 1.60. pupilas isocóricas normorreactivas, conjuntivas rosadas. no rigidez nuchal. murmullo vesicular conservado, no agregados, ruidos cardíacos rítmicos. blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipogastrio sin signos de irritación peritoneal, útero grávido infraumbilical, sin actividad. movilidad y sensibilidad conservados, no edemas, pulsos distales presentes. Paciente consciente, orientado, no déficit motor, glasgow 15.

Idx: otros dolores abdominales y los no especificados; gastritis, no especificada; embarazo confirmado.

Análisis: paciente con embarazo de 20 semanas por fum no confiable, **sin controles prenatales lo cual genera alto riesgo obstétrico**. Cursa con dolor abdominal de etiología no clara y gastritis aguda. Se encuentra en condiciones estables, sin pérdidas vaginales, sin actividad uterina. Se define ingreso a observación para manejo médico. Se solicita paraclínicos. Valoración con resultados.

Plan: observación; dieta normal; control de signos vitales; lactato ringer 80 cciv h; B. hioscina 20 mg iv du; ss/ hemograma, parcial de orina; ss/ ecografía obstetrica; valoracion con resultados por medico de observación; se activa protocolo de caídas.

A las 9 y 31 horas es valorada por médico de observación:

Ecografía reporta embarazo de 12 semanas, se pasa a sala de partos.

A las 11 y 03 horas es valorada por ginecología:

Andrea Paola de 17 años de edad primigestante adolescente; niega alergia, HTA, diabetes, asma, tiroides. Ex Tabaquista, lo suspendió hace 5 meses. FUM 13/04/16 ??? con FPP: 20/01/17 y un embarazo de +/- 20.1 sem por FUR; O rh positivo, talla: 1.60 mts; quien acudió por: dolor abdominal. Paciente en embarazo, refiere dolor abdominal de 1 día de evolución localizado en hipogastrio de tipo continuo sin causa aparente sin más síntomas. Refiere además dolor en epigastrio de tipo urente acompañado de náusea y vómito. Niega fiebre. fum: 13/04/2016 eg 20 semanas fum: no confiable. gOp0a0. Actualmente refiere dolor tipo cólico en hipogastrio sin sangrado vaginal sin síntomas vasomotores.

Al examen físico: PA: 104/67 mmhg fc: 82 xm sat O2 : 99 % consciente hemodinámicamente estable, alerta, afebril no algida, tranquila. Abdomen indoloro sin irritación peritoneal útero grávido con AU: 15 cm se realiza rastreo ecográfico y se observa movimientos fetales presentes y activos con fcf: 142 latidos- Al tacto OCI grueso posterior lateralizado a la derecha cerrado sin sangrado vaginal. Extremidades: simétricas eutróficas sin edema ni fovea. Sele fue realizado en el día



de hoy eco obstétrica que reportó ILA normal con Eg: 14.1 sem con fpp: 01/03/17
placenta posterior grado 0 fcf: 158 lat.

Paraclínicos : uroanálisis : leucocitos 75 x c bact +++; hemograma: leucocitosis :
15.6; hto : 42; plaquetas: alterada 480.

Idx: primigestante adolescente de 17 años de edad con un embarazo de 14.1sem por
1ra eco del 1 trimestre del día de hoy 01/09/16 con ARO x sobrepeso materno con
ITU.

Plan: hospitalización; dieta líquida; lev hartman 500 ml a 80 cc / hora; medicamentos
: acetaminofen 1 gr vía oral cada 6 horas; hioscina 1 amp 20 mg diluida lenta cada
8 horas; ampicilina sulbactam 1.5 g iv cada 6 horas;s/s eco de vías urinarias y
renal bilateral; s/s urocultivo con antibiograma + Hb Ags + vih 1 y 2 + toxo igm + fta
abs; vigilar fetocardia, actividad uterina , temperatura; csv – ac.

A las 15:00 horas es valorada por médico general:

Interpretación de paraclínicos: Ag Hepatitis B negativo; VIH 1 y 2 negativos; FTA
Abs negativo; Ecografía renal: estudio renal comparativo normal; Eco Obstetrica: Emb
14.1 semanas promedio, producto único vivo intrauterino; Colecistolitiasis como
hallazgo incidental. Hemograma leucocitosis con neutrofilia; Parcial de orina: IVU.

Paciente de 17 años de edad g:1 a:1 con dx: embarazo de 14.1 semanas porecografía;
ivu; colecistolitiasis (hallazgo incidental). Antecedente: niega alergia, hta , dm, asma,
tiroides, ex tabaquista lo suspendió hace 5 meses fum: 13/04/16 ??? con fpp:
20/01/17 y un emb de +/- 20.1 sem por fur ,o rh positivo talla: 1.60 mts. Paciente
refiere sentirse un poco mejor, disminución de dolor abdominal.

Al examen físico: PA: 114/85 mmhg fc: 82 xm sat O2 : 99 % consciente
hemodinamicamente estable ,alerta ,afebril no algida, tranquila, eucardica,
normoventilada. Abdomen abundante panículo adiposo, sin dolor sin irritación
peritoneal con útero grávido con au: 15 cm. Tacto vaginal : diferido, no evidencia
sangrado vaginal. Al tacto oci grueso posterior lateralizado a la derecha cerrado
sin sangrado vaginal , extremidades simétricas eutróficas sin edema ni fovea.

Análisis: Paciente con dx anotados, en el momento estable, no sirs, no distrés
respiratorio, en manejo antibiótico para ivu, tiene ecografía de vías urinarias normal,
con hallazgo incidental de colecistolitiasis, se recomienda cita con cirugía general
ambulatorio posterior a salida. Se solicita hemograma de control mañana para
vigilancia inflamatoria. continuar en la unidad.

Plan: hospitalización; dieta normal hipograsa; catéter heparinizado; medicamentos:
acetaminofen 1 gr vía oral cada 6 horas; hioscina 1 amp 20 mg diluida lenta cada 8



horas; ampicilina sulbactam 1.5 g iv cada 6 horas; pendiente urocultivo con antibiograma; vigilar fetocardia, actividad uterina , temperatura; ss hemograma y pcr control mañana; csv – ac.

El día 2 de septiembre de 2016 a las 9 y 52 horas es valorada por Ginecología:

Paciente en camilla , refiere buen patrón de sueño, tranquila, colaboradora, niega náuseas vómitos, o síntomas de vasoespasmio, adecuada tolerancia a la vía oral.

Al examen físico: PA: 111/79 mmhg fc: 84 xm sat 02 : 99 % consciente hemodinamicamente estable , alerta ,afebril no algida, tranquila, eucardica, normoventilada. Abdomen abundante panículo adiposo, sin dolor sin irritación peritoneal con útero grávido con au: 15cm, tacto vaginal : diferido, no evidencia sangrado vaginal. Al tacto oci grueso posterior lateralizado a la derecha cerrado sin sangrado vaginal , extremidades simétricas eutróficas sinedema ni fóvea.

Análisis: Paciente con diagnósticos y manejos anotados en folios anteriores, en el momento estable, no sirs, no distrés respiratorio, en manejo antibiótico para ivu, tiene ecografía de vías urinarias normal, con hallazgo incidental de colecistolitiasis, por el momento considero la paciente deberá recibir manejo atb para ivu durante aproximadamente 5 días, además vigilancia de gestación, se considera paciente obesa requiere valoración oportuna por servicio de psicología y nutrición , pendientes paraclínicos.

Plan: Hospitalización; dieta normal hipograsa; catéter heparinizado; medicamentos : acetaminofen 1 gr vía oral cada 6 horas; hioscina 1 amp 20 mg diluida lenta cada 8 horas; ampicilina sulbactam 1.5 g iv cada 6 horas; pendiente urocultivo con antibiograma; vigilar fetocardia, actividad uterina , temperatura; ss hemograma y pcr control mañana; csv – ac.

A las 10 y 30 horas es valorada por Psicología:

Se realiza interconsulta por psicología clínica: Paciente de 17 años, estado civil: soltera; escolaridad: octavo; ocupación: estudiante colegio politécnico; lugar de origen: florencia; lugar de residencia: florencia; planificación familiar: previo a embarazo hormonal grageas. Hobbies: ninguna; sueño: adecuado; apetito: adecuado; antecedentes tóxicos: ninguno; antecedentes familiares: desconocidos.

Paciente sexo femenino de 17 años de edad, de 20 semanas de gestación, **sin asistencia a controles prenatales**. La joven refiere que reside con sus dos hermanos Jhon Cubillos de 31 años de edad quien labora preparando arepas, sus hermanos Anderson Galvis de 27 años de quien labora en construcción. No reside con su madre desde hace seis meses aproximadamente dado que sostiene relación conflictiva con su padrastro, vínculo distante, su padre reside en la ciudad de Barranquilla el vínculo es distante y fracturado. Así mismo describe que su pareja y



padre de su hijo el señor Jose Fabian Polania de 18 años ocupacion tecnico en celulares responde económicamente por la gestante y sirve de soporte emocional.

El proceso interventivo se orienta a: confrontar procesos de corresponsabilidad frente al rol materno; explicación sobre temas del neurodesarrollo; importancia del vínculo y autocuidado que implica planear un hijo. Se conversa de prospectiva vital importancia y función de los controles prenatales. Es de aclarar que Leidy muestra discursos emergentes frente a los temas conversados, como las posibles implicaciones neuropsicológicas durante y después del embarazo, es receptiva, colaboradora en todo el proceso de atención, se deja abierta la posibilidad de activar la red de psicología en caso de ser necesario.

A las 10 y 50 horas es valorada por Ginecología:

Interpretación de paraclínicos: Hemograma dentro de parámetros normales. Se abre folio para suspender valoración intrahospitalaria por Nutricion. Se solicita valoración por Nutricionista ambulatoria.

El día 3 de septiembre de 2016 a las 11 y 18 horas es valorada por Ginecología:

Paciente de 17 años de edad con diagnósticos de: embarazo de 14.1 semanas por ecografía; ivu; colecistolitiasis (hallazgo incidental); sobrepeso y obesidad; g:1 a:1. Paciente en camilla, refiere buen patrón de sueño, tranquila, colaboradora, niega náuseas vómitos, o síntomas de vasoespasmo, adecuada tolerancia a la vía oral.

Al examen físico: paciente hemodinámicamente estable, alerta, orientada en las 3 esferas. hidratada con sv: pa: 120/79; fc: 82 x/m sat O₂: 99%. Cabeza y cuello: normocéfalo. escleras anictéricas. pupilas isocóricas normorreactivas. Tórax: simétrico, normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos. campos pulmonares bien ventilados. sin agregados. Abdomen abundante panículo adiposo, sin signos de irritación peritoneal. no megalias. tacto vaginal: diferido. Extremidades: eutróficas, sin edemas con buen llenado capilar.

Laboratorios: pcr: no se está procesando en el laboratorio de este hospital porque no hay reactivos. toxoplasma igm: no se está procesando en el laboratorio del hospital.

Análisis: Paciente con diagnósticos y manejos anotados. En el momento estable, no sirs, no distrés respiratorio, en manejo antibiótico para ivu, tiene ecografía de vías urinarias normal, con hallazgo incidental de colecistolitiasis, por el momento considero la paciente deberá recibir manejo atb para ivu durante aproximadamente 5 días, además vigilancia de gestación, se considera paciente obesa requiere valoración oportuna por nutrición, pendientes reporte de urocultivo.

Plan: continúa hospitalizada; acetaminofén 1 gr cada 6 horas; ampicilina sulbactam



1.5 gr cada 6 horas; hioscina 20 mg cada 8 horas; ss/ parcial de orina de control con sonda.

El día 4 de septiembre de 2016 a las 10 y 43 horas es valorada por Ginecología:

Interpretación de paraclínicos: Uroanálisis normal.

Paciente de 17 años de edad con diagnósticos de: embarazo de 14.1 semanas por ecografía; ivu; colecistolitiasis (hallazgo incidental); sobrepeso y obesidad; g:1 a:1; Paciente en camilla, refiere buen patrón de sueño, tranquila, colaboradora, niega náuseas vómitos, o síntomas de vasoespasmio, adecuada tolerancia a la vía oral.

Examen físico: Paciente hemodinámicamente estable, alerta, orientada en las 3 esferas. hidratada con sv: pa: 125/80; fc: 80 xm sat O₂: 99%. Cabeza y cuello: normocéfalo. escleras anictéricas. pupilas isocóricas normorreactivas. Tórax: simétrico, normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos sin presencia de soplos. campos pulmonares bien ventilados. sin agregados.

Abdomen abundante panículo adiposo, sin signos de irritación peritoneal. no megalias. tacto vaginal: diferido. Extremidades: eutróficas, sin edemas con buen llenado capilar.

Laboratorios: ch: leucos: 2 a 4 xc; hematíes: 0-2 xc; bacterias ++. Creatinina 0.6 normal.

Análisis: Paciente con diagnósticos y manejos anotados, en el momento estable, no sirs, no distrés respiratorio, en manejo antibiótico para ivu, tiene ecografía de vías urinarias normal, con hallazgo incidental de colecistolitiasis, **con buena evolución clínica, por lo que se da salida con fórmula médica para que continúe tto en casa**, se le entrega orden de interconsulta con cirugía general. se le dan las recomendaciones. refiere aceptar y entender.

Plan: Salida. Ampicilina 500 mg vo cada 6 h; acetaminofen 500 mg vo cada 6 h; control con cirugía general en dos semanas.

SEGUNDO INGRESO:

El día 8 de septiembre de 2016 a las 05 y 14 horas acude al servicio de urgencias de Ginecología:

Motivo de consulta: Estoy sangrando

Enfermedad actual: Paciente de 17 años de edad primigestante con gestación de 16.6 semanas por fur y 15.1 por eco de primer trimestre refiere cuadro clínico de 6 horas de evolución de sangrado vaginal abundante motivo por el cual consulta:



antecedentes quirúrgicos: negativo. patológicos: neg. alérgicos: neg. gineco-obstétricos: g1p0a0

Examen físico: Signos vitales dentro de los límites normales: TA 115/90, Fc 80, Fr 20, T° 36, SO2 98% . Paciente tranquila, estable y alerta. Cardiopulmonar sin alteraciones: normoexpansible , pulmones normoventilados ahora sin síntomas (no soplos no agregados): Abdomen blando , depresible sin masas no signos de irritación peritoneal . Al tacto vaginal cuello posterior dilatado 1 cm con sangrado vaginal abundante. Extremidades sin edema reflejos ot normales . Snc: sin déficit aparente.

Idx: Amenaza de aborto.

Plan: observación; nada vía oral; canalizar vena permeable lev lactato de ringer 1000 cc iv en bolo continuar a 80 cc iv x hora; se solicita ecografía transvaginal, ss/ laboratorios: hemograma , uroanálisis con sonda - serología valoración por g/o con resultados; control de signos vitales; se activa protocolo de caídas.

A las 09 y 56 horas es valorada por Ginecología:

Interpretación de paraclínicos: hemograma con leucocitosis; serología negativa, Eco obstetrica reportó Eg: 14.3 sem con fpp: 05/03/17 y un peso : 100 grs placenta fundica anterior grado 1 cefálico izquierdo. Uroanálisis: ITU.

Andrea Paola de 17 años de edad primigestante adolescente; niega alergia, HTA , diabetes, asma, tiroides. Ex Tabaquista, lo suspendió hace 5 meses. FUM 13/04/16 ??? con FPP: 20/01/17 y un embarazo de +/- 20.1 sem por FUR; O rh positivo, talla: 1.60 mts. Con informes ecográficos :1ra eco del I trimestre del 01/09/16 eco obst que reportó ILA normal con ig: 14.1 sem con fpp: 01/03/17 placenta posterior grado 0 fcf: 158 lat hoy ig: 15.1 sem.

Al examen físico: Pa: 112/71 fc: 85 x m fr: 18 x m sat O2 : 99 % consciente hemodinámicamente estable , alerta ,afebril no álgida, tranquila. Abdomen globoso por útero grávido con movimientos fetales presentes y activos por rastreo ecográfico de ahora. Se aprecia buena vitalidad fetal con dolor con actividad uterina , fcf: 128 lat .dorso izquierdo. Al tacto cérvix largo oci grueso posterior sin cambios cervicales con pelvis límite con membranas íntegras sin sangrado vaginal activo sin coágulos sin condilomatosis. Extremidades simétricas eutróficas sin edema ni fovea con pulsos pedios y poplíteos presentes y conservados.

Paraclínicos: uroanálisis : leucocitos 25 xc; hemograma :leucocitosis : 11.27 hto : 12.44 plaq: 350 hto: 36.98.

Idx: Primigestante adolescente de 17 años de edad con un embarazo de 15.1 sem por 1ra eco del I trimestre del día 01/09/16 con aro x sobrepeso materno con ITU recurrente.



Plan: hospitalización; recomendaciones estrictas de higiene personal con baños de asiento 3 veces al día con domboro y/o vinagre blanco casero y reposo absoluto físico, psíquico y sexual; dieta líquida; lev hartman 500 ml a 80 cc / hora; medicamentos : se le ordena geslutin y/o progendo 1 caps 200 mg al día vía oral; acetaminofén 1 gr vía oral cada 6 horas; hioscina 1 amp 20 mg diluida lenta cada 8 horas; ceftriaxona 1 g iv cada 12 horas; s/s urocultivo con antibiograma; vigilar fetocardia, actividad uterina , temperatura; csv – ac.

A las 14 y 59 horas es valorada por Médico de hospitalización en piso:

Paciente de 17 años de edad con diagnóstico de : gestación de 15.1 semanas por eco de primer trimestre; g1p0. Antecedente de hospitalización hace 4 días por ivu y dolor pélvico. Paciente en cama, tranquila, colaboradora, refiere disminución de dolor y sangrado, no náuseas ni vómitos, adecuada tolerancia a la vía oral.

Examen físico: alerta, consciente y orientada, afebril e hidratada, con signos vitales 110/52 mmhg fc 62 lpm fr 18 rpm sat 97% oxígeno ambiente. Normocéfalo cuello móvil sin masas ni adenopatías. Tórax simétrico expansible con murmullo vesicular audible sin sobreagregados, rscsrs sin soplos ni agregados. Abdomen : globoso por abundante pániculo adiposo, refiere dolor a la palpación semiprofunda y profunda en hipogastrio, no masas no megalias, no signos de irritación peritoneal. Genitourinario: refiere ardor al orinar, se realiza tacto vaginal, conducto normotermico, cuello posterior lateral derecho, con OCE permeable al pulpejo de dedo índice, blando, alargado , con salida de secreción escasa serohemática. Extremidades eutróficas sin signos de edema. SNC normal sin déficit aparente Glasgow 15/15.

Paraclínicos: uroanálisis : + bacteria con 25 leucos xc; hemograma con leve leucocitosis 11.23 sin diferenciación neu 63%.

Idx: 1) hemorragia en 1er trimestre 2) amenaza de aborto 3) infección de vías urinarias complicada.

Análisis: se trata de paciente conocida por el servicio, hace 4 días estuvo hospitalizada por presentar ivu en tto con ampicilina sulbactam durante 4 días con mejoría clínica, motivo por el cual se dio egreso, con orden de ampicilina oral. Refiere cumple con indicaciones, reingresa por presentar sangrado de 6 horas de evolución. Se realizan paraclínicos en los cuales se revela infección urinaria activa, además la paciente refiere continuar con ardor al orinar, además sangrado por vagina activo de 6 horas de evolución. La paciente niega trauma, o relaciones sexuales ocasionantes de sangrado vaginal. En el momento en manejo antibiótico con ceftriaxona y analgesico, con escaso sangrado al tacto vaginal. Por el momento se continúan iguales órdenes médicas. Tiene pendiente urocultivo solicitado y tomado el día de hoy.

Plan: continúa en la unidad; catéter; dieta normal; sin cambios por medicina general;



pendiente urocultivo; control de signos vitales; vigilar sangrado y pérdidas vaginales; reposo absoluto.

El día 9 de septiembre de 2016 a las 9 y 23 horas es valorada por Ginecología:

Paciente de 17 años de edad con diagnóstico de: gestación de 15.1 semanas por eco de primer trimestre; g1p0. Antecedente de hospitalización hace 4 días por ivu y dolor pélvico. Paciente en cama, tranquila, colaboradora, refiere ya no hay dolor ni sangrado, ni náuseas ni vómitos, adecuada tolerancia a la vía oral.

Al examen físico: alerta, consciente y orientada, afebril e hidratada, con signos vitales 103/61 mmhg fc 70 lpm fr 18 rpm sat 97% oxígeno ambiente. Normocéfalo cuello móvil sin masas ni adenopatías. Tórax simétrico expansible con murmullo vesicular audible sin sobreagregados, rscrs sin soplos ni agregados. Abdomen : globoso por abundante panículo adiposo, refiere dolor a la palpación semiprofunda y profunda en hipogastrio, no masas no megalías, no signos de irritación peritoneal. Genitourinario: refiere ardor al orinar, se realiza tacto vaginal, conducto normotermia, cuello posterior lateral derecho, con OCE permeable al pulpejo de dedo índice OCI cerrado , blando, alargado ,sin salida de secreción. Extremidades eutróficas sin signos de edema. SNC: normal sin déficit aparente glasgow 15/15.

Paraclínicos: uroanálisis : + bacteria con 25 leucos xc; hemograma con leve leucocitosis 11.23 sin diferenciación neutrófilos 63%.

Idx: 1) hemorragia en 1er trimestre 2) amenaza de aborto 3) infección de vías urinarias complicada.

Análisis: Paciente con diagnóstico y manejo anotado, en su primer día de estancia hospitalaria, con evolución clínica hacia la mejoría, en el momento sin evidencia de nuevos sangrados o pérdidas vaginales, en el momento sin dolor, sin embargo pendiente urocultivo para redefinir tto selecto antimicrobiano, considero debe continuar en la unidad, con iguales órdenes médicas, se ordena vigilancia materno-fetal.

Plan: continúa en la unidad; catéter; dieta normal; rom iguales; pendiente urocultivo; control de signos vitales; vigilar sangrado y pérdidas vaginales; reposo absoluto.

El día 10 de septiembre de 2016 a las 11 y 21 horas es valorada por Ginecología:

Paciente de 17 años de edad con diagnóstico de : gestación de 15.2 semanas por eco de primer trimestre; hemorragia en 1er trimestre; amenaza de aborto; infección de vías urinarias complicada; -g1p0. Antecedente de hospitalización hace 4 días por ivu y dolor pélvico. Paciente quien refiere estar mejor, refiere ya no hay dolor ni sangrado, ni náuseas ni vómitos, adecuada tolerancia a la vía oral, diuresis y



deposiciones positivas.

Al examen físico: Alerta, consciente y orientada, afebril e hidratada, con signos vitales 119/58 mmhg fc 78 lpm fr 20 rpm sat 99% oxígeno ambiente. Normocéfalo cuello móvil sin masas ni adenopatías. Tórax simétrico expansible con murmullo vesicular audible sin sobreagregados, rscrs sin soplos ni agregados. Abdomen : globoso por abundante panículo adiposo, refiere dolor a la palpación semiprofunda y profunda en hipogastrio, no masas no megalias, no signos de irritación peritoneal. Genitourinario: refiere ardor al orinar, se realiza tacto vaginal, conducto normotermico, cuello posterior lateral derecho, con OCE permeable al pulpejo de dedo índice OCI cerrado , blando, alargado ,sin salida de secreción. Extremidades eutróficas sin signos de edema. SNC normal sin déficit aparente glasgow 15/ 15.

Paraclínicos: pendiente urocultivo.

Análisis: Paciente con diagnóstico anotado, en el momento con estabilidad hemodinámica, sin evidencia de nuevos sangrados o pérdidas vaginales, sin dolor, sin demás sintomatología, con tendencia clínica hacia la mejoría , en manejo con atb, pendiente urocultivo para definir manejo antimicrobiano, continua en la unidad con órdenes médicas ya instauradas y orden de vigilancia maternofetal.

Plan: Continúa en la unidad; catéter; dieta normal; rom iguales; control de signos vitales; vigilar sangrado y pérdidas vaginales; reposo absoluto.

El día 11 de septiembre de 2016 a las 11 y 49 horas es valorada por Ginecología:

Paciente de 17 años de edad con diagnostico de : gestacion de 15.2 semanas por eco de primer trimestre; hemorragia en 1er trimestre; amenaza de aborto; infeccion de vias urinarias complicada; -g1p0. Paciente quien refiere estar mejor, refiere ya no hay dolor ni sangrado, ni náuseas ni vómitos, adecuada tolerancia a la vía oral, diuresis y deposiciones positivas.

Examen físico: Alerta, consciente y orientada , hemodinámicamente estable.afebril e hidratada, con signos vitales dentro de parámetros normales. Normocéfalo cuello móvil sin masas ni adenopatías. Tórax simétrico expansible con murmullo vesicular audible sin sobreagregados, rscrs sin soplos ni agregados. Abdomen : globoso por abundante panículo adiposo, refiere dolor a la palpación semiprofunda y profunda en hipogastrio, no masas no megalias, no signos de irritación peritoneal. Genitourinario: refiere ardor al orinar, se omite tacto vaginal. Extremidades eutróficas sin signos de edema. SNC normal sin déficit aparente glasgow 15/ 15.

Paraclínicos: pendiente urocultivo.

Análisis: :Paciente con diagnóstico anotado, en el momento con estabilidad hemodinámica, sin evidencia de nuevos sangrados o pérdidas vaginales, sin dolor,



sin edemas, sin otra sintomatología, con tendencia clínica hacia la mejoría, en manejo con atb, se solicita uroanálisis de control. Pendiente reporte de urocultivo para definir manejo antimicrobiano, continua en la unidad con órdenes médicas ya instauradas y orden de vigilancia materno-fetal.

Plan: Continúa en la unidad; catéter; dieta normal; rom iguales; control de signos vitales; vigilar sangrado y pérdidas vaginales; reposo absoluto.

El día 12 de septiembre de 2016 a las 9 y 44 horas es valorada por Ginecología:

Interpretación de paraclínicos: Uroanálisis: control el cual demuestra efectividad en tto y evolución de la paciente. Urocultivo y antibiograma: bacteria estafilococo hominis, sensible a cefalosporinas (tratamiento actual).

Paciente de 17 años de edad con diagnóstico de : gestación de 15.2 semanas por eco de primer trimestre; hemorragia en 1er trimestre; amenaza de aborto; infección de vías urinarias complicada; -glp0. Paciente quien refiere buen patrón de sueño, estar mejor, refiere ya no hay dolor ni sangrado, ni náuseas ni vómitos, adecuada tolerancia a la vía oral, diuresis y deposiciones positivas.

Examen físico: Alerta, consciente y orientada, hemodinámicamente estable. afebril e hidratada, con signos vitales ta 106/55 mmhg fc 78 lpm fr 18 rpm sat 97% oxígeno ambiente. Normocéfalo cuello móvil sin masas ni adenopatías. Tórax simétrico expansible con murmullo vesicular audible sin sobreagregados, rscrs sin soplos ni agregados. Abdomen : globoso por abundante pániculo adiposo, refiere dolor a la palpación semiprofunda y profunda en hipogastrio, no masas no megalias, no signos de irritación peritoneal. Genitourinario: refiere ardor al orinar, se omite tacto vaginal. Extremidades eutróficas sin signos de edema. SNC normal sin déficit aparente glasgow 15/15.

Paraclínicos: urocultivo reporta Staphylococcus hominis sensible a cefalosporinas tto actual.

Análisis: Paciente en su día número 4 de estancia hospitalaria, en día 4 de tto atb con ceftriaxona, con evolución clínica satisfactoria, en el momento no sangrado vaginal, no dolor, no cambios cervicales, con bienestar fetal conservado. **Considero que la paciente puede ser manejada de manera ambulatoria con orden de continuar tto atb, cita control en 15 días con uroanálisis de manera extramural y llevar reporte a cita control, y continuar controles prenatales.** Se explica conducta a la madre, además se explican signos de alarma y que en caso de presentarlos deberá ingresar de manera inmediata a el servicio de urgencia, si presenta: náuseas, vómito, fiebre, sangrado vaginal, dolor, o si convulsiona deberá reingresar por urgencia.

Plan: Salida; cefradina 500 mg cada 6 horas; acetaminofen 500 mg cada 6 horas;



cita control en 15 días con ginecobstetricia; uroanálisis.

TERCER INGRESO:

El día 1 de marzo de 2017 a las 20 y 48 horas ingresa al servicio de urgencias de ginecología:

Motivo de consulta: tengo dolores

Enfermedad actual: Paciente de 17 años de edad con gestación de 39.1 semanas pro eco de I trimestre, primigestante, refiere cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en dolor en hipogastrio tipo contracción uterina irradiado a región sacra, **niega amniorrea**, niega sangrado vaginal, niega expulsión de tapón mucoso, refiere **movimientos fetales activos**, niega síntomas de vasoespasmo. Buenas condiciones generales de salud, alerta hidratada, sin signos de dificultad respiratoria.

Al examen físico: Ta 122/77, Fc 80, Fr 19, T° 36, SpO2 99%, Peso 92, Talla 159. Cabeza: pupilas isocóricas reactivas a la luz. mucosa oral húmeda y rosada. amígdalas sin hipertrofia. sin foco bacteriano. Cuello: no adenopatías cervicales. no soplo carotídeo. no ingurgitación yugular. Tórax: no uso de músculos accesorios de la respiración. campos pulmonares con murmullo vesicular presente. no sobre agregados. ruidos cardiacos rítmicos no soplos. Abdomen: blando depresible, con altura uterina 35 cm **no actividad uterina fcf: 156 lat/min**. Feto único vivo longitudinal cefálico dorso derecho, **bienestar fetal conservado por rastreo ecográfico**. Genitourinario: tacto vaginal: **cuello anterior dilatación 3-4 cm borramiento 80%, membranas íntegras** estación >2 pelvis aparentemente útil. Extremidades: no edema de miembros inferiores. pulsos pedios simétricos de adecuada intensidad, llenado capilar 2 seg. marcha conservada. SNC: glasgow 15/15. sensibilidad conservada. reflejos ++/++++. no signos de focalización neurológica.

Idx: 1) gestación de 39.1 semanas + ARO primigestante adolescente + **trabajo de parto en fase latente** + ARO obesidad. 2) Obesidad no especificada.

Análisis: Paciente de 17 años de edad con dx gestación de 39.1 semanas + aro primigestante adolescente + trabajo de parto en fase latente + aro obesidad. Se valora en conjunto con g/o de turno quien ordena dejar para vigilancia del trabajo de parto y bienestar materno fetal, **actualmente en trabajo de parto en fase latente, con monitoria fetal categoría I**, quien se indica pasar a trabajo de parto en fase activa en 5 cm dilatación. Se le explicaa la paciente la conducta a seguir el cual escucha acepta y entiende lo dicho.

Plan: Tramadol 50 mg sc dosis única, Lactato de ringer 80 cc/h, se solicita hemograma, FTA Abs, VIH 1 y 2, Monitoria fetal (ya tomada: categoría I), Valoración



por ginecología (ya, valorada en conjunto), dieta líquida, se firma consentimiento informado para VIH, ingresar a sala de partos en 5 cm o más de dilatación cervical, cuidados de enfermería, se activa protocolo de caídas, fcf y signos vitales cada hora y anotar.

Nota de enfermería de las 22:00 horas:

Paciente consciente orientada afebril, **poco colaboradora no acepta órdenes, se le explica que no puje y no entiende**, paciente ansiosa.

Nota de enfermería de las 23:00 horas:

Paciente consciente orientada afebril **mala colaboradora, se va para el baño a pujar se le explica que no lo haga y no cumple recomendaciones**. Se le explica al esposo que no entre y no entiende, se entra sin permiso. **Paciente refiere que se le sale algo por la vagina**. Se llama al ginecólogo de turno doctor León quien ordena trasladar a cirugía de inmediato. Se le explica a paciente y al familiar procedimiento a seguir, ellos entienden. El esposo firma consentimiento informado de cesárea. Se traslada paciente de inmediato en camilla a salas de cirugía, se pide canasta de cesarea, ropa del bebe, queda paciente en cirugía.

A las 23 y 25 horas valorada por Ginecología:

Paciente presenta **accidente de cordón: prolapso al levantarse al baño**. Es atendida inmediatamente por personal médico y trasladada al quirófano para cesárea segmentaria de emergencia, médico con mano en vagina rechazando la presentación para evitar compresión del cordón por la presentación.

El día 2 de marzo de 2017 a las 0 y 22 horas se realiza cesárea segmentaria de urgencia:

Hallazgo Operatorio: recién nacido apgar 2/10, **con 2 circulares de cordón apretadas al cuello fetal + meconio grado 4 + prolapso de cordón umbilical**.

Detalle Quirúrgico: Procedimientos: Paciente llega al área de cirugía e inmediatamente equipo quirúrgico que operaba en la sala 3 a paciente de oftalmología se desplaza a quirófano 1 para iniciar manejo de emergencia por prolapso de cordón y sufrimiento fetal severo. Asepsia y antisepsia, se colocan campos quirúrgicos; incisión infra media umbilical; disección por planos de pared abdominal, llegando a cavidad peritoneal. Útero de aspecto normal. Histerotomía segmentaria. **amniotomía con salida de meconio grado IV**. Recién nacido en cefálico apgar 2/10, **con 2 circulares de cordón apretadas al cuello fetal + meconio grado 4 + prolapso de cordón umbilical**. Se entrega a médico de unidad de cuidados intensivos



neonatales. Alumbramiento completo bajo ergotínico. Revisión de cavidad uterina con extracción de membranas. Útero contraído. Histerorrafia en tres planos con Vicryl 0--cero-- catgut cromado 1. Revisión y limpieza de cavidad peritoneal con compresas. Recuento de compresas completo. Hemostasia satisfactoria. Cierre de aponeurosis con vicryl 0---cero-- puntos continuos. Cierre de piel con prolene 3-0, sutura intradérmica. Procedimiento sin complicaciones.

Nota: riesgo de dehiscencia de sutura y eventración por falta de vicryl 1--uno-- porque no hay en el Hospital Maria Inmaculada.

Complicaciones: ninguna.

Idx: Embarazo de 40 semanas + trabajo de parto en fase activa + prolapsode cordón umbilical + meconio grado 4 + alto riesgo de mortalidad fetal.

Laboratorios: Hemograma: leucocitosis con neutrofilia, VIH 1 y 2 negativos, FTA Abs negativo.

Plan: Metoclopramida 10 mg iv cada 12 h, Oxitocina 10 UI en 500 cc a 15 gotas por minuto, Ampicilina Sulbactam 1.5 g ev cada 6 h, Gentamicina 80mg ev cada 8 h, Diclofenaco 75 mg im cada 12 h, Tramadol 50 mg sc cada 8 h. Lactato de ringer 2000 cc para 24 h, hospitalizar en internación II, control de signos vitales.

Patología: Placenta con meconio grado IV.

Atención del recién nacido: Paciente nacido por cesárea de emergencia por prolapso de cordón, nace en muy malas condiciones generales, sin esfuerzo ventilatorio, flacidez generalizada, cianosis periférica y central. piel moteada, con zonas de lividez. Se observa líquido amniótico meconio grado III, no se estimula y se realiza aspiración de meconio con sonda nelaton 10 en cavidad bucal y cuerdas vocales, en abundante cantidad.

Se procede a realizar intubación orotraqueal con tot 3.5 que se fija en 9 cm. presenta leve mejoría de la coloración de la piel, no se ausculta frecuencia cardiaca por lo que se procede a dar ventilación con presión positiva y compresiones torácicas. Se realiza un ciclo de 2 minutos sin mejoría. Se coloca una dosis de adrenalina 1:10000 1 cc por tot y se continúa segundo ciclo de reanimación. Paciente con bradicardia < 100 lpm, spo2 66% y leve coloración rosada. Se coloca segunda dosis de adrenalina y se realiza tercer ciclo de compresiones torácicas y vpp, posteriormente se observa mejoría de la coloración de la piel - rosada - buenos pulsos distales y frecuencia cardiaca de 146 lpm con spo2 90%. Duración de la reanimación 10 minutos. Paciente persiste con hipotonía generalizada, pupilas menos midriáticas, no reactivas a la luz, no respuesta a estímulo doloroso.



Se indica traslado urgente a UCIN para manejo con hipotermia por asfixia perinatal severa. Se realizó profilaxis ocular y umbilical, se colocó dosis de vitamina K. Se carga placa de tórax y abdomen portátil de urgencia y laboratorios posterior a paso de catéter umbilical que se realizará en la UCIN.

A las 10 y 50 horas es valorada por Ginecología:

Interpretación de paraclínicos: Hemograma con leucocitosis: 20.600 con 89% de neutrófilos.

Día 1 pop de cesárea por prolapso de cordón + sufrimiento fetal. Refiere sentirse bien, leve dolor en sitio de incisión quirúrgica, sangrado vaginal escaso, adecuada lactancia materna, niega fiebre, emesis u otra sintomatología, diuresis y deposiciones de características usuales.

Examen físico: Buen aspecto general, alerta, activa, con signos vitales ta 118/75 mmHg, fc 79 lpm, sat O2 98% ambiente. Cabeza: normocéfalo, cabello de buena implantación, pupilas normorreactivas a luz de 3 mm, conjuntivas hipocrómicas, mucosa oral hidratada. Tórax: expandible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, no agregados pulmonares, no tirajes, mamas turgentes, secretantes, no congestivas. Abdomen: útero tónico involucionando a nivel umbilical, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal, herida quirúrgica de Pfannenstiel limpia, sin cambios en la coloración, no calor, no secreciones. Genitourinario: loquios escasos, no fétidos. Extremidades eutróficas: sin edemas, llenado capilar adecuado. SNC no tiene déficit motor ni sensitivo aparente.

Análisis: Paciente en pop día 1 de cesárea, en el momento refiere adecuada lactancia materna, adecuado control del dolor, sangrado vaginal escaso, sin sirs, estable hemodinámicamente, debe continuar tratamiento profiláctico y vigilancia de pérdidas transvaginales por riesgo de hemorragia postparto tardía.

Plan: Continúa en la unidad; dieta normal; catéter heparinizado; dipirone 1 gr c/6h iv; acetaminofén 1 gr cada 6 horas; cefradina 1 gr cada 6 horas.

El día 3 de marzo de 2017 a las 9 y 56 horas es valorada por Ginecología:

Día 2 de cesárea por prolapso de cordón umbilical. Paciente en cama, refiere sentirse bien, leve dolor en sitio de incisión quirúrgica, sangrado vaginal escaso, adecuada lactancia materna, tolerando deambulación, tolerando vía oral, niega fiebre, emesis u otra sintomatología, diuresis y deposiciones de características usuales, refiere pasar buena noche, con buen patrón del sueño.

Examen físico: Actualmente hemodinámicamente estable, en aceptables condiciones generales, hidratada, con signos vitales: ta: 110/70 mmHg, fc: 78 lpm, fr: 18 rpm, to: 36°C, satO2 99% al ambiente. normocéfala, cuello móvil, sin rigidez, ni adenopatías, tórax simétrico, normoexpandible, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo



vesicular conservado, sin sobreagregados, mamas turgentes con adecuada secreción láctea, abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en zona de herida quirúrgica, conútero tónico a nivel umbilical, herida tipo Pfannenstiel cubierta, sin signos de infección local, ni secreciones, sin signos de irritación peritoneal, genitales externos normoconfigurados, loquios rojos (hemáticos) escasos, no malolientes, extremidades eutróficas, simétricas, sin edema, pulsos simétricos, rot ++/++. neurológico sin déficit aparente, glasgow 15/15.

Análisis: Paciente con evolución clínica adecuada, hemodinámicamente estable, se indica salida con fórmula médica, control por consulta externa, recomendaciones generales y signos de alarma, se entrega certificado de nacido vivo no. 13946957-5

Plan: Salida; cefradina 500 mg cada 6 horas por 5 días; acetaminofen 500mg cada 6 horas por 5 días; sulfato ferroso 300 mg cada día por 30 días; medroxiprogesterona ampolla dosis única.

Recomendaciones: Continuar medicamentos según fórmula, retiro de sutura en 10 días, asistir a los controles en consulta externa, actividad física leve a moderada, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, consultar por urgencias si presenta fiebre, dolor intenso o progresivo, secreciones por herida, aumento de sangrado genital, dolor de cabeza intenso, visión borrosa, zumbido en oídos, náuseas, vómito, mareos, desmayos, ataques, dolor en la boca del estómago, dificultad para respirar, hinchazón. Control en 10 días para la madre, en 3 días para el recién nacido, retirar sutura en 10 días.

EVOLUCIÓN POSTERIOR:

Del recién nacido: Ingresó a la UCI neonatal el día 1 de marzo de 2017, con Idx de Asfixia Neonatal Severa por prolapso de cordón umbilical. Allí permaneció hasta el día 9 de marzo, presentando como complicaciones fallarenal, afectación cardíaca, encefalopatía hepática severa tipo Sarnat III. Alto riesgo de morbilidad fetal, secuelas neurológicas severas.

Nota de egreso de UCI neonatal:

Recién nacido post término con peso adecuado para la edad gestacional con diagnóstico de asfixia perinatal severa por adaptación inducida por prolapso de cordón, con afectación cardíaca y renal por marcadores de asfixia elevados. En manejo con fenobarbital para protección neurológica, con riesgo de infección por múltiple manipulación. Recibe cubrimiento antibiótico de primera línea ampicilina d4 y gentamicina d5. Cursando con encefalopatía hipóxica isquémica severa Sarnat III. En el momento hemodinámicamente estable, adecuadas cifras tensionales, y frecuencias cardíacas. Gasto urinario aumentado. Acoplado a ventilación mecánica invasiva modo cmv con los siguientes parámetros fio2 40 fr 30 pip 11 peep 5.5 ti 0.34



media 7. En el momento con adecuadas saturaciones en manejo conjunto con terapia respiratoria. Con nutrición parenteral con los siguientes parámetros oh 100 fm 6 aas 2 lip 3 na 6 k 1 ca 200 multivitaminas. Continúa demás manejo instaurado. Continúa vigilancia neurológica, hemodinámica y respiratoria. Se explica a ambos padres estado actual y conducta médica a seguir, riesgo de morbilidad, secuelas neurológicas severas, pobre pronóstico funcional y manejo instaurado. Entienden y aceptan.

Pendiente ck total, tgo y hemocultivo. Paciente con falla renal severa con requerimiento de hemodiálisis, en trámite de remisión a nefrología pediátrica, aceptado en Hospital Moncaleano de Neiva, debe viajar en ambulancia medicalizada con médico acompañante, bombas de infusión, ventilador mecánico, incubadora de transporte. Personal de ambulancia llega a la unidad para realizar el traslado, por lo que se egresa del sistema.

El día 9 de marzo es aceptado en remisión en Hospital Moncaleano de Neiva, donde permanece hasta el día 26 de marzo de 2017, fecha en que fallece.”

Es por tanto que se tiene que el servicio de salud prestado por la ESE Hospital María Inmaculada a la paciente ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE y a su hijo menor (QEPD), se ejecutó con pericia, diligencia y apegado a la lex artis, debe tenerse en cuenta que la paciente no tuvo controles prenatales según consta en historia clínica y que en el momento del trabajo de parto no acató las recomendaciones dadas por el personal de enfermería, se levantó de su camilla y se fue al baño, realizando pujo, lo cual produjo la ruptura de las membranas y la consiguiente salida del cordón umbilical.

Se trató de una situación al final del embarazo, inesperada e imprevisible: la presencia de nudo verdadero de cordón umbilical, lo que causó hipoxia severa y sufrimiento fetal agudo, y esto, finalmente, llevó a la muerte al bebé. Por tanto, no hay manejo negligente o descuido por parte del personal asistencial de la ESE Hospital María Inmaculada.

Así pues, se considera que, en el caso en concreto, a pesar de hallarse demostrado el daño sufrido por los demandantes (muerte del menor), no hay lugar a declararse la responsabilidad patrimonial a la ESE Hospital María Inmaculada, en relación con que dicho daño no se produjo como consecuencia de fallas del servicio médico asistencial que se le prestó en la entidad. Por el contrario, se encuentra demostrado que a la señora ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE como a su hijo menor (QEPD) fue tratado de manera oportuna, diligente, eficiente, aplicando el tratamiento adecuado a su cuadro clínico. Por tanto se colige, que no basta con demostrar el daño



antijurídico, pues tratándose de responsabilidad médica, ésta circunscribe como una profesión de medios más no de resultados, y tal como puede acreditarse de la lectura de la Historia Clínica del paciente, el acto médico desplegado por los galenos de la ESE Hospital María Inmaculada se ajustan a la *lex artis* con la cual no se acreditan las imputaciones fácticas ni jurídicas que lleven a mi defendida a una condena de perjuicios como lo pretenden los demandantes en este proceso judicial.

B. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA CONDUCTA (ACTUACIÓN PRESUNTAMENTE NEGLIGENTE DE LA ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA) Y EL DAÑO ANTIJURÍDICO (MUERTE DEL MENOR)

Previó a realizar el análisis de la situación fáctica y jurídica, es importante establecer cuál es la definición de daño antijurídico, la cual se encuentra dada en sentencia C – 333 de 1996, bajo el siguiente tenor literal:

“El perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo. La Corte considera que esta acepción del daño antijurídico como fundamento del deber de reparación del Estado armoniza plenamente con los principios y valores propios del Estado Social de Derecho, pues al propio Estado corresponde la salvaguarda de los derechos y libertades de los particulares frente a la actividad de la administración. Así, la responsabilidad patrimonial del Estado se presenta entonces como un mecanismo de protección de los administrados frente al aumento de la actividad del poder público, el cual puede ocasionar daños, que son resultado normal y legítimo de la propia actividad pública, al margen de cualquier conducta culposa o ilícita de las autoridades, por lo cual se requiere una mayor garantía jurídica a la órbita patrimonial de los particulares. Por ello el actual régimen constitucional establece entonces la obligación jurídica a cargo del Estado de responder por los perjuicios antijurídicos que hayan sido cometidos por la acción u omisión de las autoridades públicas, lo cual implica que una vez causado el perjuicio antijurídico y éste sea imputable al Estado, se origina un traslado patrimonial del Estado al patrimonio de la víctima por medio del deber de indemnización. Igualmente, no basta que el daño sea antijurídico, sino que éste debe ser además imputable al Estado, es decir, debe existir un título que permita su atribución a una actuación u omisión de una autoridad pública.” (Subrayado y negrita fuera de texto).

Según la situación fáctica del apoderado de la parte Convocante existió negligencia por:

- Negligencia e impericia en la atención del parto.



Al respecto debe decirse que dichas aseveraciones no tienen soporte alguno en la realidad fáctica que rodeó la atención médica prestada a la paciente, toda vez que la apoderada de la parte convocante solo se limitó a realizar apreciaciones subjetivas que no encuentran soporte en la Historia Clínica, como se evidenció en el resumen realizado.

La paciente no tuvo controles prenatales según consta en historia clínica, en el ingreso del día 1 de septiembre de 2016, cursaba con 20 semanas de gestación y no había acudido a ningún control de embarazo, lo que constituye una falta de autocuidado en la paciente, la ecografía a que hace mención en la demanda es del 3 de febrero, es decir cuando contaba con 36 semanas de gestación, lo cual no es indicio de que haya tenido un control prenatal, solo es una ecografía al término de su gestación.

Como se puede ver, la paciente no acató las recomendaciones dadas por el personal de enfermería, se levantó de su camilla y se fue al baño, realizando pujo, lo cual produjo la ruptura de las membranas y la consiguiente salida del cordón umbilical, lo cual constituye una emergencia ginecológica pues en pocos minutos el cordón puede comprimirse entre la cabeza del feto y la pelvis de la madre y causar la muerte del bebe por falta de irrigación sanguínea.

En este caso, según historia clínica, de inmediato se procedió por parte de la doctora Sonia Cobos a introducir su mano en canal vaginal con el fin de volver hacia arriba la cabeza del bebé y de esta manera evitar que el cordón umbilical quedara comprimido, así permanece la doctora en su posición hasta que a la paciente se le realiza la cesárea y se extrae su bebé, dicha acción fue determinante para que el bebé no muriera in útero sin darle ninguna oportunidad, lamentablemente, según la descripción quirúrgica, el bebé tenía además de lo anterior una **doble circular de cordón apretada en su cuello** lo cual le causó evidentemente la asfixia perinatal severa con la que nació y posteriormente las complicaciones multisistémicas que lo llevaron a la muerte.

De lo anterior se puede deducir que la paciente tuvo gran responsabilidad en lo que se refiere a la ocurrencia del prolapso de cordón al no acatar las recomendaciones e ir al baño y realizar pujo, lo cual precipito la ruptura de las membranas y la salida del cordón. Este evento, como ya se mencionó fue atendido de inmediato y acorde a los protocolos de manejo para dicha situación. No tiene relación con el hecho de que el niño haya nacido con una doble circular apretada del cordón alrededor de su cuello



Referente al recién nacido que presentó asfixia perinatal severa, se debe a dos razones: presencia de doble circular de cordón umbilical apretada a su cuello, durante su trabajo de parto y a la presencia en forma aguda de un prolapso de cordón a través del canal vaginal.

La primera de las razones: doble circular de cordón umbilical apretada en el cuello del feto no guarda relación con el proceso de trabajo de parto, es una situación que ocurre in útero y que solo se puede detectar mediante una ecografía de detalle o un Doppler de cordón umbilical, ninguna de las dos tecnologías diagnosticas se encuentran en el HMI para la fecha de los hechos, en el momento del trabajo de parto, cuando la cabeza del feto empieza a descender por el canal vaginal, la tensión sobre el cordón aumenta y se disminuye considerablemente la circulación sanguínea desde la madre al bebé, lo cual desencadena hipoxia.

La segunda razón: la presencia de prolapso de cordón puede suceder en el desarrollo del trabajo de parto, al romperse las membranas ovulares que cubren y protegen al feto. Esto pudo deberse en este caso al hecho de que la paciente no acató las ordenes de permanecer en su camilla y se levantó al menos en dos oportunidades al baño y además realizando esfuerzo para pujar lo cual pudo precipitar la ruptura de las membranas y el prolapso del cordón umbilical.

Por lo anterior, no existe relación de causa efecto entre las atenciones brindadas a la paciente en el HMI y el fallecimiento de su bebé.

C. CULPA EXCLUSIVA Y DETERMINANTE DE LA VÍCTIMA

La culpa exclusiva del perjudicado o la víctima es una de las causas que exoneran de responsabilidad civil, pues con ella se produce la ruptura del nexo causal, lo que se traduce en que la víctima sea la única responsable de los daños producidos. El Consejo de Estado, estudiando un medio de reparación directa, recordó que la culpa exclusiva de la víctima (elemento que excluye la responsabilidad del Estado) se presenta cuando esta viola las obligaciones a las cuales está sujeto el administrado. Así mismo, se concreta en la demostración de la simple causalidad material, según la cual la víctima directa participó de manera dolosa o culposa y fue causa eficiente en la producción del daño. Dentro de las múltiples sentencias del Consejo de Estado sobre la culpa exclusiva de la víctima se resalta el siguiente pronunciamiento:



“Cabe recordar que la culpa exclusiva de la víctima, entendida como la violación por parte de ésta de las obligaciones a las cuales está sujeto el administrado, exonera de responsabilidad al Estado en la producción del daño. Así, la Sala en pronunciamientos anteriores ha señalado:

“(...) Específicamente, para que pueda hablarse de culpa de la víctima jurídicamente, ha dicho el Consejo de Estado, debe estar demostrada además de la simple causalidad material según la cual la víctima directa participó y fue causa eficiente en la producción del resultado o daño, el que dicha conducta provino del actuar imprudente o culposo de ella, que implicó la desatención a obligaciones o reglas a las que debía estar sujeta. Por tanto puede suceder en un caso determinado, que una sea la causa física o material del daño y otra, distinta, la causa jurídica la cual puede encontrarse presente en hechos anteriores al suceso, pero que fueron determinantes o eficientes en su producción. Lo anterior permite concluir que si bien se probó la falla del servicio también se demostró que el daño provino del comportamiento exclusivo de la propia víctima directa, la cual rompe el nexo de causalidad; con esta ruptura el daño no puede ser imputable al demandado porque aunque la conducta anómala de la Administración fue causa material o física del daño sufrido por los demandantes, la única causa eficiente del mismo fue el actuar exclusivo y reprochable del señor ..., quien con su conducta culposa de desacato a las obligaciones a él conferidas, se expuso total e imprudentemente a sufrir el daño (...)”⁵ (se subraya).

La responsabilidad de los pacientes en su propio cuidado es un elemento que se traduce en una mayor adherencia a los tratamientos, mejor cumplimiento de las revisiones y a las recomendaciones dadas por el médico tratante.

No seguir las recomendaciones de los profesionales de la salud puede tener las siguientes implicaciones:

- 1) Dificultades en el seguimiento de una enfermedad, ya que los médicos o los enfermeros pueden creer que el paciente, a pesar de tomar los medicamentos o hacer una dieta, no logra tener la enfermedad bien controlada. Para controlarla, puede que se le receten otros medicamentos y así aumente la complejidad del tratamiento y, al mismo tiempo, el riesgo de aparición de efectos secundarios.
- 2) Falta de la eficacia de las recomendaciones de los profesionales de la salud, o al menos disminución de la eficacia que se esperaría. Esto puede derivar en recaídas e incluso en ingresos hospitalarios. No tomar correctamente los medicamentos también puede provocar un aumento de la dependencia a

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 25 de julio de 2002 (expediente 13.744)



estos, un aumento de la resistencia a antibióticos y antivirales o incluso accidentes.

En el caso que nos ocupa, como se puede ver en la historia clínica, la paciente no acató las recomendaciones dadas por el personal de enfermería, se levantó de su camilla y se fue al baño, realizando pujo, lo cual produjo la ruptura de las membranas y la consiguiente salida del cordón umbilical, lo cual constituye una emergencia ginecológica pues en pocos minutos el cordón puede comprimirse entre la cabeza del feto y la pelvis de la madre y causar la muerte del bebe por falta de irrigación sanguínea.

En este caso, según historia clínica, de inmediato se procedió por parte de la doctora Sonia Cobos a introducir su mano en canal vaginal con el fin de volver hacia arriba la cabeza del bebé y de esta manera evitar que el cordón umbilical quedara comprimido, así permanece la doctora en su posición hasta que a la paciente se le realiza la cesárea y se extrae su bebé. Dicha acción fue determinante para que el bebé no muriera in útero sin darle ninguna oportunidad., lamentablemente, según la descripción quirúrgica, el bebé tenía además de lo anterior una **doble circular de cordón apretada en su cuello** lo cual le causó evidentemente la asfixia perinatal severa con la que nació y posteriormente las complicaciones multisistémicas que lo llevaron a la muerte.

De lo anterior se puede deducir que la paciente tuvo gran responsabilidad en lo que se refiere a la ocurrencia del prolapso de cordón al no acatar las recomendaciones e ir al baño y realizar pujo, lo cual precipito la ruptura de las membranas y la salida del cordón. Este evento, como ya se mencionó fue atendido de inmediato y acorde a los protocolos de manejo para dicha situación. No tiene relación con el hecho de que el niño haya nacido con una doble circular apretada del cordón alrededor de su cuello.

En sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. C.P. Dra. Myriam guerrero de Escobar, 4 de junio de 2008, radicación: 23001-23-31-000-1996-05281-01 (15856), se manifestó “ese marco probatorio arroja la certeza que señora xxx nunca se acercó a bienestar Universitario a solicitar la remisión para el “control en 15 días” ordenado el 1 de junio de 1995”.

Es claro que una de las características más relevantes en relación médico- paciente es la bilateralidad, en la sentencia antes relacionada se cita al argentino Ricardo Luis Lorenzetti, en su obra Responsabilidad Civil de los Médicos, Tomo I y II, Ob cit., p.318 y 157.



“las obligaciones del paciente tienen directa relación con las causales de la culpa de la víctima en la responsabilidad médica, siendo una de estas últimas el abandono del tratamiento, pues la interrupción por el paciente libera al médico de responsabilidad ante el eventual daño a partir del abandono”.

Para concluir culpa de la víctima.

“queda claro que a reversión en la capacidad visual del ojo izquierdo presento la señora Elizabeth no obedeció a alguna conducta activa o constitutiva de omisión por parte de la Universidad de Córdoba, sino a la culpa exclusiva y determinante de la demandante, quien contrariando las ordenes medicas impartidas por el oftalmólogo cirujano que la intervino quirúrgicamente, abandono el tratamiento, al no presentarse al control programado para el 16 de junio de 1995, ni hacerlo en días posteriores cercanos, pues solo vino a consultar para esos efectos el 27 de abril de 1996, fecha para la cual la capacidad visual del ojo izquierdo regreso a los niveles 20/600 que presentaba antes de la cirugía que se practicó el 19 de mayo de 1995”.

Con todo lo anterior, suma para determinar que se configura la causal de exoneración de responsabilidad argumentada.

Por lo anterior, le ruego su Señoría declarar probadas las excepciones aquí planteadas y las que su señoría de oficio considere se encuentran probadas con el propósito de demostrar que NO EXISTE responsabilidad en cabeza de la ESE Hospital María Inmaculada.

V. PRUEBAS DE LA OPOSICIÓN Y DE LAS EXCEPCIONES DE FONDO

Con el objeto de probar: Las excepciones propuestas; al igual que los fundamentos facticos y jurídicos de la defensa, muy respetuosamente solicito al señor juez se decreten y practiquen las siguientes pruebas:

A. DOCUMENTALES

Téngase como documental las aportadas totalmente con la demanda y anexo a ellas las siguientes:

- Copia auténtica de la Historia Clínica de la paciente ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE, en lo correspondiente a las atenciones prestadas en la E.S.E Hospital María Inmaculada.
- Transcripción de la Historia Clínica la paciente ANDREA PAOLA ALVIS



ALAPE.

- Copia auténtica de la Historia Clínica del hijo de la señora ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE en lo correspondiente a las atenciones prestadas en la E.S.E Hospital María Inmaculada
- Transcripción de la Historia Clínica del hijo de la señora ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE.

B. SOLICITUD PRUEBA PERICIAL:

Le solicito al señor Juez, se sirva oficiar:

- A CONFIRMESA SAS, para que con destino al proceso remita dictamen pericial realizado por médico especialista en Ginecología, en el que una vez revisada la Historia Clínica de la paciente ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE y la de su menor hijo (QEPD), conceptúe de manera técnica y perita, sobre la atención brindada por la ESE Hospital María Inmaculada en los que fue atendido el paciente y concluyan si hubo alguna acción u omisión que constituya negligencia o falta de pericia por parte del ente hospitalario demandado; para lo cual se hará allegar copia de la demanda, historia clínica del paciente y de las preguntas que en su oportunidad se aportarán debidamente.

C. TESTIMONIALES

Para que declaren sobre los hechos de la demanda y sobre las respuestas dadas en esta contestación, se solicita recibir el testimonio de las siguientes personas:

- Doctora Dra. Yudy Andrea Flórez, Profesional Médico General, que se localiza en la Diagonal 20 No 7-93 Hospital María Inmaculada, para que explique suintervención en la atención suministrada a la paciente ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE.
- Doctora Dra. Sonia del Pilar Cobos, Profesional Médico General, que se localiza en la Diagonal 20 No 7-93 Hospital María Inmaculada, para que explique suintervención en la atención suministrada a la paciente ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE.
- Doctor Agustín Bustos, Profesional Médico especialista en Gineco-Obstetricia que se localiza en la Diagonal 20 No 7-93 Hospital María Inmaculada, para que explique suintervención en la atención suministrada al paciente a la



paciente ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE.

- Doctora Mireya Mahecha, Profesional Médico especialista en Gineco-Obstetricia que se localiza en la Diagonal 20 No 7-93 Hospital María Inmaculada, para que explique su intervención en la atención suministrada al paciente a la paciente ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE.
- Doctor Salomón Suárez, Profesional Médico especialista en Gineco-Obstetricia que se localiza en la Diagonal 20 No 7-93 Hospital María Inmaculada, para que explique su intervención en la atención suministrada al paciente a la paciente ANDREA PAOLA ALVIS ALAPE.

VI. PETICIONES DE LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Se solicita, con fundamento en lo contestado, se absuelva a la parte demandada de las pretensiones contenidas en la demanda y **se condene en costas a la parte actora.**

Téngase por contestada el medio de control de reparación directa dentro del término legal.

VII. ANEXOS

- Las enunciadas en el acápite de pruebas documentales
- Poder a mi favor.
- Copia simple Decreto 001238 de fecha del 28 de octubre de 2022 por el cual se designa Gerente del Hospital María Inmaculada Empresa Social del Estado.
- Copia simple del Acta de Posesión número 072 de fecha del 28 de octubre de 2022, de la doctora LINA MARCELA GIRALDO RINCON como Gerente del HMI

VIII. NOTIFICACIONES

Las partes en los lugares indicados en la demanda.



Castrillón Asociados
Yimberly Pastrana Pérez
Abogada Especialista en Derecho Administrativo



El suscrito apoderado de la E.S.E Hospital María Inmaculada en la diagonal 20 No. 7-93 Oficina Asesora Jurídica del HMI, Cel. 3006655028, dirección de correo electrónico: notificacionesjudiciales@hmi.gov.co

De su señoría,

Cordialmente

YIMBERLY PASTRANA PEREZ
Asesor Jurídico Externo