

Medellín, 25 de julio de 2024

Señores

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE RIONEGRO**

**E. S. D.**

<b>REFERENCIA</b>	<b>VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA</b>
<b>DEMANDANTE</b>	AURA CRISTINA MONTOYA Y OTROS
<b>DEMANDADO</b>	SOCIEDAD MÉDICA DE RIONEGRO S.A. – CLÍNICA SOMER
<b>RADICADO</b>	0561531030012024-00095-00

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA POR LA CLÍNICA SOMER**

**JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ**, abogado con Tarjeta Profesional No. 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de la **SOCIEDAD MÉDICA DE RIONEGRO S.A. – CLÍNICA SOMER** -según poder legalmente conferido, procedo dentro de la oportunidad legal a contestar los hechos de la demanda en los siguientes términos:

**I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**HECHO PRIMERO AL HECHO CUARTO: SON CIERTOS, SIN EMBARGO, PRECISAMOS LO SIGUIENTE:**

La paciente AURA CRISTINA MONTOYA ÁLZATE, ingresó A LA CLÍNICA SOMER el 13 de enero de 2024 por cuadro clínica de sangrado vaginal escaso, con dolor abdominal y con ECOGRAFÍA del 10 de enero de 2024 con 6 semanas de embarazo; sin embargo, no se evidencia embrión en su interior ni vesícula vitelina.

Dado esto, es atendida por la médica MARÍA ALEJANDRA MEJÍA CARMONA ginecóloga, quien realiza RASTREO ECOGRÁFICO donde encuentra endometrio de 4mm SIN EVIDENCIA DE SACO GESTACIONALES, líquido libre en cavidad y no se observa embarazo extrauterino ni intrauterino por lo que hace impresión diagnóstica de ABORTO COMPLETO VS ECTÓPICO y con el fin de tener certeza en el diagnóstico solicita prueba de BHCG para correlacionar hallazgos

Lo anterior se lee en nota del 13 de enero de 2024 a las 1:33 am de la historia clínica:

*Paciente quien consulta por cuadro clínico de 7 días de sangrado vaginal escaso, refiere como pinta oscura, refiere que hoy presento sangrado en mayor cantidad, asociado a dolor abdominal que cedió posterior a la administración de hisocina. No refiere otros síntomas*

*Antecedentes Patologicos: Psoriasis Alergicos: niega Quirurgicos: niega Familiares: HTA*

*Ecografias*

*10/01/2024 embarazo inicial por saco gestacional de 6.5 mm para 6+3 semanas, no embrion en su interior, ni vesicula vitelina*

Paraclínicos 03/01/2024 Toxo IGG negativo, Toxo IGM neg, Glucosa 95, HB 14.5, HTO 44.2, Pla<sub>q</sub> 314.000, AGHBS neg, Sifilis neg

(...)

*Análisis de la evolución:*

*Paciente 29 años ecografía con embarazo menor a 5 semana solo se observa saco gestacional sin embrión ni vesícula. Asiste por sangrado vaginal. Examen físico sin cambios cervicales, sangrado en escasa cantidad, rastreo ecografía sin evidencia de embarazo intrauterino ni extrauterino ya que llama atención líquido libre en cavidad. Considero los siguientes diagnósticos aborto completo (endometrio 4 mm) vs ectópico. Solicito BHCG para correlacionar hallazgos.*

Para mejor entendimiento del despacho la prueba BHCG (*Gonadotropina coriónica humana cualitativa en sangre*) es un examen de sangre para verificar si hay una hormona llamada gonadotropina coriónica humana en la sangre. Es decir, la GCH es una hormona que normalmente se produce en el cuerpo durante el embarazo.

Dependiendo de los niveles que se identifiquen en dicha prueba se logra determinar en que estado se encuentra el embarazo, y cada semana del embarazo los niveles deben ir en aumento; si disminuyen es porque existe una anomalía, bien puede ser un Embarazo Extrauterino o un aborto completo o incompleto entre otros.

Las GUÍAS MEDICAS tienen la siguiente gráfica para identificar los valores BETA HCG según cada semana de embarazo como se puede observar:



<https://www.reproduccionasistida.org/la-hormona-del-embarazo-la-hormona-gonadotropina-corionica-humana-beta-hcg/valores-de-la-beta-hcg-segun-la-semana-de-embarazo/>

Lo Cual indica que para el caso concreto en una paciente que tiene entre 5 a 6 semanas de embarazo el valor de BETA de un embarazo intrauterino normal debe estar entre 850 y 20.800.

Los valores de referencia de beta-hCG cuantitativa se establecen después de la fecha de la última menstruación de la mujer. Según los expertos, los valores de beta-hCG por semana normales son los establecidos en la gráfica.

Por otra parte, es conveniente recordar que estos valores de beta-hCG por semana varían de una mujer a otra, por lo que se debe tener en cuenta dicha variación, ya que, si la variación es muy llamativa, es probable que se deba a los siguientes casos:

- Niveles inferiores a lo normal: unos valores bajos de beta-hCG pueden suponer riesgo de aborto o de embarazo ectópico (cuando el embrión se implanta fuera de la cavidad uterina).
- Niveles superiores a lo normal: pueden ser indicativo de un embarazo múltiple, molar (un trastorno en el que se produce el crecimiento de una masa o tumor benigno en el interior del útero) o una alteración en el desarrollo celular

Según los resultados de la prueba BETA realizados a la paciente el 13 de enero de 2024 en la CLÍNICA SOMER, dio como resultado un nivel de 485 e igualmente se había identificado un valor BETA de fecha 10 de enero de 2024 en 745, **por lo que, evidentemente había una disminución muy notoria de la hormona gonadotropina, que sugería un aborto o embarazo ectópico.**

Adicionalmente, este resultado de la prueba BETA se correlaciona con la ecografía realizada, que según el rastreo ecográfico realizado por la ginecóloga el 13 de enero de 2024 no evidenció embarazo extrauterino (es decir, por fuera del útero) ni intrauterino (embarazo normal); por lo que con ambos hallazgos se diagnosticó ABORTO y se dio de alta a la paciente con recomendaciones.

#### **HECHO QUINTO: NOS ATENEMOS A LO DEMOSTRADO EN EL PROCESO**

La CLÍNICA SOMER se atiene a lo demostrado en el proceso frente a lo narrado en este hecho, sin embargo, es importante precisar que, en la CLÍNICA SOMER, los ginecólogos, pueden y tienen la facultad y capacidad técnica y científica para acudir al ecógrafo y realizar el rastreo ecográfico a la paciente.

Por lo anterior es que la Doctora MARÍA ALEJANDRA MEJÍA CARMONA ginecóloga que atendió a la paciente al momento de su ingreso, con toda la capacidad científica del caso, entrenada para el uso del ecógrafo, realizó el rastreo ecográfico correspondiente y es allí donde evidencia que no hay embarazo extrauterino y tampoco intrauterino, y con los niveles de BETA determina que se trata de un aborto espontáneo.

Textualmente la historia clínica describe lo siguiente:

*Rastreo ecografico: endometrio de 4 mm sin evidencia de saco gestacional, anexos normales, llama atención liquido libre en cavidad, aparentes coagulos, no observo embarazo extrauterino.*

Lo que quiere decir que a la paciente si se le realizo la ecografía correspondiente para confirmar el diagnóstico clínico que presentaba la misma.

Por lo tanto, es evidente que tanto en la noche como en el día, los ginecólogos tiene la posibilidad de realizar los respectivos rastreos ecográficos, tal y como sucedió en el caso de la señora MARÍA ALEJANDRA MEJÍA.

**(NO HAY HECHO SEXTO)**

**HECHO SÉPTIMO: NO ES CIERTO**

Si bien es cierto lo establecido por el MINISTERIO DE SALUD respecto a la clasificación del TRIAGE, deberá tener en cuenta el despacho que la paciente ingreso el 13 de enero de 2024 a las 00:33 horas; y fue atendida por ginecología el mismo día a las 1:33 horas, es decir, solamente tuvo una hora de espera para ser atendida, lo cual es compatible con el TRIAGE III, y es por eso que una vez es atendida por ginecología se realizó los exámenes pertinentes como lo es la prueba BETA y la ecografía, los cuales fueron determinantes en un aborto espontaneo.

Es claro que desde que la paciente ingreso a la CLÍNICA SOMER se brindó una atención oportuna y adecuada conforme a los signos y síntomas que presentaba la misma.

**HECHO OCTAVO AL HECHO DÉCIMO: NO ES CIERTO, EN LA FORMA EN QUE SE RELATA, POR LO QUE PASAMOS A PRECISAR LO SIGUIENTE:**

Tal y como se indicó en hechos anteriores, la paciente fue valorada por la Dra. MARÍA ALEJANDRA MEJÍA medica ginecóloga de la CLÍNICA SOMER el 13 de enero de 2024 a las 1:33 horas de la madrugada, dado los síntomas de dolor abdominal y sangrado que presentaba la paciente, se realizó una sospecha diagnostica de aborto vs embarazo ectópico por lo que se realizó rastreo ecográfico tal y como lo confiesa la parte demandante y adicionalmente se ordenó realizar examen BETA para medir los niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana, ya que de acuerdo a los niveles de dicha prueba en conjunto con la ecografía se puede determinar la existencia de un embarazo intrauterino, extrauterino o aborto.

Del rastreo ecográfico se determinó lo siguiente:

*Rastreo ecografico: endometrio de 4 mm sin evidencia de saco gestacional, anexos normales, llama atencion liquido libre en cavidad, aparentes coagulos, no observo embarazo extrauterino.*

En este punto es importante precisar, que la parte demandante en este hecho CONFIESA que si se le realizo ecografía a la paciente por la doctora MARÍA ALEJANDRA MEJÍA, contrario a lo que indica en hechos anteriores sobre la ausencia de la ecografía en la CLÍNICA SOMER; lo que evidencia la adecuada diligencia que tuvo el personal médico al atender a la paciente en su ingreso.

Igualmente, de la prueba BETA, se determinó que estaba en un nivel de 485, es decir muy por debajo de los niveles normales para una paciente con 6 semanas de embarazo, que según las guías médicas, debe estar entre 850 y 20800 por lo que con este hallazgo y ante la ausencia de embarazo extrauterino e intrauterino, se diagnosticó aborto espontáneo de la paciente.

#### **HECHO DÉCIMO PRIMERO AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO: NOS ATENEMOS A LO DEMOSTRADO EN EL PROCESO**

La CLÍNICA SOMER se atiene a lo demostrado en el proceso frente a estos hechos narrados en la demanda, por cuanto se trata de apreciaciones subjetivas de la parte demandante de los cuales no hay registro en la historia clínica, por lo que le corresponde a la parte demandante demostrar dicha situación en su totalidad.

Sin embargo, si es importante aclarar en este punto que, efectivamente la paciente ingreso nuevamente el 20 de enero de 2024 a las 00:46 horas y es clasificada como triage III.

Para mejor entendimiento del despacho, según la resolución 5596 de 2015 expedida por el MINISTERIO DE SALUD, el triage es una clasificación para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en urgencias, y se clasifica así:

**Triage I:** requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

**Triage II:** la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

**Triage III:** la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

**Triage IV:** el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

**Triage V:** el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Teniendo en cuenta ello, la paciente fue clasificada con triage III por cuanto no representaba un riesgo en su vida (triage I) ni una condición de deterioro inminente (Triage II), pero si era clasificada como TRIAGE III por presentar síntomas que hacían necesarios la realización de ayudas diagnósticas con el fin de no empeorar su cuadro.

De acuerdo con la historia clínica y el cuadro motivo de consulta, la clasificación de TRIAGE III estuvo adecuado.

Como se puede evidenciar, la clasificación del triage y la atención por urgencias de los pacientes no es una situación potestativa o deliberada de la entidad médica, esto, está regulado por el Ministerio de Salud y además las guías medicas en la materia, conforme a las cuales se actuó en el caso en concreto y es claro que la atención estuvo adecuada y oportuna.

**HECHO DÉCIMO OCTAVO Y VIGÉSIMO: NO ES CIERTO EN LA FIRMA EN QUE SE RELATA, POR LO QUE PASAMOS A PRECISAR LO SIGUIENTE:**

Efectivamente la paciente es valorada por ginecología el 20 de enero de 2024 a las 4:42 horas, donde encuentra paciente con cuadro clínico de 7 días de evolución de sangrado escaso, y dolor abdominal, con rastreo ecográfico del 13 de enero de 2024 con endometrio de 4mm, liquido libre en cavidad, control de BHCG del 10 de enero de 2024 en 745 y control del 13 de enero de 2024 con nivel de 485 por lo que se hizo diagnóstico sugestivo de aborto completo; sin embargo consulta por dolor abdominal en aumento.

La ginecóloga tratante realiza examen físico de la paciente y tacto vaginal donde encuentra *cérvix posterior, largo duro, cerrado, itero de 8cm, móvil, sangrado escaso* por lo que solicita BHCG cuantitativa y ecografía pélvica transvaginal.

Textualmente se lee en nota de la historia clínica del 20 de enero de 2024:

*Enfermedad Actual INGRESO GO Aura 29 años, Residente de Porvenir, Unión libre, Trabaja como independiente Hemoclasificación O + G1 Paciente quien hace una semana consultó por cuadro clínico de 7 días de sangrado vaginal escaso y dolor abdominal, aquí realizaron rastreo ecográfico descrito como endometrio lineal de 4 mm, anexos normales y líquido libre en cavidad, realizaron control de BHCG 10/ene en 745 y el 13/ene en 485, por lo que ante disminución fue dada de alta con diagnóstico sugestivo de aborto completo. Hoy consulta refiriendo aumento en el dolor abdominal y en el volumen del sangrado vaginal, niega emesis, niega fiebre, niega otros síntomas.*

(...)

*Ecografías Examen físico alerta, tranquila, orientada mucosas húmedas, conjuntivas normocrómicas no signos de dificultad respiratoria abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda de predominio en fosa iliaca izquierda, no signos de irritación peritoneal, no masas tacto vaginal con cérvix posterior, largo duro, cerrado, útero de 8 cm, móvil, sangrado escaso extremidades sin edema.*

Así mismo ordena la aplicación de medicamentos para el dolor como diclofenaco e hioscina; lo que demuestra una conducta diligente y adecuada para los síntomas que presentaba la paciente.

**HECHO VIGÉSIMO PRIMERO Y VIGÉSIMO QUINTO: NO SON CIERTOS, POR LO QUE PASAMOS A PRECISAR LO SIGUIENTE:**

Una vez se realiza la Ecografía Transvaginal se evidencia lo siguiente según nota de la historia clínica del 20 de enero de 2024 a las 9:09

*Eco TV 20/01/24 Útero en AVF de 69\*38\*35 mm, cérvix normal, endometrio 12.1 mm, OD 34\*22\*22 mm, OI 22\*18\*22 mm. Hacia el borde externo se observa imagen ecomixta, irregular de 49\*26\*47 mm, rodeada de abundante contenido líquido que se desplaza también a fondo de saco y fosa ovárica derecha. Conclusión: Embarazo ectópico izquierdo roto.*

Además, al examen físico encuentra paciente con dolor intenso, abdomen con defensa voluntaria, muy dolorosa a la palpación e irritación peritoneal.

Textualmente se lee:

*Subjetivo: Dolor intenso, ayuno desde las 19:00 de anoche Examen físico Aceptables condiciones generales, algida Abdomen con defensa voluntaria, muy doloroso a la palpación, irritación peritoneal*

Por lo cual la doctora ANA LUCIA JIMENEZ ARBELÁEZ ginecóloga y obstetra, decide programar laparotomía por diagnóstico de embarazo ectópico no especificado.

Para el entendimiento del despacho, según la literatura científica el Embarazo Ectópico es cuando el embarazo se produce afuera del útero, generalmente se presenta en los ovarios o en las trompas de Falopio (órganos no óptimos para el crecimiento embrionario), por lo cual, la presencia del embrión en este órgano puede generar sangrado excesivo y rompimiento de este y de otros órganos cercanos hasta generar la muerte de la materna; es decir, el embarazo ectópico es un embarazo anormal que se presenta en el 2 al 4% de las maternas.

Dicho esto, tenemos que el Embarazo Ectópico es una patología de la paciente en estado de embarazo, que no depende de la voluntad de ella ni de un tercero como lo sería el personal médico, y la conducta adecuada para el tratamiento de este diagnóstico es DETENER el crecimiento de células para evitar el fallecimiento de la madre.

Este procedimiento, es decir, la detención de células madre se puede hacer mediante tratamiento expectante, sistémico o quirúrgico que va a depender de los signos y síntomas que presente la materna.

La literatura médica ha sido clara en determinar que, para el manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, existen tres opciones:

- A) Expectante: en pacientes asintomáticas, con b-hCG por debajo de 1000 mUI/mL y sin líquido en fondo de saco.
- B) Médico sistémico (metotrexato): en pacientes con estabilidad hemodinámica, sin abdomen agudo, con función hepática y renal normal, ausencia de frecuencia cardíaca fetal en caso de evidenciar embrión, diámetro del embarazo ectópico menor a 4 cm, b-hCG inferior a 5000 mUI/mL y posibilidad de seguimiento.
- C) Quirúrgico: cuando no se cumplan las opciones para manejo médico, y cuando las pacientes cumplan con alguno de estos criterios: inestabilidad hemodinámica, abdomen agudo, tumor anexial >35 mm y/o LCF (+) evidenciados en US transvaginal, niveles de b-hCG >5000 UI/L, alguna contraindicación al tratamiento médico, embarazo heterotópico, imposibilidad de seguimiento adecuado, falla de tratamiento médico, o alguna patología tubaría con indicación de fertilización in vitro.

En el caso concreto la paciente presentaba abdomen agudo, como se leyó de la historia clínica la misma presentaba irritación peritoneal, por lo cual, la primera medida era realizar abordaje quirúrgico ya que, el diagnóstico de embarazo ectópico es altamente mortal.

En este caso, como se indicó se optó por abordaje quirúrgico de SALPINGECTOMIA TOTAL IZQUIERDA via LAPAROTOMÍA, la cual fue realizada el mismo 20 de enero de 2024 a las 10:00am y se realiza procedimiento sin complicaciones.

Para mejor entendimiento del despacho según la literatura científica la SALPINGECTOMIA *implica la extracción de la trompa comprometida y es el procedimiento quirúrgico estándar, de elección en pacientes con trompa contralateral indemne o EE recurrente en la misma trompa, EE de gran tamaño, ruptura de la trompa o adhesiones peritubarias importantes*<sup>31,32</sup>. Por otro lado, la salpingostomía corresponde a una incisión lineal que remueve el EE, preservando la trompa. ([file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/3e9dcce6-12ac-47ff-80e4-de3cd2fa4693\\_BIBLIOGRAFIA%20CONCEPTO%20DRA%20ANAMARIA%20ANGEL%20\(1\).zip.693/Actualizacio%CC%81n%20del%20enfrentamiento%20y%20manejo%20del%20embarazo%20ecto%CC%81pico%20tubario.pdf](file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/3e9dcce6-12ac-47ff-80e4-de3cd2fa4693_BIBLIOGRAFIA%20CONCEPTO%20DRA%20ANAMARIA%20ANGEL%20(1).zip.693/Actualizacio%CC%81n%20del%20enfrentamiento%20y%20manejo%20del%20embarazo%20ecto%CC%81pico%20tubario.pdf))

Por lo anterior, el procedimiento quirúrgico en esta paciente fue adecuado dado que presentaba una trompa de Falopio rota y con sangrado, signos importantes y determinantes para dicho abordaje; lo cual, salvaguardo la vida de la paciente.

Por lo tanto, es evidente que el personal médico que atendió a la paciente, lo hizo bajo los protocolos médicos y estuvo totalmente adecuado a la ciencia médica, pues de acuerdo a los síntomas y signos encontrados en la valoración física de la paciente estaba totalmente indicado la práctica quirúrgica de acuerdo a los síntomas de sangrado de la paciente, irritación peritoneal del examen físico y la la ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL y de la prueba de BGHC las cuales una vez correlacionadas, dan cuenta del diagnóstico adecuado de Embarazo Ectópico.

**HECHO VIGÉSIMO SEXTO: NO ES CIERTO, lo afirmado por la parte demandante, razón por la cual, es importante precisar lo siguiente:**

1. El diagnóstico que presento la paciente el 13 de enero de 2024 en la CLÍNICA SOMER fue conforme a los síntomas y hallazgos de tal consulta; científicamente un Embarazo Ectópico puede ser asintomático, y en el primer trimestre del embarazo se dificulta identificar la existencia del embrión fuera del útero, por cuanto el tiempo entre la inflación y los síntomas presentados puede tardar ya que el ovocito no llega a tiempo en la cavidad uterina cuando se toma la ecografía en el primer trimestre. Es por ello que, según las guías médicas, cuando una paciente ingresa con sangrado y dolor abdominal se debe descartar el embarazo ectópico vs aborto, como adecuadamente se hizo en la primera atención.

El diagnóstico de embarazo ectópico o aborto se hace conforme a la correlación clínica del examen físico, síntomas de la paciente, valores BETA y ecografía.

En este caso como se indicó anteriormente, la paciente para el 13 de enero de 2024 presentó un nivel de BETA de 485 e incluso en paraclínicos del 10 de enero de 2024 tenía un nivel de 745, lo que demostraba la inexistencia del ovocito en el útero o un aborto; esto correlacionado con el rastreo ecográfico realizado a la paciente, el cual no halló embrión en útero ni fuera de este, por lo que el único diagnóstico viable en dicha atención correspondía a un aborto.

Este diagnóstico puede posteriormente variar, por lo que se reitera que, en el primer trimestre de las maternas, los valores beta son cambiantes y el ovocito puede tardar en integrarse en la cavidad uterina.

Lo que quiere decir que, según los síntomas y hallazgos de la paciente para el 13 de enero de 2024 la misma presentaba un diagnóstico de aborto; y esto, estuvo totalmente ajustado y adecuado conforme a la ciencia médica.

Lo anterior explica que, a la paciente efectivamente se le realizó su respectivo rastreo ecográfico tal y como se confiesa en el hecho décimo de la demanda.

2. Por otro lado, deberá tener en consideración el despacho que, la paciente fue intervenida quirúrgicamente el 20 de enero de 2024 por cuanto presentaba los signos y síntomas indicativos de una intervención de salpingectomía, como lo es inestabilidad hemodinámica, y abdomen agudo, lo que no ocurrió el 13 de enero de 2024; pues en esta oportunidad, la paciente NO tenía criterios clínicos para ser intervenida quirúrgicamente.

Señor juez, para el 13 de enero de 2024 la paciente se encontraba hemodinamicamente estable, es decir, signos vitales dentro de rangos normales y no tenía irritación peritoneal o abdomen agudo; es por ello que, para esta fecha la indicación no era realizar cirugía por laparotomía; ahora, 7 días después el cuadro clínico de la paciente era totalmente diferente, sobre todo presentaba abdomen agudo, signo claro para proceder con la intervención quirúrgica.

Se insiste en que, el hecho que la paciente el 20 de enero de 2024 haya sido intervenida quirúrgicamente no necesariamente el 13 de enero de 2024 era candidata para el mismo tratamiento, a sabiendas que el cuadro clínico o los síntomas eran diferentes; pues en el área médica se actúa y se implementan los tratamientos y procedimiento de acuerdo a los síntomas de la paciente, los cuales, para el 20 de enero de 2024, eran diferentes e indicativos de cirugía por laparotomía.

- Por último también es importante mencionar que, la paciente suscribió consentimiento informado para la realización de la LAPAROTOMÍA el 20 de enero de 2024 en el cual se le explicaron los riesgos que podría tener de dicho procedimiento tales como, cicatrices, infecciones, alergias, y daños en órganos del cuerpo, e INFERTILIDAD tal y como se puede observar:

SOMER Calidad con corazón		CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	VERSIÓN	05
Fecha: 20/01/2024		Servicio: Ginecología		
Nombres: Ayo Cynthia		Apellidos: Mantayo Alcala		
Identificación: 1036950601		Edad: 29 años		
<p>Yo, _____, identificado(a) con documento tipo _____ de número _____, reconozco que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.</p> <p>Por otro lado, al ingresar voluntariamente para un tratamiento médico a SOMER S.A. acepto que he sido admitido para buscar de manera conjunta entre el personal de salud de la clínica y con la participación activa de mi parte y de mis familiares, la solución a mis quebrantos de salud.</p>				
1. ¿Cuál es el procedimiento o intervención quirúrgica a realizar?				
Laparotomía				
2. ¿Para qué se va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (beneficios)				
Resección ectópico roto.				
3. ¿Quién va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (especialidad).				
Ginecología				

- Daños en órganos de mi cuerpo como en el corazón, riñones, pulmones, cerebro, aparato digestivo, circulatorio, respiratorio y en general, además pueden existir posibilidades de que se presenten accidentes con el instrumental o material utilizado.

Lo cual me puede generar diversas clases de daños según las circunstancias propias del lugar y forma de la atención que se me brinde, algunos de los más conocidos son:

- Si se trata de cirugías o algunos procedimientos abdominales, perforaciones en los intestinos y órganos como hígado, vaso, vejiga, útero, recto, eventración (hernias en la cicatriz).
- Si se trata de cirugías o algunos procedimientos en el tórax, ruptura de pulmones y grandes vasos, sangrado o hemorragias (ejemplo: arterias) con la posible necesidad de poner sangre (durante o luego de la cirugía).
- En cirugías de extremidades (varicocotomía u ortopédicas), daños en nervios que dan sensibilidad o movimiento, rigidez articular y/o limitación de movilidad, alteraciones distróficas que alteran la función, lesión vasculo nerviosa por uso de torniquete para evitar sangrado, recidiva, reaparición de síntomas con el tiempo, dolor crónico, atrofia muscular, coágulos en las piernas que producen dolor o hinchazón que al desprenderse podrían llegar a los pulmones siendo fatal, lesión de un tronco nervioso con trastorno sensitivo o motor del área, aflojamiento o rechazo del material implantado.
- Si se trata de una cirugía por endoscopia, rupturas de uréteres, uretra, vejiga y estructuras cercanas (ejemplo: Intestinos).
- Con ocasión de la anestesia pueden existir daños oculares (córnea), lesiones o trastornos de la voz o auditivos, en arterias o en venas, neurológicas, de los pulmones, del hígado, de los riñones, retención urinaria, de la función cardiovascular, definitivos o temporales, aumento descontrolado de la temperatura corporal, broncoaspiración, dolor de cabeza, espalda, músculos infecciones.

También se me informó (nos informaron) sobre la posibilidad de complicaciones severas como paro cardíaco o derrame cerebral, descompensación de enfermedades previas como presión alta, azúcar en la sangre, asfixia, enfermedades del corazón de la tiroides que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida, como consecuencia del acto quirúrgico o de la situación de cada paciente.

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el especialista en anestesiología.

6. ¿Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos? (propios por especialidad y por paciente, recordar siempre riesgos en paciente anticoagulado).

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado (nos ha explicado); que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. infertilidad, adherencias, dolor crónico, muerte.

oportunidad de prequestionar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

Conocemos claramente que cualquier complicación, prevista o no, altera el tiempo de recuperación normal, crea incomodidades personales y familiares, aumenta los costos relacionados con los exámenes, y con los distintos tratamientos necesarios, adicionalmente se me ha (se nos ha) explicado que si necesito (necesitamos) más información o ampliación de ésta puedo dirigirme (dirigirnos) al profesional \_\_\_\_\_ para la aclaración de éstas dudas, por lo tanto yo (nosotros) \_\_\_\_\_ en nombre propio y/o representante de \_\_\_\_\_ declaro (declaramos) que acepto (aceptamos) la realización del procedimiento descrito.

*Aura Cristina Montoya Alzate*  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma *Cristina Montoya A* Número de identificación *1036950657*

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

*D. D. D. D.*  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma *[Firma]* Número de identificación \_\_\_\_\_

(El documento completo se adjunta como prueba documental)

Por lo cual es claro que la paciente se le explico el procedimiento a realizar y los riesgos que este podría cursar, como lo es la INFERTILIDAD y dicho consentimiento fue suscrito por la señora AURA CRISTINA MONTOYA quien lo suscribió de manera consiente y voluntaria.

#### **HECHO VIGÉSIMO OCTAVO: NO NOS CONSTA, SE DEBERÁ DEMOSTRAR**

A LA CLÍNICA SOMER no le consta directamente nada de lo relacionado con el grupo familiar de la señora AURA CRISTINA MONTOYA ÁLZATE, por lo cual, le corresponde a la parte demandante demostrar este hecho.

#### **HECHO VIGÉSIMO NOVENO: NO NOS CONSTA, SE DEBERÁ DEMOSTRAR**

A LA CLÍNICA SOMER no le consta directamente nada de lo relacionado con la unión marital de hecho que tiene la señora AURA CRISTINA MONTOYA ÁLZATE con el señor JUAN DAVID GARCÍA MORALES, ni la declaración extra juicio presentada, por lo cual, le corresponde a la parte demandante demostrar este hecho.

#### **HECHO TRIGÉSIMO Y HECHO TRIGÉSIMO PRIMERO: NO NOS CONSTA, SE DEBERÁN DEMOSTRAR**

#### **HECHO TRIGÉSIMO SEGUNDO: NO NOS CONSTA, SE DEBERÁ DEMOSTRAR**

A LA CLÍNICA SOMER no le consta directamente nada de lo relacionado con la afiliación de la caja de compensación COMFAMA de la señora AURA CRISTINA MONTOYA ÁLZATE, por lo cual, le corresponde a la parte demandante demostrar este hecho.

#### **HECHO TRIGÉSIMO TERCERO: ES CIERTO**

## **II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

La CLÍNICA SOMER se opone a que sean acogidas todas y cada una de las pretensiones de la demanda toda vez que los perjuicios cuya indemnización se reclaman tienen como fundamento unos hechos que no corresponden a la realidad médica ni científica que rodean el caso que hoy nos ocupa.

Además, no existió por parte del LA CLÍNICA SOMER una conducta culposa o negligente en atención médica de la paciente AURA CRISTINA MONTOYA del cual se pueda inferir la responsabilidad.

Todo lo contrario, la atención que recibió la señora AURA MONTOYA resultó oportuna, pertinente y diligente por parte del equipo médico de la CLÍNICA SOMER conforme a los hallazgos clínicos al momento de cada una de las valoraciones, conforme a su estado de ingreso y exámenes clínicos, además del correcto manejo del abordaje quirúrgico.

Por todo lo anterior es evidente que no se configuran los elementos estructurales de la responsabilidad administrativa y por lo tanto deberán negarse todas y cada una de las pretensiones y condenarse en costas a la parte demandante.

**Por lo expresado, solicito se abstenga el despacho de reconocer las pretensiones de la demanda y se condene en costas a la parte demandante**

### **III. OPOSICIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

Manifestamos expresamente que nos oponemos a la tasación de los perjuicios que realiza la parte demandante y, en consecuencia, solicitamos se dé plena aplicación a lo establecido por el artículo 206 del Código General del Proceso.

Lo anterior, sin perjuicio de que no es necesario hacer una oposición clara de las inexactitudes de la parte demandante por cuanto solo se solicitaron perjuicios morales por lo que no es procedente su pronunciamiento.

### **IV. EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO**

Además de los argumentos expuestos en lo precedente, las pretensiones de la demanda en contra de la CLÍNICA SOMER deberán negarse por las siguientes razones.

#### **A. AUSENCIA DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA CLÍNICA SOMER**

Como se ha manifestado al responder los hechos de la demanda, el proceso de atención médica dispensada a la señora AURA CRISTINA MONTOYA en la CLÍNICA SOMER se efectuó con toda la diligencia y oportunidad requeridas por la paciente.

La CLÍNICA SOMER, cumplió a cabalidad, todas y cada una de las obligaciones que en su calidad de institución prestadora de servicios de salud le corresponden.

Descendiendo al caso que nos ocupa, vemos que durante todo el proceso de atención en salud de la señora AURA MONTOYA en la CLÍNICA SOMER no se actuó con culpa, por el contrario, se brindó una atención médica, oportuna y adecuada, perita y diligente según la ciencia médica, razón por la cual de ninguna manera puede predicarse que existió culpa o falla en el servicio de su parte y por tanto que existe responsabilidad.

Tal y como lo expresamos al referirnos a los hechos de la demanda, en este caso se presenta una serie de eventos que implican una adecuada atención médica, esto se fundamenta señor juez en el hecho que, 1) la paciente ingresó al servicio de urgencias el 13 de enero de 2024 con embarazo de 6+3 semanas, dolor abdominal y sangrado escaso, 2) luego de conocer los antecedentes y de poder hacer un correcto examen físico se sospechó de un embarazo ectópico vs aborto completo, 3) tan pronto se sospechó de tales diagnósticos, se realizó prueba de BHGC y RASTREO ECOGRAFICO los cuales reportaron niveles de BETA de 485 y ausencia de embarazo intrauterino, saco gestacional vacío, líquido libre y ausencia de embarazo extrauterino, por lo que de aquella correlación clínica el diagnóstico mas acertado fue de aborto completo, 4) dado esto, desde el momento uno, fue atendida por la especialidad de ginecología, 5) adecuada y oportunamente se realizó y se confirmó diagnóstico de Aborto y fue dada de alta con recomendaciones. 6) al momento de regresar a la CLÍNICA SOMER el 20 de enero de 2024, los niveles de BETA fueron diferentes, y realizada la ecografía transvaginal correspondiente por ginecología, en esta oportunidad si se evidencio el embarazo ectópico, diagnóstico altamente mortal que puede abordarse por manejo expectante, médico o quirúrgico los cuales van a depender de los síntomas de la paciente, en este caso como la paciente presentaba irritación peritoneal el abordaje correcto era quirúrgico vía laparotomía, y, dado que se evidencia trompa de Falopio rota y con sangrado se decide realizar salpingectomía para evitar el fallecimiento de la paciente; 7) se evidencia que la paciente suscribió consentimiento informado donde se explicaron los riesgos de la laparotomía, entre ellos la lesión de varios órganos.

En consecuencia, con lo precedente, si no existió una falla en la prestación del servicio por parte de la CLÍNICA SOMER, ya que se le brindo una atención completa y ajustada a la lex artis de acuerdo a los síntomas de la paciente y hallazgos paraclínicos en cada una de las atenciones por urgencias, donde incluso siempre fue atendida por profesionales en ginecología y obstetricia, lo que demuestra una diligencia en la atención prestada, por lo tanto, la consecuencia jurídica que se impone es que no tienen la obligación legal de responder por los perjuicios que se reclaman mediante esta demanda y por lo tanto deberán negarse todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

## **B. INEXISTENCIA DE UN DAÑO ANTIJURIDICO**

Las altas cortes en reiteradas ocasiones ha indicado que el daño en materia para ser antijuridico debe cumplir ser DIRECTO Y CIERTO, más no eventual e hipotético; textualmente se ha indicado:

1.2. Para que sea “susceptible de reparación, debe ser ‘directo y cierto’ y no meramente ‘eventual o hipotético’, esto es, que se presente como consecuencia de la ‘culpa’ y que aparezca Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 26 ‘real y efectivamente causado’” (CSJ, SC del 27 de marzo de 2003, Rad. n.º 6879).

1.3. La condición de ser directo exige, en el caso de la primera de las dos clases de responsabilidad atrás mencionada -contractual-, que él sea resultado de la falta de cumplimiento del respectivo acuerdo de voluntades, o de su cumplimiento imperfecto o inoportuno. En el fallo atrás citado, la Corte añadió que “cuando se pretende judicialmente el pago de perjuicios, al actor le corresponde demostrar, salvo los casos de presunción de daño, como ocurre con la cláusula penal y el caso del numeral 2º del artículo 1617 del Código Civil, la lesión o menoscabo en su patrimonio, bien por una pérdida real y efectiva, ora de una ventaja o ganancia, ocasionado por la inejecución o ejecución defectuosa o tardía de las obligaciones del deudor. Significa esto que el daño susceptible de reparación debe ser ‘directo y cierto’ y no meramente ‘eventual o hipotético’, esto es, que se presente como consecuencia de la ‘culpa’ y que aparezca ‘real y efectivamente causado’” (CSJ, SC ib; se subraya).

A la luz de este concepto, tenemos que en el caso concreto NO se ve configurado el daño por parte de la víctima, toda vez que el daño que reprocha es la pérdida de la trompa de Falopio, el cual si bien es cierto, no es DIRECTO de un cumplimiento imperfecto o inoportuno, (factor sine qua non para que se configure el daño), toda vez que, la paciente en realidad NO sufrió una pérdida de la trompa de Falopio por las atenciones brindadas en la CLÍNICA SOMER, contrario a ello, como se demostrara, la señora AURA CRISTINA MONTOYA presentó un Embarazo Ectópico, lo cual es una situación propia e idiosincrática de la paciente, por lo que los efectos que pueda generar el tratamiento a este diagnóstico son para salvaguardar la vida de la paciente dada su alta tasa de mortalidad.

El Embarazo Ectópico es cuando el embarazo se produce afuera del útero, generalmente se presenta en los ovarios o en las trompas de Falopio (órganos no óptimos para el crecimiento embrionario), por lo cual, la presencia del embrión en este órgano puede generar sangrado excesivo y rompimiento de este y de otros órganos cercanos hasta generar la muerte de la materna; es decir, el embarazo ectópico es un embarazo anormal que se presenta en el 2 al 4% de las maternas.

Dicho esto, tenemos que el Embarazo Ectópico es una patología de la paciente en estado de embarazo, que no depende de la voluntad de ella ni de un tercero como lo sería el personal médico, y la conducta adecuada para el tratamiento de este diagnóstico es DETENER el crecimiento de células para evitar el fallecimiento de la madre.

En este sentido es evidente que, la práctica de la laparotomía tras diagnosticar el EE por los signos y síntomas que presentaba la paciente, estuvo indicado por el personal médico, y era la conducta correcta para seguir según los protocolos médicos en la materia, el cual fue consentido por la paciente mediante la suscripción del consentimiento informado donde se indicaron los riesgos que podría suceder, entre los cuales estaba la lesión de órganos y intervención de los mismos y por ello se

realizó la salpingectomía, la cual fue necesaria para evitar complicaciones en la paciente incluso su muerte.

En este sentido, es claro y evidente que el daño que alega haber sufrido la parte demandante NO ES CIERTO, y al faltar este elemento como constitutivo del daño, el mismo no es antijurídico y por tanto no deberá ser indemnizado.

### **C. AUSENCIA DEL NEXO CAUSAL**

En materia de responsabilidad médica no es suficiente la existencia de una causalidad física para que se estructure la responsabilidad, pues lo que realmente cobra trascendencia en esta materia es la causalidad jurídica, es decir la relación directa entre el hecho y el daño, la cual en este no se configura, toda vez que el embarazo ectópico que presentó la paciente no es consecuencia de un actuar negligente o imprudente de la CLÍNICA SOMER.

En este caso, no existe nexo de causalidad entre el daño alegado y las actuaciones de las entidades hospitalarias; entendiéndose como nexo de causalidad el requisito indispensable para que se configure la responsabilidad civil del estado.

El hecho que la paciente hubiera sufrido una falla temprana del embarazo obedece a su diagnóstico de Embarazo Ectópico, el cual es propio de la paciente y no obedece a una atención médica negligente o inadecuada, por eso de ninguna no puede ser aquel daño imputable a esta institución. En este caso, la atención médica brindada a la paciente se realizó de una manera adecuada y de acuerdo con los protocolos médicos.

**Por lo tanto, y en razón a que no existe una relación jurídica de causa efecto entre el fallecimiento de la paciente y las atenciones médicas dispensadas por parte de la CLÍNICA SOMER, se deberán desestimar todas y cada una de las pretensiones de la demanda.**

### **D. INDEBIDA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS**

Los procesos de responsabilidad no pueden convertirse en fuente de enriquecimiento para quien los invocan, ni mucho menos para sus apoderados. Por lo tanto, en el hipotético caso que hubiere lugar a la liquidación de perjuicios en favor de los demandantes, no se podrá por parte del fallador perder de vista tan elemental principio. La responsabilidad, en ninguna de sus modalidades, puede convertirse, repito, en fuente de enriquecimiento.

La parte demandante no realizó una tasación razonada de los perjuicios inmateriales reclamados pues los mismos son desproporcionados, injustificados y desconocen todos los referentes jurisprudenciales que existen en la materia

También es importante anotar, que para el reconocimiento de cualquier tipo de perjuicio no es suficiente su afirmación, deberá los demandantes demostrar su existencia y extensión y los perjuicios reclamados por ellos no se encuentran

debidamente justificados en el escrito de la demanda ni en los documentos anexos a ellos.

No deberá perder de vista el despacho que para el reconocimiento de cualquier tipo de perjuicio no basta con la simple afirmación de su causación, ya que se hace indispensable que la persona que lo reclama demuestre con grado de certeza su existencia e intensidad.

Para el caso de los perjuicios morales que pretende la parte demandante, el Dr. GILBERTO MARTÍNEZ RAVE, en su libro Responsabilidad Civil Extracontractual, afirma:

*“La intensidad del agravio o lesión respecto del perjuicio moral, está íntimamente relacionada con las características y manifestaciones de las relaciones afectivas o sentimentales que vinculan a la víctima con el perjudicado. A mayor intensidad en las relaciones, mientras más acercamiento existe entre la víctima y el perjudicado, corresponde lógicamente mayor indemnización.*

***Pero la intensidad en las relaciones no surge automáticamente de un parentesco. No se es acreedor al máximo de la indemnización por perjuicios morales por el hecho de ser el padre, hijo o cónyuge, sino porque se rompió una relación sentimental afectiva, so simplemente formal, entre la víctima y el perjudicado.”***

## V. MEDIOS DE PRUEBA

### 1. DOCUMENTAL

Para que sean evaluados en el momento procesal oportuno, solicito sean tenido como prueba documental los siguientes:

- Historia clínica de la paciente AURA CRISTINA MONTOYA
- Consentimiento informado

### 2. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicitamos citar a interrogatorio a los demandantes, para que absuelvan el interrogatorio que de forma verbal o escrita formularé.

### 3. TESTIGOS

Cítese a las siguientes personas con el fin de que declaren el aspecto técnico - científico que se discute en el proceso, sobre los hechos de la demanda y su contestación y sobre las atenciones médicas dispensadas a la señora AURA CRISTINA MONTOYA

- MARÍA ALEJANDRA MEJÍA CARDONA, ginecóloga y obstetra, quien se ubica a través del correo electrónico:

- ANA MARÍA FLORES RÍOS, ginecóloga y obstetra, quien se ubica a través del correo electrónico:
- ANA LUCÍA JIMENEZ ARBELÁEZ, ginecóloga y obstetra, quien se ubica a través del correo electrónico:
- JUVENAL JOSE DAZA SÁNCHEZ ginecólogo y obstetra, quien se ubica a través del correo electrónico:

#### **PRUEBA PERICIAL DE PARTE**

De acuerdo con el artículo 226 y ss del Código General del Proceso, me permito anunciar prueba pericial en materia de ginecología y obstetricia, por lo cual, solicitamos al juzgado nos otorgue un término prudencial en el cual podamos aportar al despacho el dictamen pericial al proceso.

#### **DEPENDIENTE JUDICIAL**

Me permito nombrar como dependiente judicial a la DRA. ESTEFANÍA JIMENEZ CHAVARRIAGA, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.036.676.604 y Tarjeta profesional N° 344.330 del Consejo Superior de la Judicatura, a la DRA. ISABEL CRISTINA ARROYAVE LONDOÑO, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.037.655.097 y Tarjeta profesional N° 334.655 del Consejo Superior de la Judicatura y a la DRA. MARIA PAULA MONSALVE RAMÍREZ, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.152.455.882 y Tarjeta profesional N° 343.769 del Consejo Superior de la Judicatura.

#### **ANEXOS**

El poder para actuar y los documentos relacionados como pruebas.

#### **NOTIFICACIONES**

De conformidad con lo establecido en el Decreto 806 de 2020, me permito informar que el correo electrónico para notificaciones, diligencias y demás asuntos relacionados con el presente proceso y que se encuentra reportado en el registro nacional de abogados en [notificaciones@prietopelaez.com](mailto:notificaciones@prietopelaez.com); así mismo manifiesto que las mismas pueden ser enviadas al Whatsapp 315 406 12 24 o informadas al fijo 034 311 52 11.

Del mismo modo, solicitamos a todos los sujetos procesales, que todo memorial y comunicación en general, nos sean copiadas a las mismas direcciones electrónicas señaladas anteriormente.

Con el acostumbrado respeto, Señor Juez,



**JUAN RICARDO PRIETO PELAEZ**

T.P. 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura

C.C. 71.787.721 de Medellín.

EJC