

Radicación de contestación de demanda y llamamiento en garantía JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, Solicitud de prórroga para aportar dictamen pericial de parte - Reparación directa Proceso 2021-00132-00

Brian Portilla Abogado <abogna04@gmail.com>

Lun 26/06/2023 16:30

Para: Juzgado 06 Administrativo - Nariño - Pasto <adm06pas@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: alyecoqui1957@hotmail.com <alyecoqui1957@hotmail.com>; aljavilo3@outlook.com

<aljavilo3@outlook.com>; notificaciones@redmedicronips.com.co

<notificaciones@redmedicronips.com.co>; asesorjuridico@redmedicronips.com.co

<asesorjuridico@redmedicronips.com.co>; juridicaht@gmail.com <juridicaht@gmail.com>; Notificaciones

Confianza <notificacionesjudiciales@confianza.com.co>; dgrabogada@gmail.com <dgrabogada@gmail.com>

 4 archivos adjuntos (5 MB)

Solicitud prórroga dictamen pericial de parte Jurany Caicedo Proceso 2021-00132.pdf; Contestación Llamamiento en garantía Jurany Caicedo Proceso 2021-00132.pdf; Contestación Demanda Reparación Directa Jurany Caicedo Proceso 2021-00132.pdf; Anexos contestación demanda y llamamiento en garantía Jurany Caicedo Proceso 2021-00132.pdf;

Doctor

MARINO CORAL ARGOTY

JUEZ SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PASTO

Referencia: REPARACIÓN DIRECTA No. 2021 - 00132-00

Demandante: LURY LILIANA YELA CASTRO Y OTROS

Demandados: HOSPITAL SAN JOSÉ DE TUQUERRES E.S.E. y OTROS.

Llamada en garantía: Dr. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES

Cordial Saludo:

Mediante el presente de la manera más respetuosa me permito hacer envío en archivos adjuntos formato PDF, los correspondientes memoriales contentivos de **CONTESTACIÓN DE DEMANDA (30 folios), CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA (22 folios), ANEXOS CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA (48 folios), SOLICITUD PRÓRROGA DICTAMEN PERICIAL DE PARTE (2 folios)**, con el fin de que sean tenidos en cuenta como radicados dentro del día de hoy **LUNES 26 DE JUNIO DE 2023**, por parte del apoderado judicial del médico **LLAMADA EN GARANTÍA JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES**, siendo imperativo informar que el memorial poder se encuentra incluido en el documento de anexos de contestación de demanda y llamamiento en garantía.

Así mismo debo informar que simultáneamente a la remisión al correo del despacho del Juzgado Noveno Administrativo del Circuito de Pasto, envío todo lo relacionado al apoderado de la parte demandante al correo electrónico: alyecoqui1957@hotmail.com - aljavilo3@outlook.com, al apoderado judicial de la entidad demanda Hospital San José de Túquerres E.S.E.: notificaciones@redmedicronips.com.co, asesorjuridico@redmedicronips.com.co, juridicaht@gmail.com, al llamado en garantía SEGUROS CONFIANZA S.A. al correo electrónico: notificacionesjudiciales@confianza.com.co - dgrabogada@gmail.com.

Solicito respetuosamente que frente al presente correo electrónico se remita el acuso de recibido.

Atentamente,

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES

Abogado

Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible

Celular: 3208519418

Carrera 25 # 15 - 62, Edificio Zaguan del Lago, Oficina 201.

Pasto, Nariño.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
[**Abogna04@gmail.com**](mailto:Abogna04@gmail.com)

San Juan de Pasto, junio de 2023

Doctor

MARINO CORAL ARGOTY

JUZGADO SEXTO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PASTO (N)

E. S. D.

MEDIO DE CONTROL:	Reparación Directa
RADICADO:	2021-00132-00
DEMANDANTE:	Lury Liliana Yela Castro y otros.
DEMANDADO:	Nación – Ministerio de Salud – Instituto Departamental de Salud de Nariño – Hospital San José de Túquerres

LLAMADO EN GARANTÍA: Dr. Jurany Andrea Caicedo Rosales

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES, mayor de edad, vecino y residente de Pasto, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.085.311.169 expedida en Pasto (Nariño), portador de la tarjeta profesional No. 314061 del C. S de la J., obrando en calidad de apoderado judicial del **LLAMADO EN GARANTÍA**, Dra. **JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES**, por medio del presente escrito y encontrándome dentro de la oportunidad procesal perentoria y notificada personalmente en fecha treinta y uno (31) de mayo de éste mismo año, respetuosamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN DE DEMANDA** interpuesta por la señora LURY LILIANA YELA CASTRO y otros, con base en los siguientes argumentos:

I. RESPUESTA A LAS DECLARACIONES Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA

En calidad de mandatario judicial de la llamada en garantía, doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, respetuosamente me opongo a todas y cada una de las declaraciones y condenas solicitadas por la apoderada judicial de la parte demandante, por considerar que no es responsable al igual que las entidad demandada por los hechos y los presuntos padecimientos predicados por el paciente que se endilgan en la demanda, por lo tanto se solicita al Despacho Judicial NO ACCEDER a las mismas, lo anterior con base en las excepciones de fondo que serán formuladas y sustentadas dentro del presente escrito, correspondientes a la atención y manejo médico brindadas a la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO y su recién nacida (Q.E.P.D.), dentro de la cual en suma se puede fácilmente establecer y evidenciar la total ausencia de responsabilidad e inexistencia de la presunta falla en la prestación del servicio médico, constituyéndose en pretensiones infundadas y temerarias, ya que como se esclarecerá dentro del presente memorial, no guardan ningún sustento fatico ni médico científico, ni mucho menos nexo causal, falla y/o culpa médica, conducta ilícita, daño a indemnizar; contrario sensu ha quedado más que

demostrado que mi representada obro con diligencia y cuidado, cumpliendo cabalmente su obligación de medios, como también cumplir a cabalidad las guías y protocolos de atención médica aceptados por la comunidad médica científica (lex artis ad hoc) y vigente para la época de los hechos.

A LA PRIMERA: SE RECHAZA, la ciencia médica es una obligación de medios, con naturaleza y condiciones muy diferentes a las obligaciones de resultados, así las cosas, se puede afirmar con toda certeza que todo el personal médico y asistencial y en especial mi representada que atendió a la señora YERLY NATALIA ERASO VALLEJOS (Q.E.P.D.), lo hicieron con la debida diligencia y cuidados necesarios, que se deben desplegar en este tipo de contingencias, y si se presentaron complicaciones y resultados no queridos, no obedece en forma alguna a la prestación del servicio prodigado a la paciente mencionada, sino a un riesgo inherente presente en cualquier embarazo.

A LA SEGUNDA, TERCERA y CUARTA: SE RECHAZA, por cuanto se probará de manera técnica y científica, que mi mandante que represento no le asiste ninguna responsabilidad, dado que no existen los requisitos exigidos para proferir una sentencia condenatoria y/o indemnizatoria.

Jurisprudencialmente se ha reiterado que para condenar a las entidades estatales como a al personal de salud médico – asistencial a que indemnicen los daños por la prestación médico, necesariamente, la parte actora debe demostrar los tres elementos estructurales para responsabilizarlos a saber: un daño, una falla en la prestación del servicio médico y el nexo causal, pues la sola intervención médica, no tiene la suficiente entidad para imputar responsabilidad, sin haberse acreditado de manera fehaciente que la falla en el servicio, fue la causa suficiente del daño.

En consecuencia y, ante la inexistencia de responsabilidad en cabeza de la llamada en garantía. Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSARLES, tampoco existe obligación alguna de indemnizar, y menos aun cuando la parte demandante persiguiendo un fin meramente patrimonial como se configura en el presente caso, dentro del cual la cuantía que han sido estimados los perjuicios por el demandante es excesiva y carece de apoyo factico o jurídico, además de no ser soportados con los medios probatorios idóneos, ya que el accionante pretender obtener el pago de sumas de dinero que a toda luz improbadas y exageradas, revelan el exclusivo ánimo de obtener un enriquecimiento injustificado.

De manera expresa se objeta la liquidación de los perjuicios con fundamento en lo que se expone a continuación y especialmente nos oponemos a:

A LOS PERJUICIOS INMATERIALES

Me opongo a la condena de las diferentes tipologías de perjuicios solicitados por los demandantes, como lo son en la modalidad de PERJUICIOS INMATERIALES - DAÑO MORAL y DAÑO A LA SALUD, que fueron solicitados por y a favor del demandante, y, del mismo modo como sucede en la responsabilidad, es la parte demandante quien debe demostrar la existencia del daño y luego su cuantificación pues dicha carga probatoria ha

sido reiterada por la jurisprudencia al señalar que **“Causar un daño, como ya se dijo, genera la obligación de repararlo pero si el acreedor pretende que el juez declare la existencia de esa obligación y que por consiguiente condene al deudor a su pago, aquel tiene la carga de demostrar su existencia y su cuantía... Así que entonces es el acreedor a quien le asiste el interés de demostrar la ocurrencia del daño y su cuantificación sin que pueda descargar en el juzgador todo el peso de esa carga... Luego, si el acreedor nada prueba en torno a la existencia del daño y a su cuantía, no podrá abrirse paso la pretensión indemnizatoria pues sin la certeza de la ocurrencia y la magnitud de la lesión, la responsabilidad está irremediablemente condenada al fracaso”**.

Se itera que todos los perjuicios solicitados deben ser probados y adicionalmente, debe acreditarse con los medios probatorios pertinentes y conducentes que le presunto daño tiene nexo de causalidad con la conducta desplegada por mi mandante.

En su lugar, **SOLICITO QUE SE CONDENE EN COSTAS A LA PARTE ACCIONANTE, POR TODOS LOS GASTOS EN QUE DE MANERA INJUSTIFICADA INCURRA MI PODERDANTE, COMO CONSECUENCIA DE LA VINCULACIÓN AL PROCESO CITADO EN LA REFERENCIA SIN QUE EXISTA FUNDAMENTO JURÍDICO O FACTICO ALGUNO PARA ELLO.**

II. RESPUESTA FRENTE A LOS HECHOS Y OMISIONES

AL HECHO 1. - NO LE CONSTA al especialista que apodero. Me atengo a lo probado dentro del proceso, toda vez que el mandatario judicial de la parte demandante refiere información en cuanto se constituyen en situaciones personales y de connotaciones familiares e individuales de los accionantes, circunstancias enteramente desconocidas y las que no se encuentran relacionadas con el actuar y competencia como médico especialista de mi representada; por ende, me atengo a lo que resulte probado por la parte demandante dentro del proceso.

AL HECHO 2.1 - NO LE CONSTA al especialista que apodero. La médica especialista que represento no participó en ésta específica valoración médica a la que hace referencia en la demanda. Sin embargo, conforme a la historia clínica de la paciente y hoy demandante, acudió el día veintinueve (29) de julio de dos mil diecinueve (2019), al Hospital San José de Túquerres E.S.E, siendo las 16:51 horas, siendo remitida desde consulta externa por cifras tensionales elevadas, paciente multigestante de 35 años de edad, cursando embarazo de 38.1 semanas por FUR acorde a ecografía, siendo remitida desde consulta externa por presentar cifras tensionales elevadas 140/80 MMHG. Al ingreso de la paciente refirió sensación de fatiga, negando síntomas premonitorios como cefalea, tinitus, fosfeno, visión borrosa, epigastralgia; refiere presencia de edema de miembros inferiores, percepción de movimientos fetales, niega dolor, refiere flujo vaginal blanquesino de mal olor, niega prurito vaginal e igualmente síntomas urinarios, en cuanto a los controles prenatales fueron cinco (5), iniciando a la semana 10.5, **índice de masa corporal obesidad mórbida**, peso 122, talla 156, tensión arterial 140/87 MMHG. Abdomen: abundante panículo adiposos, abdomen globoso a expensas de útero grávido, altura uterina 36 cm

ocupado por feto único vivo. Longitudinal, cefálico, dorso derecho, frecuencia cardiaca fetal 146 LPM, no presenta actividad uterina, como análisis y plan de manejo medico, paciente valorada por ginecología desde consulta externa al momento persiste con cifras tensionales elevadas, fue solicitado perfil toxemico, incluido proteinuria de 24 horas, control de cifras tensionales, fetocardia.

En cuanto a los resultados conforme con historia clínica se encontró una fetocardia fetal categoría I, bienestar fetal, adecuada variabilidad FCF Basal 148 por minuto, FCF mínimo 130 latidos por minuto, FCF máxima 160 latidos por minuto, no desaceleraciones o asceleraciones, no actividad uterina, conclusión preoteinuria 24 horas positiva, ante lo cual hicieron inducción con oxitocina y vigilancia de signos vitales.

AL HECHO 2.2 – NO ES CIERTO. Las afirmaciones y/o aseveraciones realizadas dentro del presente hecho respecto a una presunta demora en la toma de decisión para pasar a sala de partos a la paciente, son totalmente equivocadas, además de temerarias y no guardan ningún sustento medico científico, avizorando la falta de conocimiento del apoderado judicial de la parte accionante, por cuanto la atención médico – asistencial fue idónea y adecuada a las condiciones clínico patológicas del binomio materno fetal, por lo cual no identifica de manera específica cual fue la presunta falla en la prestación del servicio, solo manifestando una conjetura carente de todo sustento factico, científico además de probatorio.

Ahora bien, mi representada especialista en ginecología y obstetricia JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, atendió a la paciente en fecha veintinueve (29) de julio de dos mil diecinueve (2019), a las 17:30 horas, con diagnostico G3P1A1V1, embarazo de 38,1 semanas, feto único vivo, trastorno hipertensivo a clasificar, obesidad gestacional, alto riesgo obstétrico, por diagnósticos anteriores paciente con cifras de tensión arterial elevadas, ante lo cual decidió hospitalizar para vigilancia de cifras de tensión arterial y determinar diagnostico sospecha de trastorno hipertensivo del embarazo.

La paciente presentaba condiciones de obesidad mórbida, hipertensión, trabajo de parto, ante lo cual aplicó conducta de ingreso, orientación, hospitalización y solicitud de exámenes paraclínicos, plan de manejo médico adecuado conforme al ingreso, orientación, hospitalización, solicitud de exámenes complementarios lo cual se apega a las guías de manejo y protocolos médicos en gestación en mujeres obesas.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), siendo las 07:04 horas, la paciente continua en hospitalización, mi representada ordenó monitoreo y proteinuria, decidió continuar con la vigilancia de la paciente, ante las condiciones de la paciente descritas obesidad mórbida, hipertensión, ordenó pasar a la paciente a trabajo de parto.

Ahora bien, para el caso presente no existió demora por parte de mi poderdante para el traslado a sala de parto, según la norma técnica debe realizarse siempre y cuando al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a sala de partos para el nacimiento, siendo el parto atendido por el medico de turno y asistido por personal de enfermería, conforma a la norma técnica para la atención del parto, situación como se

puede evidenciar en el caso presente, la paciente NO debía ser trasladada a sala de partos desde el ingreso.

AL HECHO 2.3 – NO ES CIERTO. Las afirmaciones y/o aseveraciones realizadas dentro del presente hecho respecto a una presunta demora en la toma de decisión para pasar a sala de partos a la paciente, son totalmente equivocadas, además de temerarias y no guardan ningún sustento médico científico, avizorando la falta de conocimiento del apoderado judicial de la parte accionante, por cuanto la atención médica – asistencial fue idónea y adecuada a las condiciones clínicas patológicas del binomio materno fetal, por lo cual no identifica de manera específica cual fue la presunta falla en la prestación del servicio, solo manifestando una conjetura carente de todo sustento fáctico, científico además de probatorio.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), la paciente y hoy demandante se encontraba en vigilancia del trabajo de parto, mi representado procedió a la correspondiente atención del parto, en la cual encontró a una paciente con dilatación y borramiento completos, es trasladada a sala de procedimientos para atención de parto, en posición de litotomía y bajo asepsia y antisepsia con soluciones yodadas infra umbilical y perineal, colocación de campos quirúrgicos estériles, protegiendo el periné, dio indicaciones a la madre, periné rígido/elástico; condujo y dirigió el pujo, sin embargo, la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO fue poco colaboradora, pobre introspección de como debe realizarse un adecuado trabajo de parto y pujo, presentó episiotomía medio lateral derecha con circular de cordón, siendo reducido fácilmente, empero, cursaba con retención de hombro ante lo cual mi mandante realizó maniobras de elevación y flexión de piernas con gran dificultad, paciente en mención continuo siendo poco colaboradora, insistiendo en no permitir maniobras necesarias para extracción del recién nacido, ante lo cual realizó elevación de cadera y cierre de piernas, sin lograr extracción completa del cuerpo del recién nacido por lo que hubo la necesidad de que mi mandante ejecutará la luxación de hombro derecho y fractura de clavícula derecha con gran dificultad, conllevando a extracción del recién nacido a las 21:00 horas.

La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, ordenó trasladar al recién nacido a cama de luz radiante, ya que el recién nacido se encontraba en paro cardiorrespiratorio, aplicando reanimación cardiopulmonar, en consecuencia, llamaron a pediatra para continuar reanimación, sin embargo, se declaró producto fallecido al minuto del nacimiento.

Frente a la materna mi mandante administro oxitocina diez (10) unidades IV para pasar en tiempo no inferior a 3 minutos, ligando y cortando el cordón umbilical en forma inmediata, realizando alumbramiento a los 10 minutos, obteniendo placenta tipo SCHULTZE completa, región perineal se infiltró con xilocaina 2%, sin epinefrina, con escaso sangrado siendo corregido con cromado 2-0, útero tónico a nivel infra umbilical; masaje bimanual y extrajo coágulos, sangrado vaginal moderado con despulimiento de mucosa vaginal y desgarro laterales los cuales fueron suturados, a pesar de ello, persistió en sangrado en capa, por lo que se dio inicio de ácido tranexámico 1 gramo EV y dejó compresa en vagina para retiro en 8 horas.

En el puerperio la paciente curso una crisis hipertensiva (190/90), se dio manejo con medicamentos, labetalol, nifedipino, sulfato de magnesio.

Conforme con lo anterior y la historia clínica, no hay ninguna evidencia durante el trabajo de parto de sufrimiento fetal, siendo inexacto que se argumente por el apoderado judicial de los accionantes que una frecuencia cardiaca fetal de 121 sea patológico, no se constituye en un sufrimiento fetal, de igual manera, todas las fetocardias fueron normales, al igual que los monitoreos fueron categoría I, normales, el evento fue intraparto, agudo, impredecible, no prevenible, de carácter irresistible y se presentó en el último momento con ocasión a la retención de hombros y el trauma obstétrico, por lo cual no estaba indicada la cesárea, pues la cabeza fetal ya estaba por fuera de la vagina.

Ahora bien, la retención de hombros se constituye en un evento de alta morbimortalidad, más aún en una paciente con un alto índice de masa corporal, es decir, obesidad mórbida e igualmente la insuficiente colaboración, la aparición de la retención de hombros no puede atribuirse a mi representada, además la paciente no tenía diabetes gestacional y el feto era macrosómico lo que significa que su peso oscila cerca a los 4.000 gramos, para el caso particular el feto pesó 3.850 gramos, lo que condujo que aumentara el riesgo de presentarse.

Por otra parte, el aumento de oxitocina no puede ser reprochable, como equívocamente argumenta el apoderado judicial de los accionantes en la demanda, ya que su administración no se encuentra prohibida ni contraindicada por tratarse de una paciente hipertensa, ya que se usa para optimizar el trabajo de parto y evitar recurrir al procedimiento quirúrgico de cesárea que puede ser compleja, tal como se encuentra recomendada en las guías de hipertensión arterial y embarazo, ya que el solo hecho de ser hipertensa no es indicativo de cesárea.

AL HECHO 2.4 – NO ES CIERTO. El apoderado judicial de los accionantes se equivoca totalmente al afirmar la inexistencia del correspondiente partograma en la historia clínica, ya que este reposa en la historia clínica aportada por los accionantes al igual por la entidad hospitalaria demandada Hospital San José de Túquerres, en el cual se observa un partograma con seis (6) evaluaciones entre las 14:40 y las 21:05 con frecuencias cardiacas fetales entre 120 y 135 y 0 al nacimiento. **(IMAGEN 1)**

AL HECHO 2.5 – NO ES CIERTO. El aumento de oxitocina no se constituye en una conducta sujeta a reproche, como equívocamente argumenta el apoderado judicial de los accionantes en la demanda, ya que su administración no se encuentra prohibida ni contraindicada por tratarse de una paciente hipertensa, ya que se usa para optimizar el trabajo de parto y evitar recurrir al procedimiento quirúrgico de cesárea que puede ser compleja, tal como se encuentra recomendada en las guías de hipertensión arterial y embarazo, ya que el solo hecho de ser hipertensa no es indicativo de cesárea.

Conforme con lo anterior y la historia clínica, no hay ninguna evidencia durante el trabajo de parto de sufrimiento fetal, siendo inexacto que se argumente por el apoderado judicial de los accionantes que una frecuencia cardiaca fetal de 121 sea patológico, no se constituye

en un sufrimiento fetal, de igual manera, todas las fetocardias fueron normales, al igual que los monitoreos fueron categoría I, normales, el evento fue intraparto, agudo, impredecible, no prevenible, de carácter irresistible y se presentó en el último momento con ocasión a la retención de hombros y el trauma obstétrico, por lo cual se reitera que no estaba indicada la cesárea, pues la cabeza fetal ya estaba por fuera de la vagina.

En conclusión, el binomio materno – fetal fue debidamente monitorizado, sin existencia de sufrimiento fetal, y, todas y cada una de las frecuencias cardiacas fetales fueron normales en todo momento.

AL HECHO 2.6 – NO ES CIERTO. Las afirmaciones y/o aseveraciones realizadas dentro del presente hecho respecto a una presunta negligencia medica, inoportuna intervención ginecológica, falta de resolución y demora en la toma de decisión para pasar a sala de partos a la paciente, son totalmente equivocadas, además de temerarias y no guardan ningún sustento medico científico, avizorando la falta de conocimiento del apoderado judicial de la parte accionante, por cuanto la atención médico – asistencial fue idónea y adecuada a las condiciones clínico patológicas del binomio materno fetal, por lo cual no identifica de manera específica cual fue la presunta falla en la prestación del servicio, solo manifestando una conjetura carente de todo sustento factico, científico además de probatorio.

Mi representada especialista en ginecología y obstetricia JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, atendió a la paciente en fecha veintinueve (29) de julio de dos mil diecinueve (2019), a las 17:30 horas, con diagnostico G3P1A1V1, embarazo de 38,1 semanas, feto único vivo, trastorno hipertensivo a clasificar, obesidad gestacional, alto riesgo obstétrico, por diagnósticos anteriores paciente con cifras de tensión arterial elevadas, ante lo cual decidió hospitalizar para vigilancia de cifras de tensión arterial y determinar diagnostico sospecha de trastorno hipertensivo del embarazo.

La paciente presentaba condiciones de obesidad mórbida, hipertensión, trabajo de parto, ante lo cual aplicó conducta de ingreso, orientación, hospitalización y solicitud de exámenes paraclínicos, plan de manejo médico adecuado conforme al ingreso, orientación, hospitalización, solicitud de exámenes complementarios lo cual se apegó a las guías de manejo y protocolos médicos en gestación en mujeres obesas.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), siendo las 07:04 horas, la paciente continua en hospitalización, mi representada ordenó monitoreo y proteinuria, decidió continuar con la vigilancia de la paciente, ante las condiciones de la paciente descritas obesidad mórbida, hipertensión, ordenó pasar a la paciente a trabajo de parto.

Ahora bien, para el caso presente no existió demora por parte de mi poderdante para el traslado a sala de parto, según la norma técnica debe realizarse siempre y cuando al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a sala de partos para el nacimiento, siendo el parto atendido por el medico de turno y asistido por personal de enfermería, conforma a la norma técnica para la atención del parto, situación como se puede evidenciar en el caso presente, la paciente NO debía ser trasladada a sala de partos desde el ingreso.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), la paciente y hoy demandante se encontraba en vigilancia del trabajo de parto, mi representado procedió a la correspondiente atención del parto, en la cual encontró a una paciente con dilatación y borramiento completos, es trasladada a sala de procedimientos para atención de parto, en posición de litotomía y bajo asepsia y antisepsia con soluciones yodadas infra umbilical y perineal, colocación de campos quirúrgicos estériles, protegiendo el periné, dio indicaciones a la madre, periné rígido/elástico; condujo y dirigió el pujo, sin embargo, la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO fue poco colaboradora, pobre introspección de como debe realizarse un adecuado trabajo de parto y pujo, presentó episiotomía medio lateral derecha con circular de cordón, siendo reducido fácilmente, empero, cursaba con retención de hombro ante lo cual mi mandante realizo maniobras de elevación y flexión de piernas con gran dificultad, paciente en mención continuo siendo poco colaboradora, insistiendo en no permitir maniobras necesarias para extracción del recién nacido, ante lo cual realizó elevación de cola y cierre de piernas, sin lograr extracción completa del cuerpo del recién nacido por lo que hubo la necesidad de que mi mandante ejecutará la luxación de hombro derecho y fractura de clavícula derecha con gran dificultad, conllevando a extracción del recién nacido a las 21:00 horas.

La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, ordenó trasladar al recién nacido a cama de luz radiante, ya que el recién nacido se encontraba en paro cardiorrespiratorio, aplicando reanimación cardiopulmonar, en consecuencia, llamaron a pediatra para continuar reanimación, sin embargo, se declaró producto fallecido al minuto del nacimiento.

Frente a la materna mi mandante administro oxitocina diez (10) unidades IV para pasar en tiempo no inferior a 3 minutos, ligando y cortando el cordón umbilical en forma inmediata, realizando alumbramiento a los 10 minutos, obteniendo placenta tipo SCHULTZE completa, región perineal se infiltró con xiolcaina 2%, sin epinefrina, con escaso sangrado siendo corregido con cromado 2-0, útero tónico a nivel infra umbilical; masaje bimanual y extrajo coagulos, sangrado vaginal moderado con despulimiento de mucosa vaginal y desgarro laterales los cuales fueron suturados, a pesar de ello, persistió en sangrado en capa, por lo que se dio inicio de ácido tranexámico 1 gramo EV y dejó compresa en vagina para retiro en 8 horas.

En el puerperio la paciente curso una crisis hipertensiva (190/90), se dio manejo con medicamentos, labetalol, nifedipino, sulfato de magnesio.

Conforme con lo anterior y la historia clínica, no hay ninguna evidencia durante el trabajo de parto de sufrimiento fetal, siendo inexacto que se argumente por el apoderado judicial de los accionantes que una frecuencia cardiaca fetal de 121 sea patológico, no se constituye en un sufrimiento fetal, de igual manera, todas las fetocardias fueron normales, al igual que los monitoreos fueron categoría I, normales, el evento fue intraparto, agudo, impredecible, no prevenible, de carácter irresistible y se presentó en el último momento con ocasión a la retención de hombros y el trauma obstétrico, por lo cual no estaba indicada la cesárea, pues la cabeza fetal ya estaba por fuera de la vagina.

Así mismo, la retención de hombros se constituye en un evento de alta morbilidad, más aún en una paciente con un alto índice de masa corporal, es decir, obesidad mórbida e igualmente la insuficiente colaboración, la aparición de la retención de hombros no puede atribuirse a mi representada, además la paciente no tenía diabetes gestacional y el feto era macrosómico lo que significa que su peso oscila cerca a los 4.000 gramos, para el caso particular el feto pesó 3.850 gramos, lo que condujo que aumentara el riesgo de presentarse.

En relación con el aumento de oxitocina no puede ser reprochable, como equívocamente argumenta el apoderado judicial de los accionantes en la demanda, ya que su administración no se encuentra prohibida ni contraindicada por tratarse de una paciente hipertensa, ya que se usa para optimizar el trabajo de parto y evitar recurrir al procedimiento quirúrgico de cesárea que puede ser compleja, tal como se encuentra recomendada en las guías de hipertensión arterial y embarazo, ya que el solo hecho de ser hipertensa no es indicativo de cesárea.

Se debe subrayar que, la obstetricia es impredecible, siempre, en cualquier momento se puede presentar un hecho súbito o irresistible o catastrófico o inesperado que ponga en peligro al binomio madre – feto, situación que puede presentarse en todos los niveles e incluso con recursos o tecnología de punta, por lo cual, ningún profesional de la salud o ninguna institución pueden garantizar que no se van a presentar complicaciones durante la atención de un parto; dicho lo anterior, un parto es una experiencia única e individual, que varía de paciente a paciente y muchas veces, pese a la vigilancia estricta, se puede presentar complicaciones que cambian el curso de los acontecimientos, así, por ejemplo, se puede desprender la placenta (abruptio), salir el cordón (prolapso de cordón o procidencia), presentar circulares del cordón al cuello fetal, tener un nudo verdadero del cordón, bajarse el aporte del oxígeno al feto (sufrimiento fetal o hipoxia), quedarse retenidos los hombros en el canal del parto, problemas metabólicos o congénitos, entre otras, que generan crisis en el último momento; en muchas oportunidades como las descritas es imposible adelantarse a los hechos o prevenir las complicaciones, se reitera que puede ocurrir en las mejores instituciones hospitalarias, con tecnología de punta y con médicos de mucha experiencia, y, por ende, la complicación obstétrica no ha sido posible desterrar del mundo y en la atención del parto se va a seguir presentando complicaciones por más que se cumplan y se apeguen estrictamente a los protocolos y guías de manejo.

En síntesis, todo parto puede complicarse en cualquier momento, aunque se apliquen de manera correcta los protocolos y guías de manejo, lo que se conoce como riesgo inherente, empero, frente a la paciente existió una debida monitorización, no se demostró sufrimiento fetal, las frecuencias cardíacas fetales fueron normales en todo momento, en cuanto a la distocia de hombros es un evento accidental, súbito e irresistible que nadie puede predecir, mucho menos si no hay presencia de factores de riesgo. Mi representada especialista en ginecología y obstetricia, todas y cada una de sus conductas medicas se encontraron apegadas a las guías y protocolos médicos, ante su criterio técnico científico nunca existió indicación de cesárea, por el contrario fue correcta su determinación de suministro de oxitocina que no estaba contraindicada, por el hecho de tratarse de una paciente hipertensa, además de cumplir a cabalidad con el diligenciamiento del partograma, contrario

a lo que se refiere en la demanda, por lo que el infortunado resultado que culminó en el deceso del recién nacido no tuvo origen ni incidencia en el actuar de la médico especialista que represento.

III. RESPUESTA FRENTE A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO DE LA DEMANDA PRINCIPAL

No me opongo a su enunciación, pero no son aplicables en el presente caso debido a que mi poderdante no ha causado daño alguno que haya dado origen a la presunta responsabilidad que hoy se le quiere endilgar.

Las disposiciones normativas y citar relacionadas por la parte actora y que sirven de fundamento para el presente proceso de reparación directa, no concentran la responsabilidad de mi representado frente a los hechos objeto de demanda.

Es pertinente puntualizar que el daño que alega la parte actora, no se generó por una inadecuada práctica médica y mucho menos por una actuación negligente, imprudente o imperita del médico que represento, pues como se manifestó al inicio se probará con la presente contestación de demanda, contestación de llamamiento en garantía y a lo largo del proceso que las conductas profesionales desplegadas por la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES fueron adecuadas, prudentes, peritas, acorde con los protocolos y la lex artis; lo que quiere decir que el médico especialista en mención actuó sin mediar culpa en ninguno de sus grados, además de no existir nexo causal entre los perjuicios que reclaman los demandantes y las actividades del profesional de la salud que represento, Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, menos aun cuando la conducta médica otorgadas a la paciente LURY LILIANA YELA CASTROS y a su recién nacido eran los indicados frente a la condición clínica del binomio materno - fetal; además mi representada no demoró ni negó el tratamiento que el mencionada paciente requería.

Cuando pretende endilgarse una responsabilidad a un profesional de la salud con base en el acto médico desarrollado por él, es indispensable que la parte que alega el daño demuestre que el profesional tuvo la culpa del perjuicio y nexo causal entre el acto médico y el daño para generarse la obligación de resarcir.

En todo caso, la imputación de responsabilidad señala en este acápite se desvirtuará con las excepciones de mérito que se formulan a continuación.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

Como quiera que gran parte de lo señalado por los demandantes en este acápite corresponde a lo ya aducido en el denominado como “**HECHOS Y OMISIONES**”, a los que ya se dio respuesta, me permito reiterar todas y cada una de las razones de defensa esgrimidas de esta contestación. Con fundamento en los anteriores argumentos de hecho y de derecho, igualmente me permito presentar además de las oposiciones propuestas, las siguientes excepciones de mérito:

1. INEXISTENCIA DE CULPA MÉDICA Y CORRECTO EJERCICIO DE LA LEX ARTIS AD HOC

La responsabilidad en general, está construida sobre la existencia de un hecho, un daño, y un nexo de causalidad entre éstos, sin embargo, cuando nos encontramos frente a la responsabilidad médica, es requisito indispensable que el hecho generador del daño consista en una conducta culposa, es decir, que el médico no cumpla con la correcta técnica exigida para el caso concreto, situación que como será expuesto, no sucede en el presente asunto, ya que mi poderdante empleó la *lex artis ad hoc* adecuada y exigida para el caso en cuestión, actuando con total diligencia, prudencia y pericia, lo cual en ningún momento admite reproche de culpabilidad alguno ni permite señalar que haya existido una falla en prestación de los servicios médicos por ella ofrecidos.

Mi representada especialista en ginecología y obstetricia JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, atendió a la paciente en fecha veintinueve (29) de julio de dos mil diecinueve (2019), a las 17:30 horas, con diagnóstico G3P1A1V1, embarazo de 38,1 semanas, feto único vivo, trastorno hipertensivo a clasificar, **obesidad gestacional**, alto riesgo obstétrico, por diagnósticos anteriores paciente con cifras de tensión arterial elevadas, ante lo cual decidió hospitalizar para vigilancia de cifras de tensión arterial y determinar diagnóstico sospecha de trastorno hipertensivo del embarazo.

La paciente presentaba condiciones de obesidad mórbida, hipertensión, trabajo de parto, ante lo cual aplicó conducta de **ingreso, orientación, hospitalización y solicitud de exámenes paraclínicos, plan de manejo médico adecuado conforme al ingreso, orientación, hospitalización, solicitud de exámenes complementarios** lo cual se apega a las guías de manejo y protocolos médicos en gestación en mujeres obesas.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), siendo las 07:04 horas, la paciente continua en hospitalización, mi representada **ordenó monitoreo y proteinuria**, decidió continuar con la vigilancia de la paciente, ante las condiciones de la paciente descritas obesidad mórbida, hipertensión, ordenó pasar a la paciente a trabajo de parto.

Ahora bien, para el caso presente **no existió demora por parte de mi poderdante para el traslado a sala de parto, según la norma técnica debe realizarse siempre y cuando al alcanzar una estación de +2**, la gestante debe trasladarse a sala de partos para el nacimiento, siendo el parto atendido por el médico de turno y asistido por personal de enfermería, conforma a la norma técnica para la atención del parto, situación como se puede evidenciar en el caso presente, **la paciente NO debía ser trasladada a sala de partos desde el ingreso.**

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), la paciente y hoy demandante se encontraba en vigilancia del trabajo de parto, mi representado procedió a la correspondiente atención del parto, en la cual encontró a una paciente con dilatación y borramiento completos, es trasladada a sala de procedimientos para atención de parto, en posición de litotomía y bajo asepsia y antisepsia con soluciones yodadas infra umbilical y perineal, colocación de campos quirúrgicos estériles, protegiendo el periné, dio indicaciones

a la madre, periné rígido/elástico; condujo y dirigió el pujo, sin embargo, la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO **fue poco colaboradora**, pobre introspección de cómo debe realizarse un adecuado trabajo de parto y pujo, presentó episiotomía medio lateral derecha con circular de cordón, siendo reducido fácilmente, empero, **cursaba con retención de hombro ante lo cual mi mandante realizo maniobras de elevación y flexión de piernas con gran dificultad, paciente en mención continuo siendo poco colaboradora, insistiendo en no permitir maniobras necesarias para extracción del recién nacido, ante lo cual realizó elevación de cola y cierre de piernas, sin lograr extracción completa del cuerpo del recién nacido por lo que hubo la necesidad de que mi mandante ejecutará la luxación de hombro derecho y fractura de clavícula derecha con gran dificultad**, conllevando a extracción del recién nacido a las 21:00 horas.

La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, ordenó **trasladar al recién nacido a cama de luz radiante, ya que el recién nacido se encontraba en paro cardiorrespiratorio, aplicando reanimación cardiopulmonar, en consecuencia, llamaron a pediatra para continuar reanimación**, sin embargo, se declaró producto fallecido al minuto del nacimiento.

Frente a la materna mi mandante administro oxitocina diez (10) unidades IV para pasar en tiempo no inferior a 3 minutos, ligando y cortando el cordón umbilical en forma inmediata, realizando alumbramiento a los 10 minutos, obteniendo placenta tipo SCHULTZE completa, región perineal se infiltró con xiolcaina 2%, sin epinefrina, con escaso sangrado siendo corregido con cromado 2-0, útero tónico a nivel infra umbilical; masaje bimanual y extrajo coágulos, sangrado vaginal moderado con despulimiento de mucosa vaginal y desgarro laterales los cuales fueron suturados, a pesar de ello, persistió en sangrado en capa, por lo que se dio inicio de ácido tranexámico 1 gramo EV y dejó compresa en vagina para retiro en 8 horas.

En el puerperio la paciente curso una crisis hipertensiva (190/90), se dio manejo con medicamentos, labetalol, nifedipino, sulfato de magnesio.

Conforme con lo anterior y la historia clínica, **no hay ninguna evidencia durante el trabajo de parto de sufrimiento fetal**, siendo inexacto que se argumente por el apoderado judicial de los accionantes que una frecuencia cardiaca fetal de 121 sea patológico, no se constituye en un sufrimiento fetal, de igual manera, **todas las fetocardias fueron normales, al igual que los monitoreos fueron categoría I, normales, el evento fue intraparto, agudo, impredecible, no prevenible, de carácter irresistible y se presentó en el último momento con ocasión a la retención de hombros y el trauma obstétrico, por lo cual no estaba indicada la cesárea, pues la cabeza fetal ya estaba por fuera de la vagina.**

Así mismo, **la retención de hombros se constituye en un evento de alta morbilidad, más aún en una paciente con un alto índice de masa corporal**, es decir, obesidad mórbida e **igualmente la insuficiente colaboración**, la aparición de la retención de hombros no puede atribuirse a mi representada, además la paciente no tenía diabetes gestacional y el feto era macrosómico lo que significa que su peso oscila cerca a

los 4.000 gramos, para el caso particular el feto pesó 3.850 gramos, lo que condujo que aumentara el riesgo de presentarse.

En relación con el aumento de oxitocina no puede ser reproachable, como equívocamente argumenta el apoderado judicial de los accionantes en la demanda, ya que **su administración no se encuentra prohibida ni contraindicada por tratarse de una paciente hipertensa, ya que se usa para optimizar el trabajo de parto y evitar recurrir al procedimiento quirúrgico de cesárea que puede ser compleja**, tal como se encuentra recomendada en las guías de hipertensión arterial y embarazo, ya que **el solo hecho de ser hipertensa no es indicativo de cesárea**.

Se debe subrayar que, **la obstetricia es impredecible, siempre, en cualquier momento se puede presentar un hecho súbito o irresistible o catastrófico o inesperado que ponga en peligro al binomio madre – feto, situación que puede presentarse en todos los niveles e incluso con recursos o tecnología de punta, por lo cual, ningún profesional de la salud o ninguna institución pueden garantizar que no se van a presentar complicaciones durante la atención de un parto**; dicho lo anterior, un parto es una experiencia única e individual, que varía de paciente a paciente y muchas veces, pese a la vigilancia estricta, se puede presentar complicaciones que cambian el curso de los acontecimientos, así, por ejemplo, se puede desprender la placenta (abruptio), salir el cordón (prolapso de cordón o procidencia), presentar circulares del cordón al cuello fetal, tener un nudo verdadero del cordón, bajarse el aporte del oxígeno al feto (sufrimiento fetal o hipoxia), quedarse retenidos los hombros en el canal del parto, problemas metabólicos o congénitos, entre otras, que generan crisis en el último momento; en muchas oportunidades como las descritas es imposible adelantarse a los hechos o prevenir las complicaciones, se reitera que puede ocurrir en las mejores instituciones hospitalarias, con tecnología de punta y con médicos de mucha experiencia, y, por ende, la complicación obstétrica no ha sido posible desterrar del mundo y en la atención del parto se va a seguir presentando complicaciones por más que se cumplan y se apeguen estrictamente a los protocolos y guías de manejo.

En síntesis, **todo parto puede complicarse en cualquier momento, aunque se apliquen de manera correcta los protocolos y guías de manejo, lo que se conoce como riesgo inherente**, empero, frente a la paciente existió una debida monitorización, no se demostró sufrimiento fetal, las frecuencias cardíacas fetales fueron normales en todo momento, en cuanto a la distocia de hombros es un evento accidental, súbito e irresistible que nadie puede predecir, mucho menos si no hay presencia de factores de riesgo. Mi representada especialista en ginecología y obstetricia, todas y cada una de sus conductas medicas se encontraron apegadas a las guías y protocolos médicos, ante su criterio técnico científico nunca existió indicación de cesárea, por el contrario fue correcta su determinación de suministro de oxitocina que no estaba contraindicada, por el hecho de tratarse de una paciente hipertensa, además de cumplir a cabalidad con el diligenciamiento del partograma, contrario a lo que se refiere en la demanda, por lo que el infortunado resultado que culminó en el deceso del recién nacido no tuvo origen ni incidencia en el actuar de la médico especialista que represento.

Finalmente, vale la pena recordar, que el médico está en la obligación de aplicar todo su conocimiento en busca de un resultado beneficioso para el paciente, pero no está sujeto a que el resultado tenga que ser el esperado, pues escapa a su esfera de responsabilidad que pese a aplicar la correcta *lex artis ad hoc*, se produzcan eventos inevitables que son consecuencia de causas ajenas al actuar del profesional o inherentes a la evolución orgánica del paciente, es decir, la obligación del médico es de medio y no de resultado, razón por la que resulta ajeno al especialista que represento que pese haberse brindado atención oportuna, hayan mediado circunstancias extrañas que le hayan causado la muerte al feto.

Así lo ha respaldado la jurisprudencia al decir que *“En relación con el acto médico propiamente dicho se señala que los resultados fallidos en la prestación del servicio médico, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en la cirugía no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado”*¹.

Igualmente ha manifestado el Consejo de Estado que *“En tal sentido, creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es, de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño y, en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente), obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo. Esta última afirmación nos conduce de la mano a reiterar que en tema de la responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios”*².

En conclusión, es notorio que toda la atención prestada por la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES a la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO estuvo acorde a los postulados de la *lex artis ad hoc*, se trató de una praxis médica correcta y no se evidencia culpa alguna de la cual se pueda predicar responsabilidad, lo que lleva a que se deba desestimar la acción iniciada en su contra.

¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Terera, Sentencia del 27 de abril de 2011, Rad. 08001-23-31-000-1993-07622-01(19846), Cp. Ruth Stella Correa Palacio.

² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 11 de mayo de 1999, Rad. 11949, Cp. Daniel Suarez Hernández.

2. AUSENCIA DE CULPA POR OBRAR CON DILIGENCIA Y CUIDADO

Empezaremos mencionando que la actuación de mi poderdante, tal y como se demostrará con las pruebas aportadas y solicitadas, se ajustó a los protocolos científicos y éticos, cumpliéndose a cabalidad con los postulados de la *lex artis*. La calificación de una praxis asistencial como ajustada o desviada de la *lex artis* no debe realizarse por un juicio *ex post*, sino *ex ante*, es decir, con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre el diagnóstico o tratamiento, a fin de poder considerar como adecuada o no a la clínica que presenta la paciente.

No tiene discusión en la jurisprudencia que la base de toda responsabilidad médica ha de existir una “*culpa médica*”, y ésta, como “*omisión de la diligencia*”, equivale al incumplimiento o defectuoso cumplimiento de la *lex artis*, concebida como criterio valorativo de la corrección del acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos y exógenos, para calificar dicho acto como conforme o no con la técnica normal requerida. Es así como el galeno responde con base en la culpa por la violación intencional o negligente del estándar de conducta exigible, siendo este el de un profesional razonable que se halle en las mismas circunstancias. Tal y como se demostrará dentro del presente proceso, la conducta asumida por el doctor MARIO FERNANDO CAICEDO BORRAS es la misma que hubiese asumido cualquier otro médico de sus reconocidas capacidades e idoneidad, surgiendo diáfana la ausencia de culpa dentro de su actuación.

El elemento subjetivo necesario para que salga adelante una acción de responsabilidad médica, la culpa, no se avizora en el acto realizado por el galeno que represento, cabiendo agregar que la jurisprudencia ha destacado de forma reiterada que la culpa es un elemento esencial para que se declare responsable a un facultativo; ante su ausencia no queda sino exonerar a quien se señala como agente causante del daño.

La H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia³ ha expresado respecto a la culpa en materia de Responsabilidad Médica lo siguiente:

“2. Tratando la responsabilidad civil de los médicos por la prestación del servicio profesional, desde hace algún tiempo, la Corte ha venido predicando que ésta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual”

Vale la pena destacar que el concepto culpa adquiere un significado diferente en los eventos de responsabilidad médica. En estos casos la culpa, se relaciona de forma directa con el cumplimiento de la *lex artis ad hoc*, y se segmenta de varias formas, la prudencia, la diligencia y la pericia.

³ H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Magistrado Ponente: CARLOS IGNACIO JARAMILLO. Sentencia del 30 de enero de 2.001 Referencia: Expediente No. 5507

Mi representada especialista en ginecología y obstetricia JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, atendió a la paciente en fecha veintinueve (29) de julio de dos mil diecinueve (2019), a las 17:30 horas, con diagnóstico G3P1A1V1, embarazo de 38,1 semanas, feto único vivo, trastorno hipertensivo a clasificar, **obesidad gestacional**, alto riesgo obstétrico, por diagnósticos anteriores paciente con cifras de tensión arterial elevadas, ante lo cual decidió hospitalizar para vigilancia de cifras de tensión arterial y determinar diagnóstico sospecha de trastorno hipertensivo del embarazo.

La paciente presentaba condiciones de obesidad mórbida, hipertensión, trabajo de parto, ante lo cual aplicó conducta de **ingreso, orientación, hospitalización y solicitud de exámenes paraclínicos, plan de manejo médico adecuado conforme al ingreso, orientación, hospitalización, solicitud de exámenes complementarios** lo cual se apega a las guías de manejo y protocolos médicos en gestación en mujeres obesas.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), siendo las 07:04 horas, la paciente continua en hospitalización, mi representada **ordenó monitoreo y proteinuria**, decidió continuar con la vigilancia de la paciente, ante las condiciones de la paciente descritas obesidad mórbida, hipertensión, ordenó pasar a la paciente a trabajo de parto.

Ahora bien, para el caso presente **no existió demora por parte de mi poderdante para el traslado a sala de parto, según la norma técnica debe realizarse siempre y cuando al alcanzar una estación de +2**, la gestante debe trasladarse a sala de partos para el nacimiento, siendo el parto atendido por el médico de turno y asistido por personal de enfermería, conforma a la norma técnica para la atención del parto, situación como se puede evidenciar en el caso presente, **la paciente NO debía ser trasladada a sala de partos desde el ingreso**.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), la paciente y hoy demandante se encontraba en vigilancia del trabajo de parto, mi representado procedió a la correspondiente atención del parto, en la cual encontró a una paciente con dilatación y borramiento completos, es trasladada a sala de procedimientos para atención de parto, en posición de litotomía y bajo asepsia y antisepsia con soluciones yodadas infra umbilical y perineal, colocación de campos quirúrgicos estériles, protegiendo el periné, dio indicaciones a la madre, periné rígido/elástico; condujo y dirigió el pujo, sin embargo, la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO **fue poco colaboradora**, pobre introspección de cómo debe realizarse un adecuado trabajo de parto y pujo, presentó episiotomía medio lateral derecha con circular de cordón, siendo reducido fácilmente, empero, **cursaba con retención de hombro ante lo cual mi mandante realizó maniobras de elevación y flexión de piernas con gran dificultad**, **paciente en mención continuo siendo poco colaboradora, insistiendo en no permitir maniobras necesarias para extracción del recién nacido, ante lo cual realizó elevación de cola y cierre de piernas, sin lograr extracción completa del cuerpo del recién nacido por lo que hubo la necesidad de que mi mandante ejecutará la luxación de hombro derecho y fractura de clavícula derecha con gran dificultad**, conllevando a extracción del recién nacido a las 21:00 horas.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogno04@gmail.com

La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, ordenó trasladar al recién nacido a cama de luz radiante, ya que el recién nacido se encontraba en paro cardiorrespiratorio, aplicando reanimación cardiopulmonar, en consecuencia, llamaron a pediatra para continuar reanimación, sin embargo, se declaró producto fallecido al minuto del nacimiento.

Frente a la materna mi mandante administro oxitocina diez (10) unidades IV para pasar en tiempo no inferior a 3 minutos, ligando y cortando el cordón umbilical en forma inmediata, realizando alumbramiento a los 10 minutos, obteniendo placenta tipo SCHULTZE completa, región perineal se infiltró con xiolcaina 2%, sin epinefrina, con escaso sangrado siendo corregido con cromado 2-0, útero tónico a nivel infra umbilical; masaje bimanual y extrajo coágulos, sangrado vaginal moderado con despulimiento de mucosa vaginal y desgarro laterales los cuales fueron suturados, a pesar de ello, persistió en sangrado en capa, por lo que se dio inicio de ácido tranexámico 1 gramo EV y dejó compresa en vagina para retiro en 8 horas.

En el puerperio la paciente curso una crisis hipertensiva (190/90), se dio manejo con medicamentos, labetalol, nifedipino, sulfato de magnesio.

Conforme con lo anterior y la historia clínica, no hay ninguna evidencia durante el trabajo de parto de sufrimiento fetal, siendo inexacto que se argumente por el apoderado judicial de los accionantes que una frecuencia cardíaca fetal de 121 sea patológico, no se constituye en un sufrimiento fetal, de igual manera, todas las fetocardias fueron normales, al igual que los monitoreos fueron categoría I, normales, el evento fue intraparto, agudo, impredecible, no prevenible, de carácter irresistible y se presentó en el último momento con ocasión a la retención de hombros y el trauma obstétrico, por lo cual no estaba indicada la cesárea, pues la cabeza fetal ya estaba por fuera de la vagina.

Así mismo, la retención de hombros se constituye en un evento de alta morbilidad, más aún en una paciente con un alto índice de masa corporal, es decir, obesidad mórbida e igualmente la insuficiente colaboración, la aparición de la retención de hombros no puede atribuirse a mi representada, además la paciente no tenía diabetes gestacional y el feto era macrosómico lo que significa que su peso oscila cerca a los 4.000 gramos, para el caso particular el feto pesó 3.850 gramos, lo que condujo que aumentara el riesgo de presentarse.

En relación con el aumento de oxitocina no puede ser reprochable, como equívocamente argumenta el apoderado judicial de los accionantes en la demanda, ya que su administración no se encuentra prohibida ni contraindicada por tratarse de una paciente hipertensa, ya que se usa para optimizar el trabajo de parto y evitar recurrir al procedimiento quirúrgico de cesárea que puede ser compleja, tal como se encuentra recomendada en las guías de hipertensión arterial y embarazo, ya que el solo hecho de ser hipertensa no es indicativo de cesárea.

Se debe subrayar que, la obstetricia es impredecible, siempre, en cualquier momento se puede presentar un hecho súbito o irresistible o catastrófico o inesperado que

ponga en peligro al binomio madre – feto, situación que puede presentarse en todos los niveles e incluso con recursos o tecnología de punta, por lo cual, ningún profesional de la salud o ninguna institución pueden garantizar que no se van a presentar complicaciones durante la atención de un parto; dicho lo anterior, un parto es una experiencia única e individual, que varía de paciente a paciente y muchas veces, pese a la vigilancia estricta, se puede presentar complicaciones que cambian el curso de los acontecimientos, así, por ejemplo, se puede desprender la placenta (abruptio), salir el cordón (prolapso de cordón o procidencia), presentar circulares del cordón al cuello fetal, tener un nudo verdadero del cordón, bajarse el aporte del oxígeno al feto (sufrimiento fetal o hipoxia), quedarse retenidos los hombros en el canal del parto, problemas metabólicos o congénitos, entre otras, que generan crisis en el último momento; en muchas oportunidades como las descritas es imposible adelantarse a los hechos o prevenir las complicaciones, se reitera que puede ocurrir en las mejores instituciones hospitalarias, con tecnología de punta y con médicos de mucha experiencia, y, por ende, la complicación obstétrica no ha sido posible desterrar del mundo y en la atención del parto se va a seguir presentando complicaciones por más que se cumplan y se apeguen estrictamente a los protocolos y guías de manejo.

En síntesis, **todo parto puede complicarse en cualquier momento, aunque se apliquen de manera correcta los protocolos y guías de manejo, lo que se conoce como riesgo inherente,** empero, frente a la paciente existió una debida monitorización, no se demostró sufrimiento fetal, las frecuencias cardíacas fetales fueron normales en todo momento, en cuanto a la distocia de hombros es un evento accidental, súbito e irresistible que nadie puede predecir, mucho menos si no hay presencia de factores de riesgo. Mi representada especialista en ginecología y obstetricia, todas y cada una de sus conductas medicas se encontraron apegadas a las guías y protocolos médicos, ante su criterio técnico científico nunca existió indicación de cesárea, por el contrario fue correcta su determinación de suministro de oxitocina que no estaba contraindicada, por el hecho de tratarse de una paciente hipertensa, además de cumplir a cabalidad con el diligenciamiento del partograma, contrario a lo que se refiere en la demanda, por lo que el infortunado resultado que culminó en el deceso del recién nacido no tuvo origen ni incidencia en el actuar de la médico especialista que represento.

Con todo lo relatado y expuesto en la contestación de los hechos, se observa con claridad que la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES actuó conforme a la *lex artis ad hoc*, y por lo tanto, no hubo un deficiente y errado procedimiento en la atención médica como lo alega la parte demandante, quedando plenamente demostrado que cumplió correctamente con su obligación medica asistencial, además de cumplir con los protocolos médicos establecidos para el caso.

PERICIA. El acto médico realizado y la especialidad, marcan los linderos y deberes de la doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, quien se desempeñó conforme a su estatus de médico especialista ginecología y atendió a la paciente de conformidad con los protocolos científicos establecidos, con adecuada técnica y teniendo muy en cuenta las condiciones en que se encontraba.

PRUDENCIA. La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES en la atención prolijada al paciente, se desempeñó con templanza, cautela, prudencia y buen juicio, sopesando siempre las particularidades del caso atendido y con la técnica adecuada.

DILIGENCIA. Los actos médicos realizados por la doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES fueron cuidadosos y exentos de omisión. Procedió en cada momento de conformidad con las reglas de asepsia, higiene y seguridad. Revisó con detalle la historia clínica y practicó el procedimiento con plena observancia de los protocolos y técnica científica.

Se puede concluir entonces, que la actuación desplegada por mi poderdante se ajustó a los protocolos éticos y científicos, no evidenciándose entonces falla de atención.

3. CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS POR PARTE DE LA MEDICA LLAMADA EN GARANTÍA DRA. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES.

Itérese en este punto que las obligaciones del médico son de medios y no de resultado, como repetitivamente ha señalado la jurisprudencia nacional⁴ y la doctrina especializada⁵.

La médica, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica, siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla siempre un elemento aleatorio, en el sentido de que el resultado buscado no depende exclusivamente de su proceder, sino también de otros factores, endógenos y exógenos, ajenos a su actuación y que escapan a su control.⁶

Como lo señala LE TOURNEAU, el acto médico es intrínsecamente aleatorio.⁷ En otras palabras, la ciencia médica tiene sus limitaciones, y en el tratamiento de las enfermedades

⁴ “la obligación profesional del médico es por regla general una obligación de medios.” Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 30 de noviembre de 2011, radicado 76001-3103-002-1999-01502-01, Magistrado ponente Dr Arturo Solarte Rodríguez. CSJ, sentencia Marzo 5 de 1940, Octubre 14 de 1956, Septiembre 12 de 1985, Noviembre 26 de 1986.

⁵ Ese contenido obligacional lo ilustra con suma propiedad el tratadista ALVARO PEREZ VIVES⁵, cuando con acertado criterio expresa: “Al médico no se le exigen milagros ni imposibles, pero si está obligado a conocer concienzudamente todo lo que el arte médico es capaz de enseñarle en el correspondiente medio científico; a no intentar aquello que escapa de sus posibilidades, pero que está dentro de las que tiene otro; a no intervenir, poniendo al servicio de su ministerio todos los conocimientos del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico en igualdad de circunstancias habría empleado, de ser médico idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión. Por consiguiente, el eje de la responsabilidad médica, gira sobre los siguientes postulados; hacer todo aquello que este indicado hace, consideración habida al grado de progreso de los conocimientos médicos y a los recursos disponibles en el correspondiente medio, y abstenerse de hacer todo aquello que no deba hacerse, en atención a las mismas circunstancias” el arte médico científico;” (PEREZ VIVES, ALVARO. Teoría General de las Obligaciones. Volumen III, parte segunda, Bogota. Editorial Temis, 1955, Pag. 201).

⁶ Responsabilidad civil médica, Julio César Galán Cortés, Tercera edición, 2011, Thomson Reuters.

⁷ Le Tourneau, P.; Droit de la responsabilité et des contrats, Edit. Dalloz, París, 6 ed., 2006, p. 509.

existe siempre un alea que escapa al cálculo más riguroso o a las previsiones más prudentes. El compromiso sanador del médico sigue traduciéndose, por consiguiente, en una obligación de medios, no generando derechos absolutos a la salud o a la regeneración corporal por fuera de una intachable actuación.

Por más perfecta que sea la asistencia médica que se haya prestado a un paciente, hay multitud de causas que pueden determinar que una intervención quirúrgica fracase, entre otras razones, porque se está actuando sobre un cuerpo vivo, cuya complejidad, y también fragilidad, es patente. Puede ocurrir – y ocurre – que habiéndose respetado escrupulosamente las reglas de la *lex artis*, habiéndose actuado con arreglo a los protocolos establecidos, habiendo funcionado perfectamente el instrumental y demás medios materiales, y siendo diligente, eficaz y eficiente la actuación del equipo médico actuante, puede fracasar – total o parcialmente – el acto sanitario realizado.⁸

Tanto la naturaleza mortal del hombre, como los niveles a que llega la ciencia médica – insuficientes para la curación de determinadas enfermedades – y la circunstancia de que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual, es lo que hace que alguno de ellos, aun resultando eficaces para la generalidad de los pacientes, puedan no serlo para otros, entendiéndose que a lo único que se obliga el facultativo es a poner los medios para la deseable curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una llamada obligación de medios.

En el presente caso la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES cumplió con su prestación al poner al servicio del paciente todos sus conocimientos y experiencia, programando y ejecutando el procedimiento quirúrgico que la patología ameritaba.

4. INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD

Como lo ha sostenido la defensa, la parte actora debe ocuparse en demostrar como efectivamente el procedimiento efectuado por la doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES constituyó efectivamente la causa real de sus perjuicios.

Los demandantes no deben ocuparse simplemente en enunciar una serie de pensamiento y situaciones que a su sentir le han generado inconformismos, sino demostrar de manera efectiva que la conducta desplegada por mi mandante causó el daño que hoy alegan.

Mi representada especialista en ginecología y obstetricia JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, atendió a la paciente en fecha veintinueve (29) de julio de dos mil diecinueve (2019), a las 17:30 horas, con diagnóstico G3P1A1V1, embarazo de 38,1 semanas, feto único vivo, trastorno hipertensivo a clasificar, **obesidad gestacional**, alto riesgo obstétrico, por diagnósticos anteriores paciente con cifras de tensión arterial elevadas, ante lo cual

⁸ Tribunal Supremo Español, sala 3, sección 6, sentencia del 10 de mayo de 2005, ponente Sr González navarro.

decidió hospitalizar para vigilancia de cifras de tensión arterial y determinar diagnóstico sospecha de trastorno hipertensivo del embarazo.

La paciente presentaba condiciones de obesidad mórbida, hipertensión, trabajo de parto, ante lo cual aplicó conducta de ingreso, orientación, hospitalización y solicitud de exámenes paraclínicos, plan de manejo médico adecuado conforme al ingreso, orientación, hospitalización, solicitud de exámenes complementarios lo cual se apega a las guías de manejo y protocolos médicos en gestación en mujeres obesas.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), siendo las 07:04 horas, la paciente continua en hospitalización, mi representada ordenó monitoreo y proteinuria, decidió continuar con la vigilancia de la paciente, ante las condiciones de la paciente descritas obesidad mórbida, hipertensión, ordenó pasar a la paciente a trabajo de parto.

Ahora bien, para el caso presente no existió demora por parte de mi poderdante para el traslado a sala de parto, según la norma técnica debe realizarse siempre y cuando al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a sala de partos para el nacimiento, siendo el parto atendido por el médico de turno y asistido por personal de enfermería, conforma a la norma técnica para la atención del parto, situación como se puede evidenciar en el caso presente, la paciente NO debía ser trasladada a sala de partos desde el ingreso.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), la paciente y hoy demandante se encontraba en vigilancia del trabajo de parto, mi representado procedió a la correspondiente atención del parto, en la cual encontró a una paciente con dilatación y borramiento completos, es trasladada a sala de procedimientos para atención de parto, en posición de litotomía y bajo asepsia y antisepsia con soluciones yodadas infra umbilical y perineal, colocación de campos quirúrgicos estériles, protegiendo el periné, dio indicaciones a la madre, periné rígido/elástico; condujo y dirigió el pujo, sin embargo, la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO fue poco colaboradora, pobre introspección de cómo debe realizarse un adecuado trabajo de parto y pujo, presentó episiotomía medio lateral derecha con circular de cordón, siendo reducido fácilmente, empero, cursaba con retención de hombro ante lo cual mi mandante realizó maniobras de elevación y flexión de piernas con gran dificultad, paciente en mención continuo siendo poco colaboradora, insistiendo en no permitir maniobras necesarias para extracción del recién nacido, ante lo cual realizó elevación de cola y cierre de piernas, sin lograr extracción completa del cuerpo del recién nacido por lo que hubo la necesidad de que mi mandante ejecutará la luxación de hombro derecho y fractura de clavícula derecha con gran dificultad, conllevando a extracción del recién nacido a las 21:00 horas.

La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, ordenó trasladar al recién nacido a cama de luz radiante, ya que el recién nacido se encontraba en paro cardiorrespiratorio, aplicando reanimación cardiopulmonar, en consecuencia, llamaron a pediatra para continuar reanimación, sin embargo, se declaró producto fallecido al minuto del nacimiento.

Frente a la materna mi mandante administro oxitocina diez (10) unidades IV para pasar en tiempo no inferior a 3 minutos, ligando y cortando el cordón umbilical en forma inmediata, realizando alumbramiento a los 10 minutos, obteniendo placenta tipo SCHULTZE completa, región perineal se infiltró con xiolcaina 2%, sin epinefrina, con escaso sangrado siendo corregido con cromado 2-0, útero tónico a nivel infra umbilical; masaje bimanual y extrajo coágulos, sangrado vaginal moderado con despulimiento de mucosa vaginal y desgarro laterales los cuales fueron suturados, a pesar de ello, persistió en sangrado en capa, por lo que se dio inicio de ácido tranexámico 1 gramo EV y dejó compresa en vagina para retiro en 8 horas.

En el puerperio la paciente curso una crisis hipertensiva (190/90), se dio manejo con medicamentos, labetalol, nifedipino, sulfato de magnesio.

Conforme con lo anterior y la historia clínica, **no hay ninguna evidencia durante el trabajo de parto de sufrimiento fetal**, siendo inexacto que se argumente por el apoderado judicial de los accionantes que una frecuencia cardiaca fetal de 121 sea patológico, no se constituye en un sufrimiento fetal, de igual manera, **todas las fetocardias fueron normales, al igual que los monitoreos fueron categoría I, normales, el evento fue intraparto, agudo, impredecible, no prevenible, de carácter irresistible y se presentó en el último momento con ocasión a la retención de hombros y el trauma obstétrico, por lo cual no estaba indicada la cesárea, pues la cabeza fetal ya estaba por fuera de la vagina.**

Así mismo, **la retención de hombros se constituye en un evento de alta morbilidad, más aún en una paciente con un alto índice de masa corporal**, es decir, obesidad mórbida e **igualmente la insuficiente colaboración**, la aparición de la retención de hombros no puede atribuirse a mi representada, además la paciente no tenía diabetes gestacional y el feto era macrosómico lo que significa que su peso oscila cerca a los 4.000 gramos, para el caso particular el feto pesó 3.850 gramos, lo que condujo que aumentara el riesgo de presentarse.

En relación con el aumento de oxitocina no puede ser reprochable, como equívocamente argumenta el apoderado judicial de los accionantes en la demanda, ya que **su administración no se encuentra prohibida ni contraindicada por tratarse de una paciente hipertensa, ya que se usa para optimizar el trabajo de parto y evitar recurrir al procedimiento quirúrgico de cesárea que puede ser compleja**, tal como se encuentra recomendada en las guías de hipertensión arterial y embarazo, ya que **el solo hecho de ser hipertensa no es indicativo de cesárea.**

Se debe subrayar que, **la obstetricia es impredecible, siempre, en cualquier momento se puede presentar un hecho súbito o irresistible o catastrófico o inesperado que ponga en peligro al binomio madre – feto, situación que puede presentarse en todos los niveles e incluso con recursos o tecnología de punta, por lo cual, ningún profesional de la salud o ninguna institución pueden garantizar que no se van a presentar complicaciones durante la atención de un parto**; dicho lo anterior, un parto es una experiencia única e individual, que varía de paciente a paciente y muchas veces, pese a la vigilancia estricta, se puede presentar complicaciones que cambian el curso de

los acontecimientos, así, por ejemplo, se puede desprender la placenta (abruptio), salir el cordón (prolapso de cordón o procidencia), presentar circulares del cordón al cuello fetal, tener un nudo verdadero del cordón, bajarse el aporte del oxígeno al feto (sufrimiento fetal o hipoxia), quedarse retenidos los hombros en el canal del parto, problemas metabólicos o congénitos, entre otras, que generan crisis en el último momento; en muchas oportunidades como las descritas es imposible adelantarse a los hechos o prevenir las complicaciones, se reitera que puede ocurrir en las mejores instituciones hospitalarias, con tecnología de punta y con médicos de mucha experiencia, y, por ende, la complicación obstétrica no ha sido posible desterrar del mundo y en la atención del parto se va a seguir presentando complicaciones por más que se cumplan y se apeguen estrictamente a los protocolos y guías de manejo.

En síntesis, **todo parto puede complicarse en cualquier momento, aunque se apliquen de manera correcta los protocolos y guías de manejo, lo que se conoce como riesgo inherente**, empero, frente a la paciente existió una debida monitorización, no se demostró sufrimiento fetal, las frecuencias cardiacas fetales fueron normales en todo momento, en cuanto a la distocia de hombros es un evento accidental, súbito e irresistible que nadie puede predecir, mucho menos si no hay presencia de factores de riesgo. Mi representada especialista en ginecología y obstetricia, todas y cada una de sus conductas medicas se encontraron apegadas a las guías y protocolos médicos, ante su criterio técnico científico nunca existió indicación de cesárea, por el contrario fue correcta su determinación de suministro de oxitocina que no estaba contraindicada, por el hecho de tratarse de una paciente hipertensa, además de cumplir a cabalidad con el diligenciamiento del partograma, contrario a lo que se refiere en la demanda, por lo que el infortunado resultado que culminó en el deceso del recién nacido no tuvo origen ni incidencia en el actuar de la médico especialista que represento.

Con todo lo relatado y expuesto en la contestación de los hechos, se observa con claridad que la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES actuó conforme a la *lex artis ad hoc*, y por lo tanto, no hubo un deficiente y errado procedimiento en la atención médica como lo alega la parte demandante, quedando plenamente demostrado que cumplió correctamente con su obligación medica asistencial, además de cumplir con los protocolos médicos establecidos para el caso.

Si bien los profesionales de la salud deben actuar bajo los postulados de la *lex artis ad hoc*, no es menos cierto que los pacientes también tienen deberes frente a la atención médica que se les presta, tan así, que no cumplir con dichos deberes puede llevar a no obtener éxito en los procedimientos médicos o que se materialicen daños.

5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR Y ESTIMACIÓN EXCESIVA DE LOS PERJUICIOS

Como punto de partida, Queda claro que al no existir responsabilidad en cabeza de la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES frente a la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO, tampoco existe obligación alguna de indemnizar, y menos aun cuando la parte demandante persiguiendo un fin meramente patrimonial se excede en sus pretensiones.

Ahora, así como sucede con la responsabilidad, es la parte demandante quien debe demostrar la existencia del daño y luego su cuantificación, pues dicha carga probatoria ha sido reiterada por la jurisprudencia al señalar que *“Causar un daño, como ya se dijo, genera la obligación de repararlo pero si el acreedor pretende que el juez declare la existencia de esa obligación y que por consiguiente condene al deudor a su pago, aquel tiene la carga de demostrar su existencia y su cuantía... Así que entonces es al acreedor a quien le asiste el interés de demostrar la ocurrencia del daño y su cuantificación sin que pueda descargar en el juzgador todo el peso de esa carga... Luego, si el acreedor nada prueba en torno a la existencia del daño y a su cuantía, no podrá abrirse paso la pretensión indemnizatoria pues sin la certeza de la ocurrencia y la magnitud de la lesión, la responsabilidad está irremediabilmente condenada al fracaso”*⁹.

Es de anotar, que en el presente caso la cuantía en que han sido estimados los perjuicios por la parte demandante es excesiva y carece de apoyo factico o jurídico, ya que como pasaremos a explicarlo, se pretende obtener el pago de unas sumas de dinero a toda luz improbadas y exageradas que dejan ver el exclusivo ánimo de obtener un enriquecimiento injustificado.

Inicialmente, hay que hacer referencia a los perjuicios morales, frente a los cuales si bien su tasación está sujeta al *arbitrium judicis*, también es claro que el Juez al momento de establecer la cuantía de dicho perjuicio y valorar cual fue el *pretium doloris* no puede excederse, sino que debe evaluar diferentes parámetros que lo lleven a buscar ese verdadero fin de reparación y compensación buscado con el daño moral, y no convertir éste en una fuente de enriquecimiento injustificado, máxime cuando la jurisprudencia ha dejado demarcados unos límites a ese arbitrio judicial.

A modo de ejemplo, se puede mencionar que en recientes y reiterados pronunciamientos jurisprudenciales se ha dicho que *“la tasación de este perjuicio, de carácter extrapatrimonial, dada su especial naturaleza, no puede ser sino compensatoria, por lo cual, corresponde al juzgador, quien con fundamento en su prudente juicio debe establecer, en la situación concreta, el valor que corresponda, para lo cual debe tener en cuenta la naturaleza y gravedad de la aflicción y sus secuelas, de conformidad con lo que se encuentre demostrado en el proceso”*¹⁰.

Adicional a lo anterior, es notable que si bien los **demandantes aparentemente tienen un vínculo de parentesco con el paciente y se pretende el reconocimiento de un daño moral por un número de familiares, no es menos cierto que ese sólo vínculo no es prueba de que se produjo un daño moral, pues le corresponde a la parte actora**

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de enero de 2011, Rad. 73001-23-31-000-2001-01937-01(15800), Cp. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Terera, Sentencia del 7 de abril de 2011, Rad. 52001-23-31-000-1999-00518-01(20750), Cp. Mauricio Fajardo Gomez.

demostrar que efectivamente hubo una aflicción y un impacto psicológico en todos y cada uno de los demandantes.

Finalmente, como apoyo de los argumentos expuestos para esta excepción, vale recordar lo manifestado por la jurisprudencia, la cual ha dicho que *“En tratándose del daño, y en singular, del lucro cesante, la indemnización exige la certeza del detrimento, o sea, su verdad, existencia u ocurrencia tangible, incontestable o verosímil, ya actual, ora ulterior, acreditada por el demandante como presupuesto ineluctable de la condena con pruebas idóneas en su entidad y extensión... Justamente, la jurisprudencia de esta Corte cuando del daño futuro se trata y, en particular, del lucro cesante futuro, ha sido explícita en que no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho, acudiendo al propósito de determinar un mínimo de razonable certidumbre a juicios de probabilidad objetiva y a un prudente sentido restrictivo cuando en sede litigiosa, se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daños en la medida en que obre en los autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido”¹¹.*

De esta forma, se concluye que las situaciones fácticas y jurídicas conocidas no dan lugar a la indemnización de perjuicios solicitada por la parte demandante, por lo cual deben ser desestimadas las respectivas pretensiones elevadas con dicho fin.

6. EXCEPCIÓN INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho ó derecho a favor de mi representado que resulten probados dentro del proceso y al cual me referiré en los alegatos de conclusión.

Por todo lo anterior, solicito señor Juez, declarar probadas estas excepciones de mérito y abstenerse de condenar a mi mandante llamado en garantía.

V. RESPUESTA A LA ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

En cualquier caso, el demandante deberá probar todos y cada uno de los perjuicios pretendidos como indemnización en esta demanda. **La estimación razonada de la cuantía no es la prueba del perjuicio**, sino que sirve únicamente para determinar la cuantía; luego cada perjuicio pretendido deberá ser probado.

De acuerdo con lo dispuesto en el párrafo del artículo 206 del Código General del Proceso, modificado por el artículo 13 de la Ley 1743 de 2014, solicitó de manera

¹¹ CSJ, Sala de Casación Civil, Sent. De noviembre 17/11, Exp. 11001-3103-018-1999-00533-01, Mp. William Namén Vargas.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

respetuosa que se condene a los demandantes a pagar a favor del Consejo Superior de la Judicatura, por falta de demostración de los perjuicios, el monto dispuesto en la ley.

VI. A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LOS DEMANDANTES

A. PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS POR LOS DEMANDANTES

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio.

VII. MEDIOS DE PRUEBA DE LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS POR LA LLAMADA EN GARANTÍA DOCTORA JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES

Con el debido respeto que acostumbro solicito a su Despacho judicial se sirva a decretar y practicar los medios probatorios, como base y fundamento de la presente contestación de demanda y excepciones de fondo propuestas:

A. DOCUMENTALES APORTADAS

Copia artículos literatura médica:

- Copia PACHECO-ROMERO, José. Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. En Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina, 2017, p. 207-214.
- Copia Distocia de Hombros. Centre Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.
- Copia PARTO, DEL. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención.
- Copia MARÍN-IRANZO, R. Hipertensión arterial y embarazo. *Hipertensión*, 2006, vol. 23, no 7, p. 222-231.

B. DECLARACIÓN DE PARTE

Respetuosamente solicito a su Despacho se sirva decretar la práctica de la **DECLARACIÓN DE PARTE**, sirviéndose citar a mi representada doctora **JUNARY ANDREA CAICEDO ROSALES**, de conformidad en lo estipulado en el Código General del Proceso (Ley 1564 de 2012), artículos 165, 191 y 196; permitiéndome realizar interrogatorio todo lo atinente a la demanda y las contestaciones a la demanda y llamamiento en garantía.

De igual manera solicito a su Despacho de conformidad con los artículos 165, 191 y 196 del Código General del Proceso, se me permita realizar interrogatorio a los representantes legales de las entidades hospitalarias demandadas, para que realicen declaración de parte.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

Objeto: Demostrar que mi representada Dra. JUNARY ANDREA CAICEDO ROSALES, cumplió con su obligación de medios al poner al servicio de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO, todos sus conocimientos, experiencia e idoneidad, tras adoptar conductas médicas acordes a las condiciones clínico – patológicas y evolución de la paciente en mención, conductas ceñidas a las diferentes guías y protocolos médicos y a la misma lex artis ad hoc.

C. SOLICITUD PRORROGA DICTAMEN PERICIAL DE PARTE

Solicito respetuosamente a su Despacho, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 175, numeral 5° del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), me permito manifestarle a su señoría, que pretendemos aportar al proceso **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE**, que será emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, para lo cual, es insuficiente el termino para contestar la demanda y llamamiento en garantía y para simultáneamente aportar dicho DICTAMEN.

*(...) 5. Los dictámenes periciales que considere necesarios para oponerse a las pretensiones de la demanda. Si la parte demandada decide aportar la prueba pericial con la contestación de la demanda, deberá manifestarlo al juez dentro del plazo inicial del traslado de la misma establecido en el artículo 172 de este Código, caso en el **cual se ampliará hasta por treinta (30) días más, contados a partir del vencimiento del término inicial para contestar la demanda.** En este último evento de no adjuntar el dictamen con la contestación, se entenderá que esta fue presentada en forma extemporánea.*

De acuerdo con lo anterior, SOLICITO a su señoría concederme un tiempo prudencial que en ningún caso podrá ser inferior a diez (30) días contados a partir del vencimiento del término inicial para contestar la demanda, y, para este caso específico contestar el llamamiento en garantía, para aportar el DICTAMEN PERICIAL DE PARTE, que será emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, de conformidad con las normas que regulen dicha prueba.

Objeto: Determinar entre otros, que la atención médica otorgada a la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO, estuvo acorde a la lex artis ad hoc, corroborando el apego a una obligación de medios, descartándose, el nexo jurídico causal entre la atención médica de mi representado y el presunto daño hoy relacionado.

D. PRUEBAS TESTIMONIALES PRESENCIALES CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA):

1. Solicito señor juez, se sirva citar al doctor, **CRISTIAN CAMILO BENAVIDES MENESES, MEDICO GENERAL**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

2. Solicito señor juez, se sirva citar al doctor, **CAMILO GOYES AREVALO, MEDICO GENERAL**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

3. Solicito señor juez, se sirva citar a la doctora, **KATHERINE DANIELA CHAMORRO, GINECOLOGA Y OBSTETRA**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

4. Solicito señor juez, se sirva citar al doctor, **LUIS ALDAIR VILLOTA PALACIOS, MEDICO GENERAL**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

5. Solicito señor juez, se sirva citar a la señorita, **CLAUDIA YOMAIRA CAICEDO PATIÑO, ENFERMERA JEFE**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

6. Solicito señor juez, se sirva citar a la señorita, **MARLENE DEL CARMEN TARAPUES CAMUES, AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

VII. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Memorial Poder

VIII. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Artículo 90 de la Constitución Política, Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), Código General del Proceso (Ley 1564 de 2012) y demás normas y artículos referidas dentro del presente memorial de contestación de demanda.

IX. NOTIFICACIONES

Mi poderdante y quien suscribe recibirán las notificaciones en la Secretaria del Juzgado y las personales en la siguiente dirección:

Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago, ubicado en la ciudad de Pasto (Nariño), Celular: 320 851 9418, correo electrónico abogna04@gmail.com

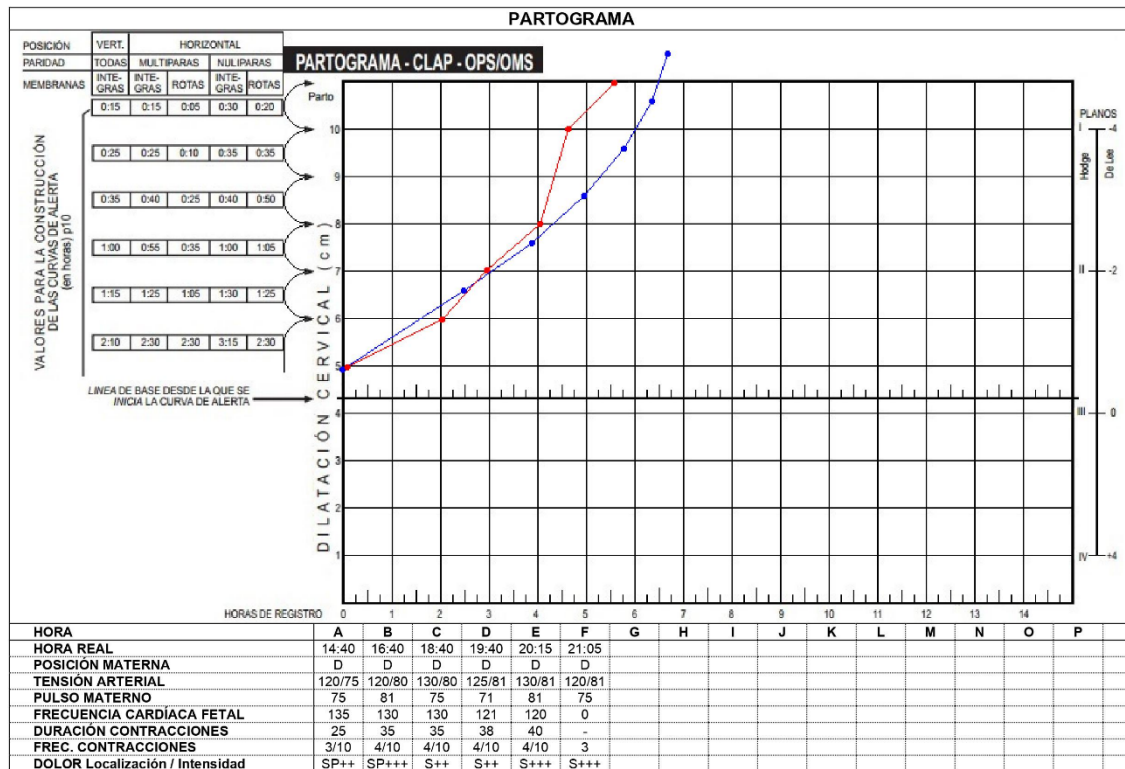
Atentamente,

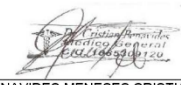


BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
C. C. No. 1.085.311.169 de Pasto (N)
T.P. No. 314061 del C. S. de la J.

X. IMAGENES

• IMAGEN 1




Dr(a) BENAVIDES MENESES CRISTIAN CAMILO
REGISTRO NO. 1085309120 **Esp. GENERAL**

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

San Juan de Pasto, 23 de junio de 2023

MARINO CORAL ARGOTY
JUZGADO SEXTO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PASTO (N)
E. S. D.

MEDIO DE CONTROL: Reparación Directa
RADICADO: 2021-00132-00
DEMANDANTE: Lury Liliana Yela Castro y otros.
DEMANDADO: Nación – Ministerio de Salud – Instituto Departamental de Salud de Nariño – Hospital San José de Túquerres

LLAMADO EN GARANTÍA: Dr. Jurany Andrea Caicedo Rosales

REFERENCIA: CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA Y PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES, mayor de edad, vecino y residente de Pasto, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.085.311.169 expedida en Pasto (Nariño), portador de la tarjeta profesional No. 314061 del C. S de la J., obrando en calidad de apoderado judicial de la **LLAMADA EN GARANTÍA**, Dra. **JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES** por medio del presente escrito y encontrándome dentro de la oportunidad procesal perentoria y notificado personalmente a mi representado en fecha treinta y uno (31) de mayo de éste mismo año, conforme a la Ley 2080 de 2022, respetuosamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** con base en los siguientes argumentos:

I. FRENTE A LOS HECHOS FUNDANTES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

AL HECHO PRIMERO. NO TRATA DE UN HECHO. Se trata de un resumen y/o descripción del medio de control reparación directa No. 2021-00132-00, cursante ante el Juzgado Sexto Oral Contencioso del Circuito de Pasto.

AL HECHO SEGUNDO. NO SE TRATA DE UN HECHO. Se trata de un resumen y/o descripción sucinta efectuada por el apoderado judicial de la entidad demandada – llamante en garantía respecto del libelo o memorial de demanda de reparación directa, sin establecer cuál es el tipo de conducto dolosa o gravemente culposa en la que incurrieron los llamados en garantía, tan solo limitándose hablar de una presunta conducta conforme a los hechos establecidos en la demanda.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

AL HECHO TERCERO. NO LE CONSTA AL MEDICO ESPECIALISTA QUE REPRESENTO. Mi representado desconoce las circunstancias de tiempo, modo y lugar descritas en el presente hecho y que se relacionan con el estado jurídico del Hospital San José de Túquerres en cuanto al manejo y concesión a otras entidades jurídicas. Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

AL HECHO CUARTO. ES CIERTO. Conforme al “OTRO SI CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NÚMERO IPSHSJT 011-19 SUSCRITO ENTRE COOEMSSANAR IP Y MARIO FERNANDO CAICEDO BORRAS”, de fecha primero (01) de junio de dos mil diecinueve (2019).

AL HECHO QUINTO. NO SE TRATA DE UN HECHO. Se trata de un resumen y/o descripción sucinta efectuada por la apoderada judicial de la entidad demandada – llamante en garantía respecto a la vinculación contractual entre la entidad demandada y mi poderdante, sin establecer de manera específica cual es esa relación legal y contractual, ni tampoco cuál es el tipo de conducta dolosa o gravemente culposa en la que incurrieron el llamado en garantía para su vinculación al medio de control reparación directa, tan solo limitándose hablar de una eventual sentencia condenatoria.

II. POSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Mi representada, doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, respetuosamente se opone a la prosperidad de todas y cada una de las declaraciones y condenas solicitadas por el apoderado judicial de la parte demandada – llamante en garantía, por considerar que no es responsable por los hechos que se imputan en la demanda y la eventual responsabilidad derivada del llamamiento en garantía, por tanto se solicita al Juzgado no acceder a las mismas, menos aún si con base en las razones de la defensa y excepciones que se proceden a sustentar a continuación, referentes a las conductas y tratamiento médicos otorgados a la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO y a su recién nacida, se puede establecer la ausencia de responsabilidad médica, siendo las pretensiones infundadas, por no existir causa, ni nexo causal, ni culpa o conducta ilícita y no existir obligación alguna pendiente, toda vez que la conducta médica de mi representada fue adecuada, correcta y aceptada por la ciencia médica actual y de acuerdo a los protocolos establecidos, cumpliendo con su obligación de medios, actuando bajo los parámetros de la Lex Artis de la medicina.

Consecuentemente me opongo a que se condene a mi representada a pagar al demandante o reintegrar a la ESE demandada cualquier suma de dinero originaria en una eventual sentencia condenatoria, pues el daño que alega la parte actora, no se generó por una presunta inadecuada o equivocado conducta médica y mucho menos por una actuación negligente, imprudente o imperita del médico que represento, ni tampoco por una indebida atención medica durante la atención del parto y expulsivo de la recién nacida, según

esgrime el mandatario judicial de la parte demandante hubiesen sido las causantes de la muerte intrauterina; pues como se manifestó al inicio se probará con la contestación de demanda al igual que con la contestación al llamamiento en garantía y a lo largo del proceso que la conducta profesional médica otorgada por la médica, Dra. JURANY ANDREA CAIEDO ROSALES, fue adecuada, diligente, prudente, perita, acorde con los protocolos y la lex artis de la medicina; lo que quiere decir que actuó sin mediar culpa en ninguno de sus grados. Además, no existe nexo causal entre los perjuicios que reclama la parte demandante y la actividad de la médica ginecóloga que represento.

III. FRENTE A LAS FUNDAMENTOS DE DERECHO DEL LLAMANTE EN GARANTÍA

No me opongo a su enunciación, pero no son aplicables en el presente caso debido a que mi poderdante no ha causado daño alguno que haya dado origen a la presunta responsabilidad que hoy se le quiere endilgar.

Las disposiciones normativas y citar relacionadas por la parte llamante y que sirven de fundamento para el llamamiento en garantía, no concentran la responsabilidad de mi representado frente a los hechos objeto de demanda.

Es pertinente puntualizar que el daño que alega la parte actora y sobre una eventual condena el llamante en garantía pretende la repetición de ello, no se generó por una inadecuada práctica médica y mucho menos por una actuación negligente, imprudente o imperita del médico que represento, pues como se manifestó al inicio se probará con la presente contestación de demanda, contestación de llamamiento en garantía y a lo largo del proceso que las conductas profesionales desplegadas por la médica Dra. JURANY ANDREA CAIEDO ROSALES fueron adecuadas, prudentes, peritas, acorde con los protocolos y la lex artis; lo que quiere decir que el médico especialista en mención actuó sin mediar culpa en ninguno de sus grados, además de no existir nexo causal entre los perjuicios que reclaman los demandantes y las actividades del profesional de la salud que represento, paciente LURY LILIANA YELA CASTRO y su recién nacida eran los indicados frente a la condición clínica de la paciente; además mi representado no demoró ni negó el tratamiento que el mencionada paciente requería.

Cuando pretende endilgarse una responsabilidad a un profesional de la salud con base en el acto médico desarrollado por él, es indispensable que la parte que alega el daño demuestre que el profesional tuvo la culpa del perjuicio y nexo causal entre el acto médico y el daño para generarse la obligación de resarcir.

En todo caso, la imputación de responsabilidad señala en este acápite se desvirtuará con las excepciones de mérito que se formulan a continuación.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO

Como quiera que gran parte de lo señalado por los demandantes en este acápite corresponde a lo ya aducido en el denominado como “HECHOS”, a los que ya se dio

respuesta, me permito reiterar todas y cada una de las razones de defensa esgrimidas de esta contestación. Con fundamento en los anteriores argumentos de hecho y de derecho, igualmente me permito presentar además de las oposiciones propuestas, las siguientes excepciones de mérito:

1. INEXISTENCIA DE CULPA MÉDICA Y CORRECTO EJERCICIO DE LA LEX ARTIS AD HOC

La responsabilidad en general, está construida sobre la existencia de un hecho, un daño, y un nexo de causalidad entre éstos, sin embargo, cuando nos encontramos frente a la responsabilidad médica, es requisito indispensable que el hecho generador del daño consista en una conducta culpable, es decir, que el médico no cumpla con la correcta técnica exigida para el caso concreto, situación que como será expuesto, no sucede en el presente asunto, ya que mi poderdante empleó la *lex artis ad hoc* adecuada y exigida para el caso en cuestión, actuando con total diligencia, prudencia y pericia, lo cual en ningún momento admite reproche de culpabilidad alguno ni permite señalar que haya existido una falla en prestación de los servicios médicos por ella ofrecidos.

Mi representada especialista en ginecología y obstetricia JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, atendió a la paciente en fecha veintinueve (29) de julio de dos mil diecinueve (2019), a las 17:30 horas, con diagnóstico G3P1A1V1, embarazo de 38,1 semanas, feto único vivo, trastorno hipertensivo a clasificar, **obesidad gestacional**, alto riesgo obstétrico, por diagnósticos anteriores paciente con cifras de tensión arterial elevadas, ante lo cual decidió hospitalizar para vigilancia de cifras de tensión arterial y determinar diagnóstico sospecha de trastorno hipertensivo del embarazo.

La paciente presentaba condiciones de obesidad mórbida, hipertensión, trabajo de parto, ante lo cual aplicó conducta de **ingreso, orientación, hospitalización y solicitud de exámenes paraclínicos, plan de manejo médico adecuado conforme al ingreso, orientación, hospitalización, solicitud de exámenes complementarios** lo cual se apega a las guías de manejo y protocolos médicos en gestación en mujeres obesas.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), siendo las 07:04 horas, la paciente continua en hospitalización, mi representada **ordenó monitoreo y proteinuria**, decidió continuar con la vigilancia de la paciente, ante las condiciones de la paciente descritas obesidad mórbida, hipertensión, ordenó pasar a la paciente a trabajo de parto.

Ahora bien, para el caso presente **no existió demora por parte de mi poderdante para el traslado a sala de parto, según la norma técnica debe realizarse siempre y cuando al alcanzar una estación de +2**, la gestante debe trasladarse a sala de partos para el nacimiento, siendo el parto atendido por el médico de turno y asistido por personal de enfermería, conforme a la norma técnica para la atención del parto, situación como se puede evidenciar en el caso presente, **la paciente NO debía ser trasladada a sala de partos desde el ingreso**.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), la paciente y hoy demandante se encontraba en vigilancia del trabajo de parto, mi representado procedió a la correspondiente atención del parto, en la cual encontró a una paciente con dilatación y borramiento completos, es trasladada a sala de procedimientos para atención de parto, en posición de litotomía y bajo asepsia y antisepsia con soluciones yodadas infra umbilical y perineal, colocación de campos quirúrgicos estériles, protegiendo el periné, dio indicaciones a la madre, periné rígido/elástico; condujo y dirigió el pujo, sin embargo, la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO **fue poco colaboradora**, pobre introspección de cómo debe realizarse un adecuado trabajo de parto y pujo, presentó episiotomía medio lateral derecha con circular de cordón, siendo reducido fácilmente, empero, **cursaba con retención de hombro ante lo cual mi mandante realizo maniobras de elevación y flexión de piernas con gran dificultad**, **paciente en mención continuo siendo poco colaboradora, insistiendo en no permitir maniobras necesarias para extracción del recién nacido, ante lo cual realizó elevación de cola y cierre de piernas, sin lograr extracción completa del cuerpo del recién nacido por lo que hubo la necesidad de que mi mandante ejecutará la luxación de hombro derecho y fractura de clavícula derecha con gran dificultad**, conllevando a extracción del recién nacido a las 21:00 horas.

La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, ordenó **trasladar al recién nacido a cama de luz radiante, ya que el recién nacido se encontraba en paro cardiorrespiratorio, aplicando reanimación cardiopulmonar, en consecuencia, llamaron a pediatra para continuar reanimación**, sin embargo, se declaró producto fallecido al minuto del nacimiento.

Frente a la materna mi mandante administro oxitocina diez (10) unidades IV para pasar en tiempo no inferior a 3 minutos, ligando y cortando el cordón umbilical en forma inmediata, realizando alumbramiento a los 10 minutos, obteniendo placenta tipo SCHULTZE completa, región perineal se infiltró con xiolcaina 2%, sin epinefrina, con escaso sangrado siendo corregido con cromado 2-0, útero tónico a nivel infra umbilical; masaje bimanual y extrajo coágulos, sangrado vaginal moderado con despulimiento de mucosa vaginal y desgarro laterales los cuales fueron suturados, a pesar de ello, persistió en sangrado en capa, por lo que se dio inicio de ácido tranexámico 1 gramo EV y dejó compresa en vagina para retiro en 8 horas.

En el puerperio la paciente curso una crisis hipertensiva (190/90), se dio manejo con medicamentos, labetalol, nifedipino, sulfato de magnesio.

Conforme con lo anterior y la historia clínica, **no hay ninguna evidencia durante el trabajo de parto de sufrimiento fetal**, siendo inexacto que se argumente por el apoderado judicial de los accionantes que una frecuencia cardiaca fetal de 121 sea patológico, no se constituye en un sufrimiento fetal, de igual manera, **todas las fetocardias fueron normales, al igual que los monitoreos fueron categoría I, normales, el evento fue intraparto, agudo, impredecible, no prevenible, de carácter irresistible y se presentó en el último momento con ocasión a la retención de hombros y el trauma obstétrico, por lo cual no estaba indicada la cesárea, pues la cabeza fetal ya estaba por fuera de la vagina.**

Así mismo, la retención de hombros se constituye en un evento de alta morbimortalidad, más aún en una paciente con un alto índice de masa corporal, es decir, obesidad mórbida e igualmente la insuficiente colaboración, la aparición de la retención de hombros no puede atribuirse a mi representada, además la paciente no tenía diabetes gestacional y el feto era macrosómico lo que significa que su peso oscila cerca a los 4.000 gramos, para el caso particular el feto pesó 3.850 gramos, lo que condujo que aumentara el riesgo de presentarse.

En relación con el aumento de oxitocina no puede ser reprochable, como equívocamente argumenta el apoderado judicial de los accionantes en la demanda, ya que su administración no se encuentra prohibida ni contraindicada por tratarse de una paciente hipertensa, ya que se usa para optimizar el trabajo de parto y evitar recurrir al procedimiento quirúrgico de cesárea que puede ser compleja, tal como se encuentra recomendada en las guías de hipertensión arterial y embarazo, ya que el solo hecho de ser hipertensa no es indicativo de cesárea.

Se debe subrayar que, la obstetricia es impredecible, siempre, en cualquier momento se puede presentar un hecho súbito o irresistible o catastrófico o inesperado que ponga en peligro al binomio madre – feto, situación que puede presentarse en todos los niveles e incluso con recursos o tecnología de punta, por lo cual, ningún profesional de la salud o ninguna institución pueden garantizar que no se van a presentar complicaciones durante la atención de un parto; dicho lo anterior, un parto es una experiencia única e individual, que varía de paciente a paciente y muchas veces, pese a la vigilancia estricta, se puede presentar complicaciones que cambian el curso de los acontecimientos, así, por ejemplo, se puede desprender la placenta (abruptio), salir el cordón (prolapso de cordón o procidencia), presentar circulares del cordón al cuello fetal, tener un nudo verdadero del cordón, bajarse el aporte del oxígeno al feto (sufrimiento fetal o hipoxia), quedarse retenidos los hombros en el canal del parto, problemas metabólicos o congénitos, entre otras, que generan crisis en el último momento; en muchas oportunidades como las descritas es imposible adelantarse a los hechos o prevenir las complicaciones, se reitera que puede ocurrir en las mejores instituciones hospitalarias, con tecnología de punta y con médicos de mucha experiencia, y, por ende, la complicación obstétrica no ha sido posible desterrar del mundo y en la atención del parto se va a seguir presentando complicaciones por más que se cumplan y se apeguen estrictamente a los protocolos y guías de manejo.

En síntesis, todo parto puede complicarse en cualquier momento, aunque se apliquen de manera correcta los protocolos y guías de manejo, lo que se conoce como riesgo inherente, empero, frente a la paciente existió una debida monitorización, no se demostró sufrimiento fetal, las frecuencias cardíacas fetales fueron normales en todo momento, en cuanto a la distocia de hombros es un evento accidental, súbito e irresistible que nadie puede predecir, mucho menos si no hay presencia de factores de riesgo. Mi representada especialista en ginecología y obstetricia, todas y cada una de sus conductas médicas se encontraron apegadas a las guías y protocolos médicos, ante su criterio técnico científico nunca existió indicación de cesárea, por el contrario fue correcta su determinación de suministro de oxitocina que no estaba contraindicada, por el hecho de tratarse de una

paciente hipertensa, además de cumplir a cabalidad con el diligenciamiento del partograma, contrario a lo que se refiere en la demanda, por lo que el infortunado resultado que culminó en el deceso del recién nacido no tuvo origen ni incidencia en el actuar de la médico especialista que represento.

Finalmente, vale la pena recordar, que el médico está en la obligación de aplicar todo su conocimiento en busca de un resultado beneficioso para el paciente, pero no está sujeto a que el resultado tenga que ser el esperado, pues escapa a su esfera de responsabilidad que pese a aplicar la correcta *lex artis ad hoc*, se produzcan eventos inevitables que son consecuencia de casusas ajenas al actuar del profesional o inherentes a la evolución orgánica del paciente, es decir, la obligación del médico es de medio y no de resultado, razón por la que resulta ajeno al especialista que represento que pese haberse brindado atención oportuna, hayan mediado circunstancias extrañas que le hayan causado la muerte al feto.

Así lo ha respaldado la jurisprudencia al decir que *“En relación con el acto médico propiamente dicho se señala que los resultados fallidos en la prestación del servicio médico, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en la cirugía no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado”*¹.

Igualmente ha manifestado el Consejo de Estado que *“En tal sentido, creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es, de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño y, en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente), obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo. Esta última afirmación nos conduce de la mano a reiterar que en tema de la responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios”*².

¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Terera, Sentencia del 27 de abril de 2011, Rad. 08001-23-31-000-1993-07622-01(19846), Cp. Ruth Stella Correa Palacio.

² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 11 de mayo de 1999, Rad. 11949, Cp. Daniel Suarez Hernández.

En conclusión, es notorio que toda la atención prestada por la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES a la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO estuvo acorde a los postulados de la *lex artis ad hoc*, se trató de una praxis médica correcta y no se evidencia culpa alguna de la cual se pueda predicar responsabilidad, lo que lleva a que se deba desestimar la acción iniciada en su contra.

2. AUSENCIA DE CULPA POR OBRAR CON DILIGENCIA Y CUIDADO

Empezaremos mencionando que la actuación de mi poderdante, tal y como se demostrará con las pruebas aportadas y solicitadas, se ajustó a los protocolos científicos y éticos, cumpliéndose a cabalidad con los postulados de la *lex artis*. La calificación de una praxis asistencial como ajustada o desviada de la *lex artis* no debe realizarse por un juicio ex post, sino ex ante, es decir, con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre el diagnóstico o tratamiento, a fin de poder considerar como adecuada o no a la clínica que presenta la paciente.

No tiene discusión en la jurisprudencia que la base de toda responsabilidad médica ha de existir una “culpa médica”, y ésta, como “omisión de la diligencia”, equivale al incumplimiento o defectuoso cumplimiento de la *lex artis*, concebida como criterio valorativo de la corrección del acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos y exógenos, para calificar dicho acto como conforme o no con la técnica normal requerida. Es así como el galeno responde con base en la culpa por la violación intencional o negligente del estándar de conducta exigible, siendo este el de un profesional razonable que se halle en las mismas circunstancias. Tal y como se demostrará dentro del presente proceso, la conducta asumida por el doctor MARIO FERNANDO CAICEDO BORRAS es la misma que hubiese asumido cualquier otro médico de sus reconocidas capacidades e idoneidad, surgiendo diáfana la ausencia de culpa dentro de su actuación.

El elemento subjetivo necesario para que salga adelante una acción de responsabilidad médica, la culpa, no se avizora en el acto realizado por el galeno que represento, cabiendo agregar que la jurisprudencia ha destacado de forma reiterada que la culpa es un elemento esencial para que se declare responsable a un facultativo; ante su ausencia no queda sino exonerar a quien se señala como agente causante del daño.

La H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia³ ha expresado respecto a la culpa en materia de Responsabilidad Médica lo siguiente:

“2. Tratando la responsabilidad civil de los médicos por la prestación del servicio profesional, desde hace algún tiempo, la Corte ha venido predicando que ésta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa,

³ H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Magistrado Ponente: CARLOS IGNACIO JARAMILLO. Sentencia del 30 de enero de 2.001 Referencia: Expediente No. 5507

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual”

Vale la pena destacar que el concepto culpa adquiere un significado diferente en los eventos de responsabilidad médica. En estos casos la culpa, se relaciona de forma directa con el cumplimiento de la *lex artis ad hoc*, y se segmenta de varias formas, la prudencia, la diligencia y la pericia.

Mi representada especialista en ginecología y obstetricia JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, atendió a la paciente en fecha veintinueve (29) de julio de dos mil diecinueve (2019), a las 17:30 horas, con diagnóstico G3P1A1V1, embarazo de 38,1 semanas, feto único vivo, trastorno hipertensivo a clasificar, **obesidad gestacional**, alto riesgo obstétrico, por diagnósticos anteriores paciente con cifras de tensión arterial elevadas, ante lo cual decidió hospitalizar para vigilancia de cifras de tensión arterial y determinar diagnóstico sospecha de trastorno hipertensivo del embarazo.

La paciente presentaba condiciones de obesidad mórbida, hipertensión, trabajo de parto, ante lo cual aplicó conducta de **ingreso, orientación, hospitalización y solicitud de exámenes paraclínicos, plan de manejo médico adecuado conforme al ingreso, orientación, hospitalización, solicitud de exámenes complementarios** lo cual se apega a las guías de manejo y protocolos médicos en gestación en mujeres obesas.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), siendo las 07:04 horas, la paciente continua en hospitalización, mi representada **ordenó monitoreo y proteinuria**, decidió continuar con la vigilancia de la paciente, ante las condiciones de la paciente descritas obesidad mórbida, hipertensión, ordenó pasar a la paciente a trabajo de parto.

Ahora bien, para el caso presente **no existió demora por parte de mi poderdante para el traslado a sala de parto, según la norma técnica debe realizarse siempre y cuando al alcanzar una estación de +2**, la gestante debe trasladarse a sala de partos para el nacimiento, siendo el parto atendido por el médico de turno y asistido por personal de enfermería, conforma a la norma técnica para la atención del parto, situación como se puede evidenciar en el caso presente, **la paciente NO debía ser trasladada a sala de partos desde el ingreso.**

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), la paciente y hoy demandante se encontraba en vigilancia del trabajo de parto, mi representado procedió a la correspondiente atención del parto, en la cual encontró a una paciente con dilatación y borramiento completos, es trasladada a sala de procedimientos para atención de parto, en posición de litotomía y bajo asepsia y antisepsia con soluciones yodadas infra umbilical y perineal, colocación de campos quirúrgicos estériles, protegiendo el periné, dio indicaciones a la madre, periné rígido/elástico; condujo y dirigió el pujo, sin embargo, la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO **fue poco colaboradora**, pobre introspección de cómo debe realizarse un adecuado trabajo de parto y pujo, presentó episiotomía medio lateral derecha con circular de cordón, siendo reducido fácilmente, empero, **cursaba con retención de hombro ante lo cual mi mandante realizó maniobras de elevación y flexión de piernas**

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

con gran dificultad, paciente en mención continuo siendo poco colaboradora, insistiendo en no permitir maniobras necesarias para extracción del recién nacido, ante lo cual realizó elevación de cola y cierre de piernas, sin lograr extracción completa del cuerpo del recién nacido por lo que hubo la necesidad de que mi mandante ejecutará la luxación de hombro derecho y fractura de clavícula derecha con gran dificultad, conllevando a extracción del recién nacido a las 21:00 horas.

La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, ordenó trasladar al recién nacido a cama de luz radiante, ya que el recién nacido se encontraba en paro cardiorrespiratorio, aplicando reanimación cardiopulmonar, en consecuencia, llamaron a pediatra para continuar reanimación, sin embargo, se declaró producto fallecido al minuto del nacimiento.

Frente a la materna mi mandante administro oxitocina diez (10) unidades IV para pasar en tiempo no inferior a 3 minutos, ligando y cortando el cordón umbilical en forma inmediata, realizando alumbramiento a los 10 minutos, obteniendo placenta tipo SCHULTZE completa, región perineal se infiltró con xiolcaina 2%, sin epinefrina, con escaso sangrado siendo corregido con cromado 2-0, útero tónico a nivel infra umbilical; masaje bimanual y extrajo coagulos, sangrado vaginal moderado con despulimiento de mucosa vaginal y desgarro laterales los cuales fueron suturados, a pesar de ello, persistió en sangrado en capa, por lo que se dio inicio de ácido tranexámico 1 gramo EV y dejó compresa en vagina para retiro en 8 horas.

En el puerperio la paciente curso una crisis hipertensiva (190/90), se dio manejo con medicamentos, labetalol, nifedipino, sulfato de magnesio.

Conforme con lo anterior y la historia clínica, no hay ninguna evidencia durante el trabajo de parto de sufrimiento fetal, siendo inexacto que se argumente por el apoderado judicial de los accionantes que una frecuencia cardiaca fetal de 121 sea patológico, no se constituye en un sufrimiento fetal, de igual manera, todas las fetocardias fueron normales, al igual que los monitoreos fueron categoría I, normales, el evento fue intraparto, agudo, impredecible, no prevenible, de carácter irresistible y se presentó en el último momento con ocasión a la retención de hombros y el trauma obstétrico, por lo cual no estaba indicada la cesárea, pues la cabeza fetal ya estaba por fuera de la vagina.

Así mismo, la retención de hombros se constituye en un evento de alta morbimortalidad, más aún en una paciente con un alto índice de masa corporal, es decir, obesidad mórbida e igualmente la insuficiente colaboración, la aparición de la retención de hombros no puede atribuirse a mi representada, además la paciente no tenía diabetes gestacional y el feto era macrosómico lo que significa que su peso oscila cerca a los 4.000 gramos, para el caso particular el feto pesó 3.850 gramos, lo que condujo que aumentara el riesgo de presentarse.

En relación con el aumento de oxitocina no puede ser reprochable, como equívocamente argumenta el apoderado judicial de los accionantes en la demanda, ya que su administración no se encuentra prohibida ni contraindicada por tratarse de una

paciente hipertensa, ya que se usa para optimizar el trabajo de parto y evitar recurrir al procedimiento quirúrgico de cesárea que puede ser compleja, tal como se encuentra recomendada en las guías de hipertensión arterial y embarazo, ya que **el solo hecho de ser hipertensa no es indicativo de cesárea**.

Se debe subrayar que, **la obstetricia es impredecible, siempre, en cualquier momento se puede presentar un hecho súbito o irresistible o catastrófico o inesperado que ponga en peligro al binomio madre – feto, situación que puede presentarse en todos los niveles e incluso con recursos o tecnología de punta, por lo cual, ningún profesional de la salud o ninguna institución pueden garantizar que no se van a presentar complicaciones durante la atención de un parto**; dicho lo anterior, un parto es una experiencia única e individual, que varía de paciente a paciente y muchas veces, pese a la vigilancia estricta, se puede presentar complicaciones que cambian el curso de los acontecimientos, así, por ejemplo, se puede desprender la placenta (abruptio), salir el cordón (prolapso de cordón o procidencia), presentar circulares del cordón al cuello fetal, tener un nudo verdadero del cordón, bajarse el aporte del oxígeno al feto (sufrimiento fetal o hipoxia), quedarse retenidos los hombros en el canal del parto, problemas metabólicos o congénitos, entre otras, que generan crisis en el último momento; en muchas oportunidades como las descritas es imposible adelantarse a los hechos o prevenir las complicaciones, se reitera que puede ocurrir en las mejores instituciones hospitalarias, con tecnología de punta y con médicos de mucha experiencia, y, por ende, la complicación obstétrica no ha sido posible desterrar del mundo y en la atención del parto se va a seguir presentando complicaciones por más que se cumplan y se apeguen estrictamente a los protocolos y guías de manejo.

En síntesis, **todo parto puede complicarse en cualquier momento, aunque se apliquen de manera correcta los protocolos y guías de manejo, lo que se conoce como riesgo inherente**, empero, frente a la paciente existió una debida monitorización, no se demostró sufrimiento fetal, las frecuencias cardiacas fetales fueron normales en todo momento, en cuanto a la distocia de hombros es un evento accidental, súbito e irresistible que nadie puede predecir, mucho menos si no hay presencia de factores de riesgo. Mi representada especialista en ginecología y obstetricia, todas y cada una de sus conductas medicas se encontraron apegadas a las guías y protocolos médicos, ante su criterio técnico científico nunca existió indicación de cesárea, por el contrario fue correcta su determinación de suministro de oxitocina que no estaba contraindicada, por el hecho de tratarse de una paciente hipertensa, además de cumplir a cabalidad con el diligenciamiento del partograma, contrario a lo que se refiere en la demanda, por lo que el infortunado resultado que culminó en el deceso del recién nacido no tuvo origen ni incidencia en el actuar de la médico especialista que represento.

Con todo lo relatado y expuesto en la contestación de los hechos, se observa con claridad que la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES actuó conforme a la *lex artis ad hoc*, y por lo tanto, no hubo un deficiente y errado procedimiento en la atención médica como lo alega la parte demandante, quedando plenamente demostrado que cumplió correctamente con su obligación medica asistencial, además de cumplir con los protocolos médicos establecidos para el caso.

PERICIA. El acto médico realizado y la especialidad, marcan los linderos y deberes de la doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, quien se desempeñó conforme a su estatus de médico especialista ginecología y atendió a la paciente de conformidad con los protocolos científicos establecidos, con adecuada técnica y teniendo muy en cuenta las condiciones en que se encontraba.

PRUDENCIA. La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES en la atención prolijada al paciente, se desempeñó con templanza, cautela, prudencia y buen juicio, sopesando siempre las particularidades del caso atendido y con la técnica adecuada.

DILIGENCIA. Los actos médicos realizados por la doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES fueron cuidadosos y exentos de omisión. Procedió en cada momento de conformidad con las reglas de asepsia, higiene y seguridad. Revisó con detalle la historia clínica y practicó el procedimiento con plena observancia de los protocolos y técnica científica.

Se puede concluir entonces, que la actuación desplegada por mi poderdante se ajustó a los protocolos éticos y científicos, no evidenciándose entonces falla de atención.

3. CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS POR PARTE DE LA MEDICA LLAMADA EN GARANTÍA DRA. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES.

Itérese en este punto que las obligaciones del médico son de medios y no de resultado, como repetitivamente ha señalado la jurisprudencia nacional⁴ y la doctrina especializada⁵.

La médica, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica, siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla siempre un elemento aleatorio,

⁴ “la obligación profesional del médico es por regla general una obligación de medios.” Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 30 de noviembre de 2011, radicado 76001-3103-002-1999-01502-01, Magistrado ponente Dr Arturo Solarte Rodríguez. CSJ, sentencia Marzo 5 de 1940, Octubre 14 de 1956, Septiembre 12 de 1985, Noviembre 26 de 1986.

⁵ Ese contenido obligacional lo ilustra con suma propiedad el tratadista ALVARO PEREZ VIVES⁵, cuando con acertado criterio expresa: “Al médico no se le exigen milagros ni imposibles, pero si está obligado a conocer concienzudamente todo lo que el arte médico es capaz de ensañarle en el correspondiente medio científico; a no intentar aquello que escapa de sus posibilidades, pero que está dentro de las que tiene otro; a no intervenir, poniendo al servicio de su ministerio todos los conocimientos del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico en igualdad de circunstancias habría empleado, de ser médico idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión. Por consiguiente, el eje de la responsabilidad médica, gira sobre los siguientes postulados; hacer todo aquello que este indicado hace, consideración habida al grado de progreso de los conocimientos médicos y a los recursos disponibles en el correspondiente medio, y abstenerse de hacer todo aquello que no deba hacerse, en atención a las mismas circunstancias” el arte médico científico;” (PEREZ VIVES, ALVARO. Teoría General de las Obligaciones. Volumen III, parte segunda, Bogotá. Editorial Temis, 1955, Pag. 201).

en el sentido de que el resultado buscado no depende exclusivamente de su proceder, sino también de otros factores, endógenos y exógenos, ajenos a su actuación y que escapan a su control.⁶

Como lo señala LE TOURNEAU, el acto médico es intrínsecamente aleatorio.⁷ En otras palabras, la ciencia médica tiene sus limitaciones, y en el tratamiento de las enfermedades existe siempre un alea que escapa al cálculo más riguroso o a las previsiones más prudentes. El compromiso sanador del médico sigue traducándose, por consiguiente, en una obligación de medios, no generando derechos absolutos a la salud o a la regeneración corporal por fuera de una intachable actuación.

Por más perfecta que sea la asistencia médica que se haya prestado a un paciente, hay multitud de causas que pueden determinar que una intervención quirúrgica fracase, entre otras razones, porque se está actuando sobre un cuerpo vivo, cuya complejidad, y también fragilidad, es patente. Puede ocurrir – y ocurre- que habiéndose respetado escrupulosamente las reglas de la *lex artis*, habiéndose actuado con arreglo a los protocolos establecidos, habiendo funcionado perfectamente el instrumental y demás medios materiales, y siendo diligente, eficaz y eficiente la actuación del equipo médico actuante, puede fracasar – total o parcialmente- el acto sanitario realizado.⁸

Tanto la naturaleza mortal del hombre, como los niveles a que llega la ciencia médica – insuficientes para la curación de determinadas enfermedades – y la circunstancia de que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual, es lo que hace que alguno de ellos, aun resultando eficaces para la generalidad de los pacientes, puedan no serlo para otros, entendiéndose que a lo único que se obliga el facultativo es a poner los medios para la deseable curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una llamada obligación de medios.

En el presente caso la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES cumplió con su prestación al poner al servicio del paciente todos sus conocimientos y experiencia, programando y ejecutando el procedimiento quirúrgico que la patología ameritaba.

4. INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD

Como lo ha sostenido la defensa, la parte actora debe ocuparse en demostrar como efectivamente el procedimiento efectuado por la doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES constituyó efectivamente la causa real de sus perjuicios.

⁶ Responsabilidad civil médica, Julio César Galán Cortés, Tercera edición, 2011, Thomson Reuters.

⁷ Le Tourneau, P.; Droit de la responsabilité et des contrats, Edit. Dalloz, París, 6 ed., 2006, p. 509.

⁸ Tribunal Supremo Español, sala 3, sección 6, sentencia del 10 de mayo de 2005, ponente Sr González navarro.

Los demandantes no deben ocuparse simplemente en enunciar una serie de pensamientos y situaciones que a su sentir le han generado inconformismos, sino demostrar de manera efectiva que la conducta desplegada por mi mandante causó el daño que hoy alegan.

Mi representada especialista en ginecología y obstetricia JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, atendió a la paciente en fecha veintinueve (29) de julio de dos mil diecinueve (2019), a las 17:30 horas, con diagnóstico G3P1A1V1, embarazo de 38,1 semanas, feto único vivo, trastorno hipertensivo a clasificar, **obesidad gestacional**, alto riesgo obstétrico, por diagnósticos anteriores paciente con cifras de tensión arterial elevadas, ante lo cual decidió hospitalizar para vigilancia de cifras de tensión arterial y determinar diagnóstico sospecha de trastorno hipertensivo del embarazo.

La paciente presentaba condiciones de obesidad mórbida, hipertensión, trabajo de parto, ante lo cual aplicó conducta de **ingreso, orientación, hospitalización y solicitud de exámenes paraclínicos, plan de manejo médico adecuado conforme al ingreso, orientación, hospitalización, solicitud de exámenes complementarios** lo cual se apega a las guías de manejo y protocolos médicos en gestación en mujeres obesas.

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), siendo las 07:04 horas, la paciente continua en hospitalización, mi representada **ordenó monitoreo y proteinuria**, decidió continuar con la vigilancia de la paciente, ante las condiciones de la paciente descritas obesidad mórbida, hipertensión, ordenó pasar a la paciente a trabajo de parto.

Ahora bien, para el caso presente **no existió demora por parte de mi poderdante para el traslado a sala de parto, según la norma técnica debe realizarse siempre y cuando al alcanzar una estación de +2**, la gestante debe trasladarse a sala de partos para el nacimiento, siendo el parto atendido por el médico de turno y asistido por personal de enfermería, conforma a la norma técnica para la atención del parto, situación como se puede evidenciar en el caso presente, **la paciente NO debía ser trasladada a sala de partos desde el ingreso.**

En fecha treinta (30) de julio de dos mil diecinueve (2019), la paciente y hoy demandante se encontraba en vigilancia del trabajo de parto, mi representado procedió a la correspondiente atención del parto, en la cual encontró a una paciente con dilatación y borramiento completos, es trasladada a sala de procedimientos para atención de parto, en posición de litotomía y bajo asepsia y antisepsia con soluciones yodadas infra umbilical y perineal, colocación de campos quirúrgicos estériles, protegiendo el periné, dio indicaciones a la madre, periné rígido/elástico; condujo y dirigió el pujo, sin embargo, la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO **fue poco colaboradora**, pobre introspección de cómo debe realizarse un adecuado trabajo de parto y pujo, presentó episiotomía medio lateral derecha con circular de cordón, siendo reducido fácilmente, empero, **cursaba con retención de hombro ante lo cual mi mandante realizó maniobras de elevación y flexión de piernas con gran dificultad, paciente en mención continuo siendo poco colaboradora, insistiendo en no permitir maniobras necesarias para extracción del recién nacido, ante lo cual realizó elevación de cola y cierre de piernas, sin lograr extracción completa del cuerpo del recién nacido por lo que hubo la necesidad de que mi**

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogno04@gmail.com

mandante ejecutará la luxación de hombro derecho y fractura de clavícula derecha con gran dificultad, conllevando a extracción del recién nacido a las 21:00 horas.

La doctora JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, ordenó **trasladar al recién nacido a cama de luz radiante, ya que el recién nacido se encontraba en paro cardiorrespiratorio, aplicando reanimación cardiopulmonar, en consecuencia, llamaron a pediatra para continuar reanimación**, sin embargo, se declaró producto fallecido al minuto del nacimiento.

Frente a la materna mi mandante administro oxitocina diez (10) unidades IV para pasar en tiempo no inferior a 3 minutos, ligando y cortando el cordón umbilical en forma inmediata, realizando alumbramiento a los 10 minutos, obteniendo placenta tipo SCHULTZE completa, región perineal se infiltró con xiolcaina 2%, sin epinefrina, con escaso sangrado siendo corregido con cromado 2-0, útero tónico a nivel infra umbilical; masaje bimanual y extrajo coágulos, sangrado vaginal moderado con despulimiento de mucosa vaginal y desgarro laterales los cuales fueron suturados, a pesar de ello, persistió en sangrado en capa, por lo que se dio inicio de ácido tranexámico 1 gramo EV y dejó compresa en vagina para retiro en 8 horas.

En el puerperio la paciente curso una crisis hipertensiva (190/90), se dio manejo con medicamentos, labetalol, nifedipino, sulfato de magnesio.

Conforme con lo anterior y la historia clínica, **no hay ninguna evidencia durante el trabajo de parto de sufrimiento fetal**, siendo inexacto que se argumente por el apoderado judicial de los accionantes que una frecuencia cardíaca fetal de 121 sea patológico, no se constituye en un sufrimiento fetal, de igual manera, **todas las fetocardias fueron normales, al igual que los monitoreos fueron categoría I, normales, el evento fue intraparto, agudo, impredecible, no prevenible, de carácter irresistible y se presentó en el último momento con ocasión a la retención de hombros y el trauma obstétrico, por lo cual no estaba indicada la cesárea, pues la cabeza fetal ya estaba por fuera de la vagina.**

Así mismo, **la retención de hombros se constituye en un evento de alta morbimortalidad, más aún en una paciente con un alto índice de masa corporal**, es decir, obesidad mórbida e **igualmente la insuficiente colaboración**, la aparición de la retención de hombros no puede atribuirse a mi representada, además la paciente no tenía diabetes gestacional y el feto era macrosómico lo que significa que su peso oscila cerca a los 4.000 gramos, para el caso particular el feto pesó 3.850 gramos, lo que condujo que aumentara el riesgo de presentarse.

En relación con el aumento de oxitocina no puede ser reprochable, como equívocamente argumenta el apoderado judicial de los accionantes en la demanda, ya que **su administración no se encuentra prohibida ni contraindicada por tratarse de una paciente hipertensa, ya que se usa para optimizar el trabajo de parto y evitar recurrir al procedimiento quirúrgico de cesárea que puede ser compleja**, tal como se encuentra recomendada en las guías de hipertensión arterial y embarazo, ya que **el solo hecho de ser hipertensa no es indicativo de cesárea.**

Se debe subrayar que, **la obstetricia es impredecible, siempre, en cualquier momento se puede presentar un hecho súbito o irresistible o catastrófico o inesperado que ponga en peligro al binomio madre – feto, situación que puede presentarse en todos los niveles e incluso con recursos o tecnología de punta, por lo cual, ningún profesional de la salud o ninguna institución pueden garantizar que no se van a presentar complicaciones durante la atención de un parto**; dicho lo anterior, un parto es una experiencia única e individual, que varía de paciente a paciente y muchas veces, pese a la vigilancia estricta, se puede presentar complicaciones que cambian el curso de los acontecimientos, así, por ejemplo, se puede desprender la placenta (abruptio), salir el cordón (prolapso de cordón o procidencia), presentar circulares del cordón al cuello fetal, tener un nudo verdadero del cordón, bajarse el aporte del oxígeno al feto (sufrimiento fetal o hipoxia), quedarse retenidos los hombros en el canal del parto, problemas metabólicos o congénitos, entre otras, que generan crisis en el último momento; en muchas oportunidades como las descritas es imposible adelantarse a los hechos o prevenir las complicaciones, se reitera que puede ocurrir en las mejores instituciones hospitalarias, con tecnología de punta y con médicos de mucha experiencia, y, por ende, la complicación obstétrica no ha sido posible desterrar del mundo y en la atención del parto se va a seguir presentando complicaciones por más que se cumplan y se apeguen estrictamente a los protocolos y guías de manejo.

En síntesis, **todo parto puede complicarse en cualquier momento, aunque se apliquen de manera correcta los protocolos y guías de manejo, lo que se conoce como riesgo inherente**, empero, frente a la paciente existió una debida monitorización, no se demostró sufrimiento fetal, las frecuencias cardíacas fetales fueron normales en todo momento, en cuanto a la distocia de hombros es un evento accidental, súbito e irresistible que nadie puede predecir, mucho menos si no hay presencia de factores de riesgo. Mi representada especialista en ginecología y obstetricia, todas y cada una de sus conductas medicas se encontraron apegadas a las guías y protocolos médicos, ante su criterio técnico científico nunca existió indicación de cesárea, por el contrario fue correcta su determinación de suministro de oxitocina que no estaba contraindicada, por el hecho de tratarse de una paciente hipertensa, además de cumplir a cabalidad con el diligenciamiento del partograma, contrario a lo que se refiere en la demanda, por lo que el infortunado resultado que culminó en el deceso del recién nacido no tuvo origen ni incidencia en el actuar de la médico especialista que represento.

Con todo lo relatado y expuesto en la contestación de los hechos, se observa con claridad que la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES actuó conforme a la *lex artis ad hoc*, y por lo tanto, no hubo un deficiente y errado procedimiento en la atención médica como lo alega la parte demandante, quedando plenamente demostrado que cumplió correctamente con su obligación medica asistencial, además de cumplir con los protocolos médicos establecidos para el caso.

Si bien los profesionales de la salud deben actuar bajo los postulados de la *lex artis ad hoc*, no es menos cierto que los pacientes también tienen deberes frente a la atención médica

que se les presta, tan así, que no cumplir con dichos deberes puede llevar a no obtener éxito en los procedimientos médicos o que se materialicen daños.

5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR Y ESTIMACIÓN EXCESIVA DE LOS PERJUICIOS

Como punto de partida, Queda claro que al no existir responsabilidad en cabeza de la Dra. JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES frente a la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO, tampoco existe obligación alguna de indemnizar, y menos aun cuando la parte demandante persiguiendo un fin meramente patrimonial se excede en sus pretensiones.

Ahora, así como sucede con la responsabilidad, es la parte demandante quien debe demostrar la existencia del daño y luego su cuantificación, pues dicha carga probatoria ha sido reiterada por la jurisprudencia al señalar que *“Causar un daño, como ya se dijo, genera la obligación de repararlo pero si el acreedor pretende que el juez declare la existencia de esa obligación y que por consiguiente condene al deudor a su pago, aquel tiene la carga de demostrar su existencia y su cuantía... Así que entonces es al acreedor a quien le asiste el interés de demostrar la ocurrencia del daño y su cuantificación sin que pueda descargar en el juzgador todo el peso de esa carga... Luego, si el acreedor nada prueba en torno a la existencia del daño y a su cuantía, no podrá abrirse paso la pretensión indemnizatoria pues sin la certeza de la ocurrencia y la magnitud de la lesión, la responsabilidad está irremediabilmente condenada al fracaso”*⁹.

Es de anotar, que en el presente caso la cuantía en que han sido estimados los perjuicios por la parte demandante es excesiva y carece de apoyo factico o jurídico, ya que como pasaremos a explicarlo, se pretende obtener el pago de unas sumas de dinero a toda luz improbadas y exageradas que dejan ver el exclusivo ánimo de obtener un enriquecimiento injustificado.

Inicialmente, hay que hacer referencia a los perjuicios morales, frente a los cuales si bien su tasación está sujeta al *arbitrium judicis*, también es claro que el Juez al momento de establecer la cuantía de dicho perjuicio y valorar cual fue el *pretium doloris* no puede excederse, sino que debe evaluar diferentes parámetros que lo lleven a buscar ese verdadero fin de reparación y compensación buscado con el daño moral, y no convertir éste en una fuente de enriquecimiento injustificado, máxime cuando la jurisprudencia ha dejado demarcados unos límites a ese arbitrio judicial.

A modo de ejemplo, se puede mencionar que en recientes y reiterados pronunciamientos jurisprudenciales se ha dicho que *“la tasación de este perjuicio, de carácter extrapatrimonial, dada su especial naturaleza, no puede ser sino compensatoria, por lo cual, corresponde al juzgador, quien con fundamento en su prudente juicio debe establecer, en la situación concreta, el valor que corresponda, para lo cual debe tener en cuenta la*

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de enero de 2011, Rad. 73001-23-31-000-2001-01937-01(15800), Cp. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

*naturaleza y gravedad de la aflicción y sus secuelas, de conformidad con lo que se encuentre demostrado en el proceso*¹⁰.

Adicional a lo anterior, es notable que si bien los demandantes aparentemente tienen un vínculo de parentesco con el paciente y se pretende el reconocimiento de un daño moral por un número de familiares, no es menos cierto que ese sólo vínculo no es prueba de que se produjo un daño moral, pues le corresponde a la parte actora demostrar que efectivamente hubo una aflicción y un impacto psicológico en todos y cada uno de los demandantes.

Finalmente, como apoyo de los argumentos expuestos para esta excepción, vale recordar lo manifestado por la jurisprudencia, la cual ha dicho que *“En tratándose del daño, y en singular, del lucro cesante, la indemnización exige la certeza del detrimento, o sea, su verdad, existencia u ocurrencia tangible, incontestable o verosímil, ya actual, ora ulterior, acreditada por el demandante como presupuesto ineluctable de la condena con pruebas idóneas en su entidad y extensión... Justamente, la jurisprudencia de esta Corte cuando del daño futuro se trata y, en particular, del lucro cesante futuro, ha sido explícita en que no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho, acudiendo al propósito de determinar un mínimo de razonable certidumbre a juicios de probabilidad objetiva y a un prudente sentido restrictivo cuando en sede litigiosa, se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daños en la medida en que obre en los autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido*¹¹.

De esta forma, se concluye que las situaciones fácticas y jurídicas conocidas no dan lugar a la indemnización de perjuicios solicitada por la parte demandante, por lo cual deben ser desestimadas las respectivas pretensiones elevadas con dicho fin.

6. EXCEPCIÓN INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho ó derecho a favor de mi representado que resulten probados dentro del proceso y al cual me referiré en los alegatos de conclusión.

Por todo lo anterior, solicito señor Juez, declarar probadas éstas excepciones de mérito y abstenerse de condenar a mi mandante llamado en garantía.

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Terera, Sentencia del 7 de abril de 2011, Rad. 52001-23-31-000-1999-00518-01(20750), Cp. Mauricio Fajardo Gomez.

¹¹ CSJ, Sala de Casación Civil, Sent. De noviembre 17/11, Exp. 11001-3103-018-1999-00533-01, Mp. William Namén Vargas.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

V. A LOS MEDIOS DE PRUEBA DEL LLAMANTE EN GARANTÍA

A. PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS POR EL LLAMANTE EN GARANTÍA

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio.

VI. MEDIOS DE PRUEBA DE LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS POR LA LLAMADA EN GARANTÍA DOCTORA JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES

Con el debido respeto que acostumbro solicito a su Despacho judicial se sirva a decretar y practicar los medios probatorios, como base y fundamento de la presente contestación de llamamiento en garantía y excepciones de fondo propuestas:

A. DOCUMENTALES APORTADAS

Copia artículos literatura médica:

- Copia PACHECO-ROMERO, José. Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. En Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina, 2017, p. 207-214.
- Copia Distocia de Hombros. Centre Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.
- Copia PARTO, DEL. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención.
- Copia MARÍN-IRANZO, R. Hipertensión arterial y embarazo. *Hipertensión*, 2006, vol. 23, no 7, p. 222-231.

B. DECLARACIÓN DE PARTE

Respetuosamente solicito a su Despacho se sirva decretar la práctica de la **DECLARACIÓN DE PARTE**, sirviéndose citar a mi representada doctora **JUNARY ANDREA CAICEDO ROSALES**, de conformidad en lo estipulado en el Código General del Proceso (Ley 1564 de 2012), artículos 165, 191 y 196; permitiéndome realizar interrogatorio todo lo atinente a la demanda y las contestaciones a la demanda y llamamiento en garantía.

De igual manera solicito a su Despacho de conformidad con los artículos 165, 191 y 196 del Código General del Proceso, se me permita realizar interrogatorio a los representantes legales de las entidades hospitalarias demandadas, para que realicen declaración de parte.

Objeto: Demostrar que mi representada Dra. JUNARY ANDREA CAICEDO ROSALES, cumplió con su obligación de medios al poner al servicio de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO, todos sus conocimientos, experiencia e idoneidad, tras adoptar conductas médicas acordes a las condiciones clínico – patológicas y evolución de la paciente en

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

mención, conductas ceñidas a las diferentes guías y protocolos médicos y a la misma lex artis ad hoc.

C. SOLICITUD PRORROGA DICTAMEN PERICIAL DE PARTE

Solicito respetuosamente a su Despacho, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 175, numeral 5° del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), me permito manifestarle a su señoría, que pretendemos aportar al proceso **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE**, que será emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, para lo cual, es insuficiente el termino para contestar la demanda y llamamiento en garantía y para simultáneamente aportar dicho DICTAMEN.

*(...) 5. Los dictámenes periciales que considere necesarios para oponerse a las pretensiones de la demanda. Si la parte demandada decide aportar la prueba pericial con la contestación de la demanda, deberá manifestarlo al juez dentro del plazo inicial del traslado de la misma establecido en el artículo 172 de este Código, caso en el **cual se ampliará hasta por treinta (30) días más, contados a partir del vencimiento del término inicial para contestar la demanda.** En este último evento de no adjuntar el dictamen con la contestación, se entenderá que esta fue presentada en forma extemporánea.*

De acuerdo con lo anterior, SOLICITO a su señoría concederme un tiempo prudencial que en ningún caso podrá ser inferior a diez (30) días contados a partir del vencimiento del término inicial para contestar la demanda, y, para este caso específico contestar el llamamiento en garantía, para aportar el DICTAMEN PERICIAL DE PARTE, que será emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, de conformidad con las normas que regulen dicha prueba.

Objeto: Determinar entre otros, que la atención médica otorgada a la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO, estuvo acorde a la lex artis ad hoc, corroborando el apego a una obligación de medios, descartándose, el nexó jurídico causal entre la atención médica de mi representado y el presunto daño hoy relacionado.

D. PRUEBAS TESTIMONIALES PRESENCIALES CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA):

1. Solicito señor juez, se sirva citar al doctor, **CRISTIAN CAMILO BENAVIDES MENESES, MEDICO GENERAL**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

2. Solicito señor juez, se sirva citar al doctor, **CAMILO GOYES AREVALO, MEDICO GENERAL**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

3. Solicito señor juez, se sirva citar a la doctora, **KATHERINE DANIELA CHAMORRO, GINECOLOGA Y OBSTETRA**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

4. Solicito señor juez, se sirva citar al doctor, **LUIS ALDAIR VILLOTA PALACIOS, MEDICO GENERAL**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

5. Solicito señor juez, se sirva citar a la señorita, **CLAUDIA YOMAIRA CAICEDO PATIÑO, ENFERMERA JEFE**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

6. Solicito señor juez, se sirva citar a la señorita, **MARLENE DEL CARMEN TARAPUES CAMUES, AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, quien participó en la atención de la paciente LURY LILIANA YELA CASTRO; para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación de demanda y llamamiento en garantía, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso, El testigo puede ser citado en la oficina de recursos humanos del Hospital El Buen Samaritano de la Cruz, ubicado en la Calle 26 # 14 - 34, del Municipio de Túquerres; o puede ser citado por intermedio del suscrito apoderado judicial.

VII. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Memorial Poder

VIII. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Artículo 90 de la Constitución Política, Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), Código General del Proceso (Ley 1564 de 2012) y demás normas y artículos referidas dentro del presente memorial de contestación de demanda.

IX. NOTIFICACIONES

Mi poderdante y quien suscribe recibirán las notificaciones en la Secretaria del Juzgado y las personales en la siguiente dirección:

Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago, ubicado en la ciudad de Pasto (Nariño), Celular: 320 851 9418, correo electrónico abogna04@gmail.com

Atentamente,



BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
C. C. No. 1.085.311.169 de Pasto (N)
T.P. No. 314061 del C. S. de la J.

San Juan de Pasto, Junio de 2023

Doctor

MARINO CORAL ARGOTY

JUEZ SEXTO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE PASTO (N)

E. S. D.

Referencia: Memorial Poder

Medio De Control: Reparación directa

Radicación No: 2021-00132-00

Demandante: Lury Liliana Yela Castro y otros.

Demandado: Hospital San José de Túquerres E.S.E.

Llamada En Garantía: Dra. Jurany Andrea Caicedo Rosales

MEMORIAL PODER

JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES, mayor de edad, identificada con la **C. de C. No. 53.105.604 de Bogotá (C)**, llamada en garantía dentro del medio de control de la referencia, mediante el presente escrito y bajo el pleno y razonado uso de mis facultades, manifiesto que otorgo **PODER ESPECIAL**, amplio y suficiente en cuanto a derecho es necesario, a favor del doctor **BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES**, abogado titulado e inscrito, portador de la tarjeta profesional **No. 314061 del C. S. de la J.** y de la cédula de ciudadanía **No. 1.085.311.169** expedida en la ciudad de Pasto (Nariño), como apoderado principal que me represente y actúe en mi nombre en defensa de mis intereses dentro del proceso de la referencia.

Mi apoderado queda plena y expresamente facultado para contestar la demanda y llamamiento en garantía, formular excepciones, llamar en garantía, proponer incidentes, solicitar y aportar documentos y demás pruebas, presentar memoriales, actuar en diligencias, interponer recursos, conciliar, recibir, transigir, efectuar pagos y consignaciones; y, en general, adelantar todas aquellas gestiones que en derecho fueren necesarias para que represente mis intereses. El abogado descrito podrá igualmente, sustituir, renunciar y/o reasumir este poder en cualquier etapa procesal, de la misma manera que desistir de recursos y demás actos procesales cuando lo considere pertinente.

En consideración a lo anterior, firma como aparece el mandatario, en señal de aceptación del poder conferido y solicito amablemente a su Despacho, reconocerle personería adjetiva para los efectos y bajo los términos y condiciones de este poder.

Igualmente, solicito que la recepción de notificaciones y comunicaciones se realicen en la siguiente dirección Carrera 25 N° 15 – 62, Edificio Zaguán del Lago- Oficina 201, Pasto (Nariño), teléfono: 3208519418 y al correo electrónico abogna04@gmail.com

Respetuosamente,



JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES
C. C. No. 53105604 De Bogota

Acepto el poder.



BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
C.C. No. 1.085.311.169 de Pasto (Nariño)
T. P. No. 314.061 del C. S. de la Judicatura.

Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales

Pregnancy in the obese woman: special considerations

José Pacheco-Romero^{1,2,3,4}

¹ Profesor de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

² Académico Honorario, Academia Peruana de Cirugía

³ Maestro Latinoamericano de la Obstetricia y Ginecología

⁴ Fellow, American College of Obstetricians and Gynecologists

Código ORCID: 0000-0002-3168-6717

Correspondencia

José Pacheco-Romero
jpachecoperu@yahoo.com

Recibido: 26 febrero 2017

Aprobado: 15 abril 2017

Conflictos de interés: Ninguno.

Fuente de financiamiento: Propio.

Citar como: Pacheco-Romero J.
Gestación en la mujer obesa:
consideraciones especiales. *An Fac
med. 2017;78(2):207-214.*
DOI: [http://dx.doi.org/10.15381/
anales.v78i2.13219](http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13219)

Fac med. 2017;78(2):207-214 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13219>

Resumen

La obesidad sería el problema de salud más común en las mujeres en edad reproductiva. Los embarazos complicados con obesidad se relacionan con diabetes gestacional, preeclampsia, parto pretérmino, partos instrumentados y cesáreas, así como infecciones y hemorragia en el posparto. Y el bebé tiene mayor riesgo de malformaciones congénitas, ser grande/macrosómico, complicarse con distocia de hombros y muerte fetal. Las implicancias relacionadas al manejo de la obesidad en el embarazo no son muy conocidas por la falta de opciones de manejo basadas en la evidencia. El manejo de la obesidad debería empezar desde antes del embarazo, siguiendo el precepto de que una mujer debe estar en las mejores condiciones físicas y mentales si desea gestar. El profesional de la salud encargado del control prenatal necesita del apoyo de un nutricionista y/o endocrinólogo. Se debe tener en cuenta que las mujeres obesas pueden tener más dificultades en el parto, por lo que requieren de infraestructura y manejo especiales, por médicos especializados. En esta revisión se considera los problemas de salud relacionados en la madre y el hijo.

Palabras clave. Obesidad; Gestación; Morbilidad Materna; Morbilidad Perinatal.

Abstract

Obesity would be the most common health problem for women of reproductive age. Pregnancies complicated with obesity are associated with gestational diabetes, preeclampsia, preterm birth, instrumental delivery and cesarean section, infections and postpartum hemorrhage. And the baby is at higher risk of congenital malformations, macrosomia, shoulder dystocia, and fetal death. The implications related to the management of obesity in pregnancy are not well understood due to lack of evidence-based management options. The management of obesity should start before the woman gets pregnant, following the rule that a woman should be in the best physical and mental conditions if she wants to have a baby. The health provider in charge of the prenatal care needs the support of a dietitian or an endocrinologist. Obese women are more likely to have difficulties during labor and delivery and require both special infrastructure and care by specialized physicians. Future health problems of mother and baby are considered in this review.

Keywords: Obesity; Pregnancy; Morbidity, Maternal; Morbidity, Perinatal.

INTRODUCCIÓN

La obesidad sería el problema de salud más común en las mujeres en edad reproductiva ⁽¹⁾. La obesidad es una enfermedad crónica heterogénea en la que múltiples factores interactúan para producir un estado de balance energético positivo, que lleva al aumento en el peso corporal. Para comprender la complejidad de esta enfermedad, se debe conocer que existen diversos determinantes biológicos, ambientales y de comportamiento. Entre los principales factores biológicos están los genéticos, el eje cerebro-intestinal, determinantes prenatales, embarazo, menopausia, condiciones neuroendocrinas, medicamentos, discapacidad física, microbioma intestinal y virus. La propensión a desarrollar obesidad por uno o más de estos elementos se ve agravada por las influencias ambientales y de comportamiento. Los factores ambientales incluyen la abundancia de alimentos, entorno, estatus socioeconómico, cultura, prejuicios sociales y contaminantes químicos ambientales. Los factores conductuales consisten en la ingesta excesiva de calorías, patrones de comidas, sedentarismo, sueño insuficiente y fumar ⁽²⁾.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD EN LA GESTANTE

En un artículo reciente ⁽³⁾ se recordaba que la prevalencia de la obesidad es alta en los Estados Unidos de Norte América – EE UU ⁽⁴⁾ y Europa ⁽⁵⁾ y está aumentando prácticamente en todos los países. En los EE UU, más de 36,5% de los adultos tiene obesidad ⁽⁶⁾; la obesidad en la edad reproductiva afecta a 31,8% de las mujeres entre 20 y 39 años de edad, y aumenta a 58,5% cuando se combina sobrepeso y obesidad ⁽¹⁾. De interés, la obesidad en dicho país afecta más al hombre de color o de origen hispánico con mejor condición económica, mientras es menor en mujeres con mejor condición económica y mejor educación. Mientras tanto, en el Reino Unido, el análisis de la Encuesta en Salud de Inglaterra halla que entre 2011 y 2013 la proporción de individuos con sobrepeso u obesos fue 76,8% para los hombres y 63,4% para las mujeres ⁽⁷⁾.

En el Perú, más de 63% de la población de 30 a 59 años sufre de sobrepeso y obesidad ⁽⁸⁾. En la altura, la prevalencia de obesidad varía entre 9% ⁽⁹⁾ y 18% ⁽¹⁰⁾. Se ha observado la prevalencia de sobrepeso de 36,3% a <1 000 metros sobre el nivel del mar y 25,3% a >3 000 msnm, y la de obesidad, 17,5% y 8,5% para los mismos niveles; es decir, el sobrepeso y la obesidad tienden a disminuir conforme aumenta la altitud ⁽¹¹⁾.

Se considera que la tasa de sobrepeso y obesidad en la gestante en los EE UU es aproximadamente 40% ⁽¹²⁾. En un estudio de 46 688 gestantes, 1 221 (2,6%) tuvieron un IMC >30, y estas últimas en los siguientes 10 años –y en menor tiempo– mostraron mayores tasas de eventos cardiovasculares y hospitalizaciones por dicho problema ⁽¹³⁾.

En el Reino Unido se dice que, de las muertes maternas por causas directas o indirectas entre 2003 y 2005 (*Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*), más de la mitad tenía sobrepeso u obesidad. Recuerdan que la obesidad aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas en la etapa prenatal, durante el parto y en el puerperio; además, contribuye a que existan dificultades técnicas durante la evaluación del feto ⁽¹⁴⁾. En otro estudio proveniente de Suecia sobre los efectos del IMC en 26 561 madres y el riesgo de sobrepeso y obesidad en sus 26 561 hijas, la tasa de obesidad aumentó 4 veces, de 3,1% en las gestantes entre 1982 y 1988 a 12,3% en sus hijas cuando estas gestaron entre 2000 y 2008 ($p < 0,0001$). A mayor IMC materno, mayor el riesgo de sobrepeso y/u obesidad en las hijas ⁽¹⁵⁾.

En el Perú, la prevalencia de sobrepeso en adolescentes de 15 a 19 años de edad en 2015 fue 20,5% y la de obesidad 5,1% (aumentó de 19,1% y 3,4%, respectivamente, en el año 2011); 13,6% ya tenían al menos un hijo ⁽¹⁶⁾. Las mujeres que viven en áreas con altas tasas de anemia y desnutrición y que se embarazan durante la adolescencia son más propensas a morir o sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto; asimismo, las adolescentes con sobrepeso aumentan el riesgo de problemas neonatales y peri-

natales ⁽¹⁷⁾. En la ENDES 2015, el sobrepeso y la obesidad en las mujeres en edad fértil representaron 37,5% y 20,9%, respectivamente, porcentajes superiores al año 2011, cuando fueron 35,3% y 17,0%, en cada caso. Los mayores porcentajes de sobrepeso se presentaron en las mujeres de 30 a 39 años de edad (44,6%), y en el caso de la obesidad fueron las mujeres de 40 a 49 años de edad (33,3%) ⁽¹⁶⁾. El grupo de mujeres sin educación tuvo el mayor porcentaje de sobrepeso (42,7%) y, en el caso de la obesidad, las mujeres con solo educación primaria (26,9%). La anemia afectó en mayor proporción a las mujeres embarazadas (28,0%).

Se ha evaluado el estado nutricional materno pregestacional y la ganancia de peso durante el embarazo en los hogares peruanos entre 2009 y 2010. La muestra de 22 640 viviendas incluyó 552 gestantes; 1,4% de las gestantes iniciaron el embarazo con peso bajo, 34,9% con peso normal, 47% con sobrepeso y 16,8% con obesidad. Durante el embarazo, 59,1% de las gestantes tuvieron ganancia de peso insuficiente, 20% adecuada y 20,9% excesiva ⁽¹⁸⁾. En otro estudio realizado el año 2011, en 283 041 gestaciones únicas y 2 793 gestaciones múltiples los hallazgos fueron similares. Se halló que el peso promedio de las gestantes fue 55,6 kg, talla promedio 151,6 cm, índice de masa corporal (IMC) pregestacional 24,2. San Martín, Tumbes y Ucayali presentaron la mayor prevalencia de peso bajo, y Puno, Huancavelica y Moquegua el mayor sobrepeso ⁽¹⁹⁾.

RELACIÓN DE LA OBESIDAD CON OTRAS ENFERMEDADES

La obesidad se asocia con menor fertilidad y mayor tiempo para concebir, y los embarazos complicados con obesidad se relacionan con la diabetes gestacional, preeclampsia, parto pretérmino, partos instrumentados o cesáreas, infecciones y hemorragia posparto; además, existe mayor riesgo de malformaciones congénitas en sus hijos, fetos grandes, distocia de hombros y muerte fetal ⁽²⁰⁾. También las placentas son más gruesas y hay menos eficiencia en el flujo vascular, en comparación con la placenta de

la gestante sin obesidad⁽²¹⁾. Además, las mujeres obesas tienen mayor riesgo de retención del peso en el posparto y complicaciones en el siguiente embarazo⁽²⁰⁾.

La obesidad se relaciona con la enfermedad cardiovascular, infarto cerebral, diabetes tipo 2 y ciertos tipos de cáncer; muchas de estas entidades clínicas son prevenibles⁽⁶⁾. También, la obesidad materna se asocia con mayor riesgo de muerte prematura y enfermedad cardiovascular⁽²²⁾. Por ello, la gestación es un buen momento en que la acuciosidad del ginecoobstetra determinará si la gestante es propensa a alguna de estas enfermedades por línea hereditaria o si ya presenta marcadores pronósticos de estos problemas clínicos. Las parturientas obesas se pueden beneficiar de un tamizaje de riesgo cardiovascular para detectarlo tempranamente y hacer prevención secundaria de morbilidad cardiovascular⁽²³⁾.

La resistencia a la insulina está implicada en la patogénesis de la enfermedad cardíaca isquémica, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión esencial, las que si concurren con obesidad, se les denomina síndrome metabólico. El embarazo normalmente se relaciona con resistencia a la insulina progresiva desde el segundo trimestre, pareciéndose en el tercer trimestre a la resistencia a la insulina de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)⁽²⁴⁾. En el Perú, la diabetes mellitus afecta a 7% de la población y el tipo 2 es responsable de 96,8% de las visitas de pacientes ambulatorios con DM. Por otro lado, la diabetes gestacional afecta a 16% de los embarazos. Es oportuno conocer que las prevalencias de sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico en adultos son 34,7%, 17,5% y 25%, respectivamente, siendo el síndrome metabólico mayor en las mujeres y los ancianos y en las localidades urbanas y de poca altura⁽²⁵⁾.

La diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que es reconocida o identificada por primera vez en el embarazo. Esta DMG se asocia a consecuencias adversas en las mujeres y sus bebés, en el corto y largo alcance. La DMG está aumentando su prevalencia en el mundo, y se debe considerar estra-

tegias como la dieta y el ejercicio para prevenirla. Sin embargo, en un estudio que incluyó 123 ensayos controlados aleatorios y 4 983 mujeres y sus bebés, no se halló una evidencia clara de que estas intervenciones pudieran disminuir la DMG⁽²⁶⁾. Tampoco se encontró beneficio en una revisión Cochrane en dos estudios elegibles que utilizaron diferentes tipos de consejo dietético en 429 mujeres con DMG y sus 436 bebés⁽²⁷⁾.

PESO DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo es un estado de modificaciones fisiológicas causadas por la gestación y la lactancia y por el intenso crecimiento y desarrollo del feto. La ganancia de peso total actualmente recomendada durante el embarazo y de acuerdo al IMC antes del embarazo, se muestra en la tabla 1; se sugiere que sea 11 a 19 kg en el embarazo gemelar⁽²⁸⁾.

Las mujeres embarazadas suelen ganar ~ 1 a 2 kg en el primer trimestre. Según los nuevos valores recomendados, las mujeres de peso normal deben aumentar ~0,4 kg por semana en el segundo y tercer trimestres del embarazo. Las mujeres con peso bajo deben ganar un poco más (~0,5 kg por semana) y las mujeres con sobrepeso un poco menos (~0,3 kg por semana). Las mujeres obesas deben ganar ~0,2 kg por semana (tabla 1).

PROBLEMAS CON EL CÁLCULO DEL IMC DURANTE LA GESTACIÓN

La obesidad se define como la acumulación excesiva de tejido adiposo. La clasificación de la obesidad se deriva del cálculo del índice de masa corporal (IMC), que se define como el peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado (kg/m^2). Partiendo de esta definición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la obesidad en seis categorías, por todos conocidas: peso bajo (IMC menos de 18,5), peso normal (18,5 a 24,9), sobrepeso (25,0 a 29,9), obesidad clase I (30,0 a 34,9), obesidad clase II (35 a 39,9) y obesidad clase III (IMC 40 o más). Sin embargo, se ha publicado recientemente un artículo que advierte tener cuidado con la clasificación de obesidad de acuerdo al IMC. Los autores concluyeron que utilizando las categorías de IMC como el indicador principal de salud, un estimado de 74.936.678 adultos de EE UU estarían siendo clasificados erróneamente como 'cardiometabólicamente no saludables' o 'cardiometabólicamente saludables'⁽²⁹⁾.

Por lo anterior, se ha propuesto buscar métodos alternativos para determinar los rangos saludables de peso. El cálculo del IMC no toma en cuenta la proporción de hueso, músculos y grasa de la persona. Así, una persona con tono muscular excepcional y poca grasa tendrá un IMC más alto al compararlo

Tabla 1. Nuevas recomendaciones sobre la ganancia de peso total y promedio durante la gestación, según el IMC antes del embarazo (Modificado de⁽²⁸⁾).

IMC pre-gestación	Ganancia total de peso	Promedios de ganancia de peso* 2° y 3er trimestre
	Promedio en kg	Promedio (rango) en kg/semana
Peso bajo (< 18,5 kg/m ²)	12,5 a 18	0,51 (0,44 a 0,58)
Peso normal (18,5 a 24,9 kg/m ²)	11,5 a 16	0,42 (0,35 a 0,50)
Sobrepeso (25,0 a 29,9 kg/m ²)	7 a 11,5	0,28 (0,23 a 0,33)
Obesa ($\geq$ 30,0 kg/m ²)	5 a 9	0,22 (0,17 a 0,27)

*Estos cálculos asumen una ganancia de peso de 0,5 a 2 kg en el primer trimestre (basado en Siega-Riz y col., 1994; Abrams y col., 1995; Carmichael y col., 1997).

con alguien que tiene mayor cantidad de grasa y menor tono muscular. Esto puede ocurrir con los deportistas. Existen otros métodos, aparte del IMC, que pueden medir el peso y salud, como los calibradores de pliegue de piel y la cinta métrica para medir la circunferencia de la cintura, que debe ser menor a la mitad de su talla ⁽³⁰⁾.

Sin embargo, las modificaciones físicas en la gestante alterarían todas estas mediciones, por lo que se sigue utilizando el IMC pregestacional como base para el cálculo de la ganancia de peso que va teniendo la gestante y las indicaciones sobre nutrición y ejercicio.

CONTROL PRENATAL

Un control óptimo de la obesidad debería empezar antes de la concepción. Las mujeres obesas que logran disminuir aunque sea un poco de su peso antes del embarazo pueden tener mejores resultados obstétricos, y se debe promover perder peso, modificar la dieta, ejercicio y cambio de conducta durante la gestación. No se recomienda indicar medicamentos para el control del peso en el momento de la concepción o en el embarazo, por seguridad y posibles adversos efectos ⁽¹⁾.

No se ha encontrado que exista un cuidado prenatal menos adecuado en la gestante obesa que en la no obesa ⁽³¹⁾. Sin embargo, el cuidado prenatal debe acompañarse de medidas de nutrición y ejercicio que detallaremos más adelante.

De importancia para los ginecoobstetras y ecografistas, las mujeres con IMC pregrávido mayor de 25 muestran tendencia de un índice anormal de pulsatilidad de la arteria uterina entre las 28 y 34 semanas, lo que aumenta el riesgo de resultados adversos del embarazo, como parto pretérmino, diabetes gestacional e hipertensión inducida por la gestación ⁽³²⁾.

LA ALIMENTACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN

El Perú sufre una doble carga de malnutrición, con altas tasas de retraso del crecimiento entre los niños menores de 5 años de edad, y de sobrepeso y obesidad en mujeres de edad reproductiva ⁽³³⁾.

Existen varios problemas de la alimentación en la mujer embarazada, lo que dependerá de su condición socioeconómica, lugar de residencia, educación, región urbana o rural, edad. Un estudio mediante encuestas en adolescentes de 14 a 17 años en un área periurbana de Lima buscó los factores que influenciaban sus hábitos de comer. Halló que dichos factores fueron los recursos económicos para comprar alimentos, la imagen corporal, conocimientos sobre alimentos individuales, consejería familiar, menús familiares, disponibilidad de alimentos en los colegios –generalmente altos en calorías y pobres en nutrientes– y las redes sociales ⁽³⁴⁾.

Otro estudio buscó la asociación entre las recomendaciones del Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) y resultados adversos de acuerdo del IMC pregestacional, en 570 672 mujeres de 18 a 40 años, con embarazos únicos: 41,6% de las mujeres comenzó el embarazo con sobrepeso y obesidad y 51,2% ganó peso excesivamente durante el embarazo. La proporción de bebés grande para la edad gestacional (GEG) fue mayor entre las mujeres obesas y aumentó conforme fue la ganancia del peso. El peso bajo del recién nacido para la edad gestacional (PEG) fue menos frecuente en las mujeres obesas ⁽³⁵⁾. Al revisar los efectos de la educación durante la gestación para aumentar la ingesta de energía y proteínas, pareció ser efectiva en reducir el riesgo de parto pretérmino, peso bajo al nacer, aumento del perímetro cefálico, aumento del peso al nacer en las mujeres desnutridas y aumento en la ingesta de proteínas. La suplementación proteico-energética equilibrada parece mejorar el crecimiento fetal y puede reducir el riesgo de muerte fetal y de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Mientras tanto, la suplementación muy alta de proteínas podría ser dañina para el feto ⁽³⁶⁾.

EL EJERCICIO DURANTE LA GESTACIÓN

El ejercicio cardiovascular entre las 9 y 38 semanas de gestación puede ser una manera eficaz para que las gestantes obe-

sas reduzcan su riesgo de preeclampsia y diabetes mellitus gestacional. Se calcula que por cada millón de tales mujeres, habría 74 824 menos casos de preeclampsia, 109 980 menos casos de diabetes gestacional, 14 136 menos partos pretérmino. También disminuiría la tasa de mortalidad materna de 90 a 70 y la de mortalidad neonatal de 1 932 a 1 795 ⁽³⁷⁾. La intervención señalada fue además costo-efectiva, pues disminuyó los costos totales y llevó a mejores resultados. Las mujeres que no son obesas pueden beneficiarse también. Los investigadores aplicaron su modelo a mujeres con IMC normal de 18,5 a 24,9 y encontraron resultados similares a los de aquellas que realizaron ejercicios.

Como la obesidad en el embarazo se asocia con macrosomía fetal, masa grasa neonatal aumentada y mayor riesgo de obesidad y en su salud metabólica en la niñez y que perdura hasta la adultez, una prueba piloto del Ensayo sobre Mejor Alimentación y Actividad en el Embarazo (UPBEAT) del Reino Unido evaluó la asociación entre la actividad física en las gestantes obesas y los resultados de la gestación. El estudio no detectó diferencias en la actividad física entre las mujeres asignadas al azar a los brazos de intervención y control de la prueba piloto. La actividad física de intensidad leve fue menor desde temprano en el embarazo en las mujeres que dieron a luz a recién nacidos macrosómicos. Y el tiempo de sedentarismo materno a las 35-36 semanas se asoció positivamente, y la actividad física moderada inversamente, con la circunferencia abdominal neonatal ⁽³⁸⁾. Y aunque se ha observado en 70515 gestantes noruegas disminución del peso placentario cuando se realiza ejercicio durante el embarazo, la diferencia entre aquellas que no hicieron ejercicio y las que lo practicaron alrededor de 6 veces por semana fue pequeña y podría no tener implicancias clínicas ⁽³⁹⁾.

Al revisar 65 ensayos controlados aleatorios, de los cuales 49 incluían 11 444 mujeres con información para un metaanálisis cuantitativo, el ejercicio y la dieta, o ambos, realizados durante el embarazo pudieron disminuir el riesgo de ganancia de peso gestacional excesivo (PGE), así como

redujo el riesgo de cesárea, macrosomía y morbilidad respiratoria neonatal, especialmente en aquellas gestantes con riesgo. También disminuyó la hipertensión materna ⁽⁴⁰⁾. Hay que tener presente que estos estudios fueron realizados en países desarrollados.

MANEJO DE LA GESTANTE OBESA. RECOMENDACIONES DE ACOG

Existe poca información sobre el manejo de la obesidad en la gestante ⁽⁴¹⁾. Las guías del Instituto para la Salud y Excelencia de la Atención del Reino Unido y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) recomiendan que las gestantes sigan una dieta saludable, y que realicen por lo menos media hora de actividad física moderada diaria durante el embarazo. Sin embargo, las guías no consideran la consulta con un nutricionista, limitar el peso gestacional y la atención del parto ⁽⁴²⁾.

Conociéndose los problemas durante el embarazo para la madre obesa y su descendencia, así como las repercusiones a largo plazo, se debería tratar que las futuras madres obesas bajen de peso antes de concebir, así como minimizar la ganancia de peso durante la gestación ^(43,44).

Las mujeres obesas requieren una atención prenatal y manejo del parto y el puerperio que difieren de la gestante con peso apropiado. Así, entre otros, las mujeres obesas tienen más riesgo de ser sometidas a inducción del parto y de intervenciones obstétricas en el parto, especialmente la realización de cesáreas ⁽⁴⁵⁾. También la gestante obesa requiere de comodidades especiales durante el trabajo de parto y parto que no siempre se encuentran en los centros de atención de parto públicos y privados.

Por ello aparecieron recientemente las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sobre la gestante obesa ⁽¹⁾, que resumiremos a continuación.

Las siguientes recomendaciones se basan en evidencia científica buena y consistente (nivel A):

- El cálculo del índice de masa corporal en la primera visita prenatal permitirá sugerir la dieta y el ejercicio de acuerdo a las recomendaciones del Instituto de Medicina (IOM) sobre la ganancia de peso durante el embarazo.
- Los drenes subcutáneos aumentan el riesgo de complicaciones de la herida después de una cesárea y no deben ser utilizados de manera rutinaria.
- Las intervenciones conductuales con dieta y ejercicio pueden lograr reducir el peso después del parto, mejor que el ejercicio solo.

Las siguientes recomendaciones se basan en evidencias científicas limitadas o inconsistentes (nivel B):

- Las mujeres obesas que disminuyen aunque sea algo de su peso antes del embarazo pueden tener mejores resultados obstétricos.
- Se debe permitir una primera etapa más larga del trabajo de parto en las mujeres obesas antes de realizar una cesárea por detención del trabajo de parto.
- Se recomienda la tromboprofilaxis mecánica antes del parto por cesárea, si fuera posible, así como después de la cesárea.
- Después de una cesárea, la dosis para profilaxis del tromboembolismo venoso basada en el peso puede ser más eficaz que la estrategia de dosificación estratificada por IMC en las mujeres obesas de clase III.
- La pérdida de peso entre embarazos en las mujeres obesas puede disminuir el riesgo de un recién nacido grande para la edad gestacional en un embarazo posterior.

Las siguientes recomendaciones se basan fundamentalmente en consensos y la opinión de expertos (nivel C):

- Se debe informar a las mujeres obesas sobre las limitaciones de la ecografía en la identificación de anomalías estructurales en el feto.
- Se debe considerar la consulta con el servicio de anestesia en las gestantes obesas con apnea obstructiva del sue-

ño porque tienen mayor riesgo de hipoxemia, hipercapnia y muerte súbita.

- El estudio de la intolerancia a la glucosa temprano en el embarazo (diabetes gestacional o diabetes manifiesta) debe basarse en los factores de riesgo, incluyendo el IMC materno de 30 o más, alteración conocida del metabolismo de la glucosa, o diabetes gestacional previa.
- Aunque las tasas de mortalidad neonatal son mayores en las grávidas obesas, no existe evidencia que demuestre una clara mejora en los resultados del embarazo con la vigilancia anteparto, y no puede recomendarse o estar en contra de la vigilancia fetal prenatal de rutina en las gestantes obesas.

ANTICONCEPCIÓN

En general, no se ha encontrado asociación entre mayor IMC y peso y la efectividad en el uso de anticonceptivos hormonales, lo que tampoco ha ocurrido con el acetato de medroxiprogesterona de depósito (sc), DIU con levonorgestrel e implantes con levonorgestrel y etonorgestrel ⁽⁴⁶⁾.

PREVENCIÓN

Se reconoce que la prevención de la obesidad en mujeres en edad reproductiva es muy importante para su salud y la salud de su descendencia. Las intervenciones de control de peso, incluyendo el tratamiento farmacológico en las mujeres embarazadas que son obesas o con sobrepeso no han tenido suficiente impacto sobre los resultados del embarazo y el parto, lo que sugiere que el foco de intervención debe ser en los períodos preconcepcional o posparto.

Se necesita más investigación sobre los efectos a largo plazo de las intervenciones en la nutrición y el estilo de vida antes de la concepción. Para mejorar la salud preconcepcional, es necesario un enfoque integral, incluyendo la prevención del embarazo, su planificación y preparación a cargo del sector de atención

primaria de la salud, y la adopción de un enfoque ecológico para la reducción del riesgo por influencias personales, sociales y culturales. El crear conciencia de la importancia de una buena salud en el período previo al embarazo requerirá de un nuevo movimiento social, tanto desde la comunidad como de iniciativas políticas. Las intervenciones para reducir o prevenir la obesidad antes de la concepción y durante el embarazo podrían contribuir sustancialmente al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible global, en términos de salud, bienestar, productividad y equidad en las generaciones actuales y futuras ⁽⁴⁷⁾.

FUTURO DE LA MADRE Y EL NIÑO

La obesidad materna en el embarazo se asocia con mayor riesgo de muerte prematura y enfermedad cardiovascular, por lo que la gestación y el inicio del parto representan una oportunidad para intervenciones de manera de identificar la obesidad y reducir sus consecuencias adversas ⁽⁴⁸⁾. La resistencia a la insulina periférica materna y una mayor inflamación son dos características de los embarazos complicados por obesidad materna y diabetes gestacional (GDM) preexistentes. Existe evidencia de que la activación de las vías de señalización del receptor tipo peaje (*toll-like* receptor, TLR) por productos virales tienen rol en la fisiopatología de la diabetes. Un estudio in vitro sugiere que la infección viral puede contribuir a la fisiopatología de los embarazos complicados por obesidad materna y GDM preexistentes ⁽⁴⁹⁾.

Por otro lado, existe conocimiento de que una microbiota intestinal alterada durante la vida temprana del niño, que puede devenir del modo de parto, la dieta materna, uso de antibióticos, hormonas y/o lactancia, pueden sembrar un microbioma 'obesogénico' que contribuiría a obesidad temprana en la vida. El microbioma (o microbiota o flora) intestinal es el conjunto de bacterias que vive de manera habitual en el intestino de los seres humanos y de muchos animales. El intestino alberga hasta 1 000 especies bacterianas, que codifican unos 5 millones de genes y realizan muchas de

las funciones necesarias para la fisiología y la supervivencia del huésped ⁽⁵⁰⁾. Se considera que los ~10 trillones de células humanas que tenemos representan <10% de las células existentes en nuestro cuerpo, siendo el restante ~100 trillones constituido por células de origen microbiano ⁽⁵¹⁾. Como consecuencia, nuestros ~20 000 genes humanos se ven opacados por los 2 a 20 millones de genes microbianos existentes, que representan al menos 100 veces más ⁽⁵²⁾. Además, el microbioma intestinal tiene un papel crucial en el eje bidireccional intestino-cerebro que integra las actividades del sistema nervioso central (SNC) y el intestino, surgiendo el concepto de eje microbioma-intestino-cerebro ⁽⁵³⁾. Se ha encontrado que el microbioma del tracto gastrointestinal humano actuaría como un 'órgano endocrino', cuya composición y funcionalidad puede contribuir al desarrollo de la obesidad, diabetes y la enfermedad cardiovascular ⁽⁵⁴⁾.

La obesidad materna es determinante en la salud de la descendencia durante la infancia y posterior vida adulta, con mayor incidencia de obesidad, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2 y asma. La obesidad materna también podría ocasionar un peor rendimiento cognitivo y mayor riesgo de trastornos del desarrollo neurológico en el niño, incluyendo la parálisis cerebral. La evidencia preliminar sugiere posibles implicaciones para las enfermedades inmunes e infecciosas. Todo esto ocurriría por procesos epigenéticos, tales como alteraciones en la metilación del ADN y tal vez por alteraciones en el microbioma intestinal ⁽⁵⁵⁾.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en el 2011 más de 40 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso. Los factores ecológicos, la genética y buen estado de los padres y el ambiente intrauterino influyen significativamente en la probabilidad de que la descendencia desarrolle la diátesis dismetabólica consistente en la obesidad. Por ello se debe tener muy en cuenta los efectos del balance energético en las etapas de preconcepción, vida intrauterina y posnatal, en la programación de la transmisión transgeneracional y el desarrollo de enfermedades crónicas más adelante

en la vida, en particular la diabetes y sus comorbilidades ⁽⁵⁶⁾.

CONCLUYENDO

En resumen, la obesidad de la mujer tiene consecuencias en su salud física y psíquica, incluyendo la diabetes mellitus, la enfermedad cardiovascular y la muerte prematura. La mujer obesa también corre riesgos durante su gestación, el parto y el puerperio, los que deben ser considerados por el profesional de la salud que la atiende durante esta etapa reproductiva, así como es su deber orientarla a un control médico en su vida futura para hallar tempranamente un probable síndrome metabólico y evidencias de compromiso de hipertensión y enfermedad cardiovascular, que permitan al médico prevenir complicaciones más graves. Es recomendable disminuir el sobrepeso y la obesidad en la mujer antes de gestar. Y, debido a la programación fetal, en donde pudiera haber participación del microbioma, los niños nacidos de gestantes obesas pueden tener más complicaciones durante el parto y en el futuro presentar obesidad, síndrome metabólico, hipertensión y riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, por razones epigenéticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin N° 156, December 2015;126(6). http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2015/12000/Practice_Bulletin_No_156__Obesity_in_Pregnancy.55.aspx.
2. Kadoh H, Acosta A. Current paradigms in the etiology of obesity. *Techniques Gastrointest endosc.* 7 Dec 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tgie.2016.12.001>.
3. Pacheco-Romero J. From the Editor on obesity in pregnancy. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2016;62(4):347-53.
4. Tsujimoto T, Kajio H, Sugiyama T. Obesity, diabetes, and length of time in the United States: Analysis of National Health and Nutrition Examination Survey 1999 to 2012. *Medicine (Baltimore).* 2016 Aug;95(35):e4578. doi: 10.1097/MD.0000000000004578.
5. Bourgeois V, Agafitei L. Almost 1 adult in 6 in the EU is considered obese. *European Health Interview Survey. Eurostat news release.* 20 October 2016. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00b0b98d646>.

6. Centers for Disease Control and Prevention. Overweight & obesity. Sept 1, 2016. <https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>.
7. Obesity and diabetes in 2017: a new year. Editorial. *The Lancet*. 7 Jan 2017;389(10064):1. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30004-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30004-1).
8. Instituto Nacional de Salud. Así está el Perú 2016: Desnutrición y obesidad en nuestro país. Observatorio de Nutrición y Estudio del Sobre peso y Obesidad –OBSERVA-T PERÚ. <http://www.observeperu.ins.gob.pe/noticias/185-asi-esta-el-peru-2016-desnutricion-y-obesidad-en-nuestro-pais>.
9. Seclén S, Leey J, Villena A, Herrera B, Menacho J, Carrasco A, Vargas R. Prevalencia de obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia como factores de riesgo coronario y cerebro vascular en población adulta de la costa, sierra y selva del Perú. *Acta Médica Peruana*. 1999;17(1):8-12.
10. Segura L, Agustí R, Parodi J. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú (estudio TORNASOL). *Rev Peru Cardiol*. 2006;XXII(2):82-128.
11. Pajuelo-Ramírez J, Sánchez-Abanto J, Arbañil-Huamán H. Las enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú y su relación con la altitud. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2010;23(2):45-52.
12. Mission JF, Marshall NE, Caughey AB. Pregnancy risks associated with obesity. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015 Jun;42(2):335-53. doi: 10.1016/j.ogc.2015.01.008.
13. Yaniv-Salem S, Shoham-Vardi I, Kessous R, Pariente G, Sergienko R, Sheiner E. Obesity in pregnancy: what's next? Long-term cardiovascular morbidity in a follow-up period of more than a decade. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(4):619-23. doi: 10.3109/14767058.2015.1013932.
14. Lim CC, Mahmood T. Obesity in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015 Apr;29(3):309-19. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.10.008.
15. Derraik JG, Ahlsson F, Diderholm B, Lundgren M. Obesity rates in two generations of Swedish women entering pregnancy, and associated obesity risk among adult daughters. *Sci Rep*. 2015 Nov 13;5:16692. doi: 10.1038/srep16692.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. Lima, Peru. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/
17. Banna JC, Buchthal OV, Delormier T, Creed-Kanashiro HM, Penny ME. Influences on eating: a qualitative study of adolescents in a periurban area in Lima, Peru. *BMC Public Health*. 2016 Jan 15;16:40. doi: 10.1186/s12889-016-2724-7.
18. Tarqui-Mamani C, Álvarez-Dongo D, Gómez-Guizado G. Estado nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas, 2009-2010. *An Fac med*. 2014;75(2):99-105. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i2.8381>.
19. Munares-García O, Gómez-Guizado G, Sánchez-Abanto J. Deterioro de la calidad ambiental y la salud en el Perú actual. *Rev Peru Epidemiol*. 2013;17(1):1-9.
20. Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, Corvalán C, Uauy R, Herring S, Gillman MW. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016 Dec;4(12):1025-1036. doi: 10.1016/S2213-8587(16)30217-0.
21. Kovo M, Zion-Saukhanov E, Schreiber L, Mevorach N, Divon M, Ben-Haroush A, Bar J. The effect of maternal obesity on pregnancy outcome in correlation with placental pathology. *Reprod Sci*. 2015 Dec;22(12):1643-8. doi: 10.1177/1933719115592712.
22. Lee KK, Raja EA, Lee AJ, Bhattacharya S, Bhattacharya S, Norman JE, Reynolds RM. Maternal obesity during pregnancy associates with premature mortality and major cardiovascular events in later life. *Hypertension*. 2015 Nov;66(5):938-44. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.05920.
23. Yaniv-Salem S, Shoham-Vardi I, Kessous R, Pariente G, Sergienko R, Sheiner E. Obesity in pregnancy: what's next? Long-term cardiovascular morbidity in a follow-up period of more than a decade. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(4):619-23. doi: 10.3109/14767058.2015.1013932.
24. Salzer L, Tenenbaum-Gavish K, Hod M. Metabolic disorder of pregnancy (understanding pathophysiology of diabetes and preeclampsia). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015 Apr 16;29(3):328-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.09.008>.
25. Villena JE. Diabetes mellitus in Peru. *Ann Glob Health*. 2015 Nov-Dec;81(6):765-75. doi: 10.1016/j.aogh.2015.12.018.
26. Bain E, Crane M, Tieu J, Han S, Crowther CA, Middleton P. Diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 12;(4):CD010443. doi: 10.1002/14651858.CD010443.pub2.
27. Han S1, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Different types of dietary advice for women with gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Mar 28;(3):CD009275. doi: 10.1002/14651858.CD009275.pub2.
28. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Institute of Medicine; National Research Group. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. The National Academies Press. DOI 10.17226/12584. file:///C:/Users/Jos%C3%A9%20Pacheco/Downloads/241-262.pdf.
29. Tomiyama AJ, Hunger JM, Nguyen-Cuu J, Wells C. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012. *Int J Obes (London)*. 2016; May;40(5):883-6. doi: 10.1038/ijo.2016.17.
30. Olson S. BMI is no longer a good indication of healthy weight; here are 6 better ways to measure your health. *Medical daily* Feb 9, 2016. <http://www.medicaldaily.com/body-mass-index-bmi-calculator-healthy-weight-obesity-372852>.
31. Zozzaro-Smith PE, Bacak S, Conway C, Park J, Glantz JC, Thornburg LL. Association between obesity during pregnancy and the adequacy of prenatal care. *Matern Child Health J*. 2016 Jan;20(1):158-63. doi: 10.1007/s10995-015-1815-x.
32. Kim YH, Lee HJ, Shin JE, Lee Y, Shin JC, Park TC, Park IY. The predictive value of the uterine artery pulsatility index during the early third trimester for the occurrence of adverse pregnancy outcomes depending on the maternal obesity. *Obes Res Clin Pract*. 2015 Jul-Aug;9(4):374-81. doi: 10.1016/j.orcp.2014.12.001.
33. Chaparro MP1, Estrada L. Mapping the nutrition transition in Peru: evidence for decentralized nutrition policies. *Rev Panam Salud Publica*. 2012 Sep;32(3):241-4.
34. Banna JC, Buchthal OV, Delormier T, Creed-Kanashiro HM, Penny ME. Influences on eating: a qualitative study of adolescents in a periurban area in Lima, Peru. *BMC Public Health*. 2016 Jan 15;16:40. doi: 10.1186/s12889-016-2724-7.
35. Park S, Sappenfield WM, Bish C, Salihu H, Goodman D, Bensyl DM. Assessment of the Institute of Medicine recommendations for weight gain during pregnancy: Florida, 2004-2007. *Matern Child Health J*. 2011 Apr;15(3):289-301. doi: 10.1007/s10995-010-0596-5.
36. Ota E, Hori H, Mori R, Tobe-Gai R, Farrar D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 2;(6):CD000032. doi: 10.1002/14651858.CD000032.pub3.
37. Savitsky LM, Valent A, Burwick R, Marshall N, Caughey AB. 440: Cost-effectiveness of exercise for the prevention of preeclampsia and gestational diabetes in obese women. *Am J Obstet Gynecol*. Jan 2017;216(1 Suppl):S260-S261. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.11.698>.
38. Hayes L, Bell R, Robson S, Poston L; UPBEAT Consortium. Association between physical activity in obese pregnant women and pregnancy outcomes: the UPBEAT pilot study. *Ann Nutr Metab*. 2014;64(3-4):239-46. doi: 10.1159/000365027.
39. Hilde G, Eskild A, Owe KM, Bø K, Gjelland EK. Exercise in pregnancy: an association with placental weight? *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Feb;216(2):168.e1-168.e9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.10.018>.
40. Muktabant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopai-boon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 15;(6):CD007145. doi: 10.1002/14651858.CD007145.pub3.
41. Kominarek MA, Chauhan SP. Obesity Before, During, and After Pregnancy: A Review and Comparison of Five National Guidelines. *Am J Perinatol*. 2016 Apr;33(5):433-41. doi: 10.1055/s-0035-1567856.
42. Ma RC, Schmidt MI, Tam WH, McIntyre HD, Catalano PM. Clinical management of pregnancy in the obese mother: before conception, during pregnancy, and post partum. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016 Dec;4(12):1037-1049. doi: 10.1016/S2213-8587(16)30278-9.
43. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev*. 2015 Aug;16(8):621-38. doi: 10.1111/obr.12288.
44. Mourtakos SP, Tambalis KD, Panagiotakos DB, Antonogeorgos G, Arnaoutis G, Karteroliotis K, Sidossis LS. Maternal lifestyle characteristics during pregnancy, and the risk of obesity in the offspring: a study of 5,125 children. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Mar 21;15:66. doi: 10.1186/s12884-015-0498-z.
45. Vinturache A, Moledina N, McDonald S, Slater D, Tough S. Pre-pregnancy Body Mass Index (BMI) and delivery outcomes in a Canadian population. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Dec 20;14:422. doi: 10.1186/s12884-014-0422-y.
46. Lopez LM, Bernholm A, Chen M, Grey TW, O'terness C, Westhoff C, Edelman A, Helmerhorst FM. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 18;(8):CD008452. doi: 10.1002/14651858.CD008452.pub4.

47. Hanson M, Barker M, Dodd JM, Kumanyika S, Norris S, Steegers E, Stephenson J, Thangaratnam S, Yang H. Interventions to prevent maternal obesity before conception, during pregnancy, and post partum. *Lancet Diab Endocrinol*. Jan 2017;5(1):65-76. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30108-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30108-5).
48. Lee KK, Raja EA, Lee AJ, Bhattacharya S, Bhattacharya S, Norman JE, Reynolds RM. Maternal obesity during pregnancy associates with premature mortality and major cardiovascular events in later life. *Hypertension*. 2015 Nov;66(5):938-44. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.05920.
49. Lappas M. Double stranded viral RNA induces inflammation and insulin resistance in skeletal muscle from pregnant women in vitro. *Metabolis*. May 2015;64(5):642-53. <http://ezproxy.concytec.gob.pe:2075/10.1016/j.metabol.2015.02.002>.
50. D'Argenio V1, Salvatore F2. The role of the gut microbiome in the healthy adult status. *Clin Chim Acta*. 2015 Dec 7;451(Pt A):97-102. doi: 10.1016/j.cca.2015.01.003.
51. Ley RE, Peterson DA, Gordon JI. Ecological and evolutionary forces shaping microbial diversity in the human intestine. *Cell*. 2006a;124:837-48. 10.1016/j.cell.2006.02.017.
52. Knight R. (1993). Bacterial communities as a theme linking human, animal and environmental health. Disponible en: <http://iom.nationalacademies.org/~media/87E9D588D5C44B9999E6839D46D298B6.ashx>.
53. Wang Y1, Kasper LH2. The role of microbiome in central nervous system disorders. *Brain Behav Immun*. 2014 May;38:1-12. doi: 10.1016/j.bbi.2013.12.015.
54. Jayasinghe TN, Chiavaroli V, Holland DJ, Cutfield WS, O'Sullivan JM. The new era of treatment for obesity and metabolic disorders: evidence and expectations for gut microbiome transplantation. *Front Cell Infect Microbiol*. 2016 Feb 19;6:15. doi: 10.3389/fcimb.2016.00015. eCollection 2016.
55. Godfrey KM, Reynolds RM, Prescott SL, Nyirenda M, Jaddoe VWV, Eriksson JG, Broekman BFP. Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. *Lancet Diab Endocrinol*. Jan 2017;5(1):53-64. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30107-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30107-3).
56. Wahlqvist ML, Krawetz SA, Rizzo NS, Dominguez-Bello MG, Szymanski LM, et al. Early-life influences on obesity: from preconception to adolescence. *Ann N Y Acad Sci*. 2015 Jul;1347:1-28. doi: 10.1111/nyas.12778.

DISTOCIA DE HOMBROS

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. DEFINICIÓN

La distocia de hombros se define como la dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza.

Se había propuesto una definición más objetiva, considerando que debe pasar más de 1 minuto entre el parto de la cabeza y el de los hombros pero en la práctica clínica es difícil la recogida del dato temporal y dada la necesidad de un método diagnóstico sensible, se prefiere definir como distocia de hombros cualquier caso en que la tracción mantenida no sea suficiente para el parto de los hombros y se requieran maniobras adicionales.

Esta complicación se produce por la impactación de uno o los dos hombros fetales en estructuras pélvicas maternas. La impactación del hombro anterior en la sínfisis púbica es más frecuente que la del hombro posterior en el promontorio sacro.

Su incidencia según estudios que recogen un gran número de partos vaginales es de entre el 0.6% y el 0.7%. La incidencia en recién nacidos entre 2500-4000g es del 0,3% y entre 4000-4500g del 5-7%. Sin embargo, casi el 50% de casos ocurren en partos de neonatos de peso normal. Por tanto, es una emergencia obstétrica poco predecible y poco prevenible, ya que en el 50% de los casos no se asocia a factores de riesgo anteparto ni intraparto indetectables. Supone un riesgo moderado de morbilidad neonatal y complicaciones médico-legales.

2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. Los signos de distocia de hombros son:

1. Dificultad en el expulsivo de la cara y el mentón.
2. Retracción de la cabeza fetal contra el periné (signo de la tortuga).
3. Ausencia del descenso de los hombros tras la tracción axial moderada de la cabeza fetal.

3. PREDICCIÓN

Clásicamente, la distocia de hombros se ha asociado a numerosos factores de riesgo anteparto e intraparto, aunque ninguno de ellos ha mostrado una asociación estadísticamente significativa y tanto aislados como en combinación, su valor predictivo positivo es bajo.

Aunque el peso se asocie a dicha patología, ya hemos mencionado que el 50% de las distocias de hombros ocurren en neonatos que pesaron menos de 4000 g.

PROTOCOLO: DISTOCIA DE HOMBROS

Los nacidos de madres diabéticas presentan un riesgo de 2 a 4 veces superior si se comparan con niños del mismo peso de madres no diabéticas.

Los factores de riesgo deben codificarse correctamente en la historia clínica. El antecedente de distocia de hombros se registrará en el apartado "Antecedente de parto distócico".

Anteparto	Intraparto
Antecedente de distocia de hombros (recurrencia hasta 25%) Diabetes Mellitus o Gestacional Feto grande para edad gestacional (<p97) Gestación cronológicamente prolongada Obesidad materna (IMC>30) Feto masculino Edad materna avanzada Talla materna baja Ganancia ponderal excesiva (>20 Kg) Anomalía pélvica	Progresión anormal del trabajo de parto Parto instrumentado Segundo periodo de parto prolongado Uso de oxitocina Parto precipitado

4. PREVENCIÓN

Durante la gestación:

- Control de la ganancia ponderal.
- Buen control metabólico en pacientes diabéticas.
- Si en ecografía de tercer trimestre PFE >p97 repetir una ecografía a las 38-39 semanas (ver protocolo Macrosomía). La inducción del parto en gestantes no diabéticas con sospecha de macrosomía no ha demostrado disminuir la incidencia de distocia de hombros.
- Cesárea electiva si PFE >5000g en pacientes no diabéticas o PFE >4500g en mujeres diabéticas.
- En pacientes con diabetes pregestacional o gestacional insulinizadas valorar la inducción del parto a término en función de control metabólico y el PFE (ver protocolo específico).
- Si antecedente de distocia de hombros consensuar con la gestante la vía del parto dado el riesgo elevado de recurrencia (hasta el 25%). En el caso de distocia de hombros previa que precisó maniobras de segundo nivel, secuelas neonatales o complicaciones maternas, el asesoramiento de la vía de parto debe realizarse por parte del especialista en MMF.

Ingreso: deben identificarse al ingreso las pacientes con factores de riesgo de distocia de hombros, para ello se revisará:

- IMC
- Ganancia ponderal durante la gestación
- Resultado del screening de diabetes gestacional.

PROTOCOLO: DISTOCIA DE HOMBROS

- Peso fetal estimado. Antes de una inducción del parto, en pacientes de riesgo (obesas, diabéticas, antecedentes de macrosomía o distocia de hombros...) valorar realizar ecografía para PFE si no se dispone de uno reciente (<15 días). La ecografía tiene un margen de error del 10% y una sensibilidad para macrosomía del 60%.
- Antecedentes de cesárea previa (indicación)
- Antecedente de distocia de hombros
- Antecedente de macrosomía

5. MANEJO (ver anexo 1)

El manejo de la distocia de hombros consiste en la aplicación sistemática de una serie de maniobras destinadas a facilitar el desprendimiento del hombro impactado.

El objetivo de las maniobras es producir el nacimiento seguro del feto antes de que ocurran las lesiones por hipoxemia (secundarias a la compresión del cordón umbilical y a la imposibilidad de inspirar) además de evitar o minimizar el daño neurológico periférico así como el traumatismo del tejido materno.

Considerando que un neonato bien oxigenado tiene al nacer un pH AU de 7.28 de media y que éste baja en un ritmo de 0.04 unidades/minuto de asfixia, el tiempo máximo de resolución debería ser 5 minutos.

Ante la sospecha diagnóstica se debe activar el protocolo. Se debe explicar la situación a la paciente y solicitar ayuda al equipo de sala de partos (comadrona, ginecólogo, pediatra, anestesiólogo).

4.1 MEDIDAS GENERALES INICIALES:

- Identificar el problema y registrar hora de inicio
- **PEDIR AYUDA** (comadrona adicional, especialista MMF sénior, neonatólogo y anestesiólogo)
- Dar instrucciones al equipo y a la paciente de manera clara y manteniendo la calma
- La madre **NO DEBE EMPUJAR**
- Están **CONTRAINDICADAS** maniobras de presión fúndica
- **PARAR** la perfusión de oxitocina
- Evitar la tracción o rotación excesiva de la cabeza o cuello fetal
- Posicionar a la paciente en la camilla acostada, sin almohadas en la espalda y en el límite inferior de la misma.
- Sondaje vesical de descarga (si precisa)
- **REGISTRAR HORA DE INICIO Y TIEMPOS** entre las maniobras a realizar.
- Debe **ABANDONARSE UNA MANIOBRA SI NO ES EFECTIVA TRAS UN MINUTO** de aplicación (bien en Historia Clínica Obstétrica o en hoja de recogida de tiempos del anexo 2).

PROTOCOLO: DISTOCIA DE HOMBROS

4.2 MANIOBRAS DE PRIMER NIVEL:

Son maniobras externas sobre la madre que modifican la posición de la pelvis y del feto.

- **Maniobra de Mc Roberts:** La mujer debe estar acostada y se deben quitar las almohadas de debajo de la espalda. Con un asistente a cada lado, las piernas de la mujer deben estar hiperflexionadas sobre el abdomen. Si la mujer está en posición de litotomía, será necesario retirar sus piernas de los soportes. La tracción de rutina (el mismo grado de tracción aplicado durante un parto normal) en una dirección axial se debe aplicar a la cabeza fetal para evaluar si los hombros se han liberado.

- Esta maniobra produce la rotación cefálica de la sínfisis púbica y aplanamiento del sacro, aumentando el diámetro anteroposterior de la pelvis.

- Es una maniobra sencilla, segura y extremadamente efectiva, hasta el **90%** de distocias se resuelven mediante esta maniobra.

- *Complicaciones:* separación de la sínfisis púbica, dislocación sacroilíaca y neuropatía transitoria del N. cutáneo femoral lateral.



- **Presión suprapúbica (técnica deMazzanti/Rubin):** Requiere la colaboración de un ayudante que realizará una fuerte presión suprapúbica con la palma de la mano o la muñeca en sentido lateral y caudal sobre el hombro anterior del feto para desalojarlo de la sínfisis púbica con el fin de que penetre en la pelvis. Produce la aducción de los hombros, reduciendo el diámetro biacromial; el hombro anterior rota hacia el diámetro pélvico oblicuo facilitando su desprendimiento.

- Es importante localizar el dorso del feto para saber en qué dirección se deberá aplicar la presión (lado contrario donde tiene la boca).

- No hay ninguna diferencia clara en la eficacia entre aplicar una presión continua o presión intermitente.

- Por sí sola es una maniobra que puede resolver de un **42 a un 80%** de las distocias.

La presión suprapúbica y la maniobra de Mc Roberts pueden combinarse para mejorar la tasa de éxito.

Es adecuado aplicarlas una segunda vez por operadores diferentes si fallan inicialmente.

PROTOCOLO: DISTOCIA DE HOMBROS



4.3 MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL:

Si no se consigue la liberación del hombro anterior con la maniobra de Mc Roberts y la presión suprapúbica, a continuación se deben intentar las maniobras de segundo nivel:

- Consisten en la manipulación interna fetal, y por lo tanto, se consideran invasivas.
- Es necesario asegurar una analgesia adecuada en pacientes bajo anestesia locorregional que facilite la realización de las maniobras.
- No existen estudios randomizados que comparen la efectividad de las diferentes maniobras de segundo nivel. Su aplicación dependerá de la experiencia clínica de cada operador.
- Es adecuado aplicarlas una segunda vez por operadores diferentes si fallan inicialmente.

La **realización de una episiotomía** no resuelve la obstrucción ósea de la distocia de hombros, pero puede ser necesaria su realización o ampliación para facilitar las maniobras vaginales internas (rotación interna de los hombros o desprendimiento del hombro posterior).

• **Maniobra del sacacorchos (Maniobra de Woods):** Consiste en la introducción de 2 dedos en la parte trasera del hombro anterior y dos dedos en la parte delantera del hombro posterior, aplicando la fuerza sobre la escápula o la clavícula, rotando concomitantemente con presión suprapúbica (para mantener el hombro anterior en abducción). El objetivo de esta maniobra es colocar los hombros en un diámetro más oblicuo o rotar 180º el hombro posterior para convertirlo en anterior y conseguir de esta manera la desimpactación del hombro anterior.

- Si no funciona, se hace la misma maniobra pero en sentido inverso (maniobra de tornillo de Woods invertida: Maniobra de Rubin).

• **Maniobra de desprendimiento del hombro posterior (Maniobra de Barnum/Jacquemier):** Consiste en introducir la mano en la vagina (preferentemente a nivel de la excavación sacra), localizar el hombro posterior, flexionar el brazo desde la muñeca y obtener la mano. A continuación, se desliza el brazo sobre el

PROTOCOLO: DISTOCIA DE HOMBROS

tórax fetal cuidadosamente. La extracción del brazo disminuye el diámetro biacromial en 2-3cm y es seguida de la rotación de la cintura escapular a un diámetro oblicuo, liberando el hombro anterior.

- No se debe realizar presión suprapúbica durante la maniobra y requiere una anestesia adecuada.
- Si no se produce el desprendimiento, se puede rotar el hombro anterior a posterior y reproducir la misma maniobra.
- *Complicaciones:* Fractura de húmero (2 - 12%)



• **Tracción digital de la axila posterior:** Consiste en la flexión ligera de la cabeza fetal hacia el hombro anterior y posicionar los dedos medios en el hueco axilar fetal y tirar la axila fetal hacia abajo (respetando la curvatura del canal de parto) y después proceder al parto del brazo posterior.

- Una variante de la maniobra sería la tracción de axila posterior utilizando una sonda de aspiración, en lugar de los dedos, pero ésta puede producir una lesión de plexo braquial transitoria en 2/3 de los casos por lo que sólo se realizará en aquellos casos en los que fallen todas las maniobras de primer y segundo nivel.

Complicaciones: Riesgo de fractura pero NO de lesión del plexo braquial.

• **Maniobra de Gaskin (cuatro apoyos):** Consiste en cambiar a la mujer de posición, de forma que quede apoyada sobre sus manos y sus rodillas, para proceder al parto del hombro posterior que ahora queda en posición anterior. En esta posición, la fuerza de la gravedad actúa sobre el feto; por otra parte, en la posición a gatas se produce una modificación de los diámetros pélvicos respecto a la posición en decúbito y ambos fenómenos pueden resultar útiles para liberar los hombros, especialmente si el posterior se halla impactado por delante del promontorio sacro.

- Debe considerarse como primera opción dentro de las maniobras de segundo nivel en pacientes sin anestesia locorregional.
- *Alternativa:* posición del corredor (similar a la maniobra anterior, pero apoyándose en un pie y en la rodilla)

4.4. MANIOBRAS DE TERCER NIVEL

PROTOCOLO: DISTOCIA DE HOMBROS

Son maniobras de último recurso con una mayor tasa de morbilidad materno-fetal (hasta un 25% de secuelas).

Antes de proceder a la aplicación de maniobras de tercer nivel se ha de reevaluar la situación y se deben haber repetido, por operadores diferentes, las maniobras de primer y segundo nivel.

- **Fractura clavicular:** Consiste en la tracción anterior de la clavícula hacia fuera.

Complicaciones: Lesiones vasculares o pulmonares.

- **Maniobra de Zavanelli:** Consiste en la recolocación de la cabeza fetal dentro de la pelvis y proceder a cesárea urgente.

- Preparar el quirófano para cesárea urgente
- Administrar nitroglicerina 400mcg en spray sublingual o 200mcg iv.
- Rotar la cabeza fetal a occipitoanterior (restitución reversa)
- Flexionar la cabeza e introducirla lo más flexionada posible con la palma de la mano del operador. La otra mano presiona el periné materno.
- Sondaje vesical y realizar la cesárea

- **Rescate abdominal:** Consiste en realizar una cesárea urgente y una histerotomía transversa baja para realizar maniobras por vía abdominal que ayuden a desimpactar el hombro y asistir a un parto vaginal.

- **Sinfisiotomía:** Consiste en realizar una incisión sobre el cartílago púbico hasta conseguir la separación de los huesos pubianos. Se debe rechazar previamente la uretra lateralmente con los dedos índice y medio y requiere anestesia local.

Complicaciones: Laceración uretral, de vejiga y/o de vagina, incontinencia urinaria, fístula vésico-vaginal, dolor pélvico crónico e inestabilidad ósea.

5. COMPLICACIONES

5.1. Neonatales:

La lesión del plexo braquial y la fractura clavicular son las más comunes.

Lesión del plexo braquial transitoria	3.0 a 16.8%
Fractura clavicular	1.7 a 9.5%
Fractura humeral	0.1 a 4.2%
Lesión permanente del plexo braquial	0.5 a 1.6%
Encefalopatía hipóxico-isquémica	0.3%
Éxitus	0 a 0.35%

5.2. Maternas:

PROTOCOLO: DISTOCIA DE HOMBROS

Hemorragia	11%
Desgarros perineales de tercer o cuarto grado	3.8%
Atonía uterina	
Laceraciones del tracto genital inferior	
Lesión vesical, uterina	

7. DOCUMENTACIÓN

En caso de distocia de hombros debe registrarse adecuadamente en la historia clínica especificando los siguientes aspectos:

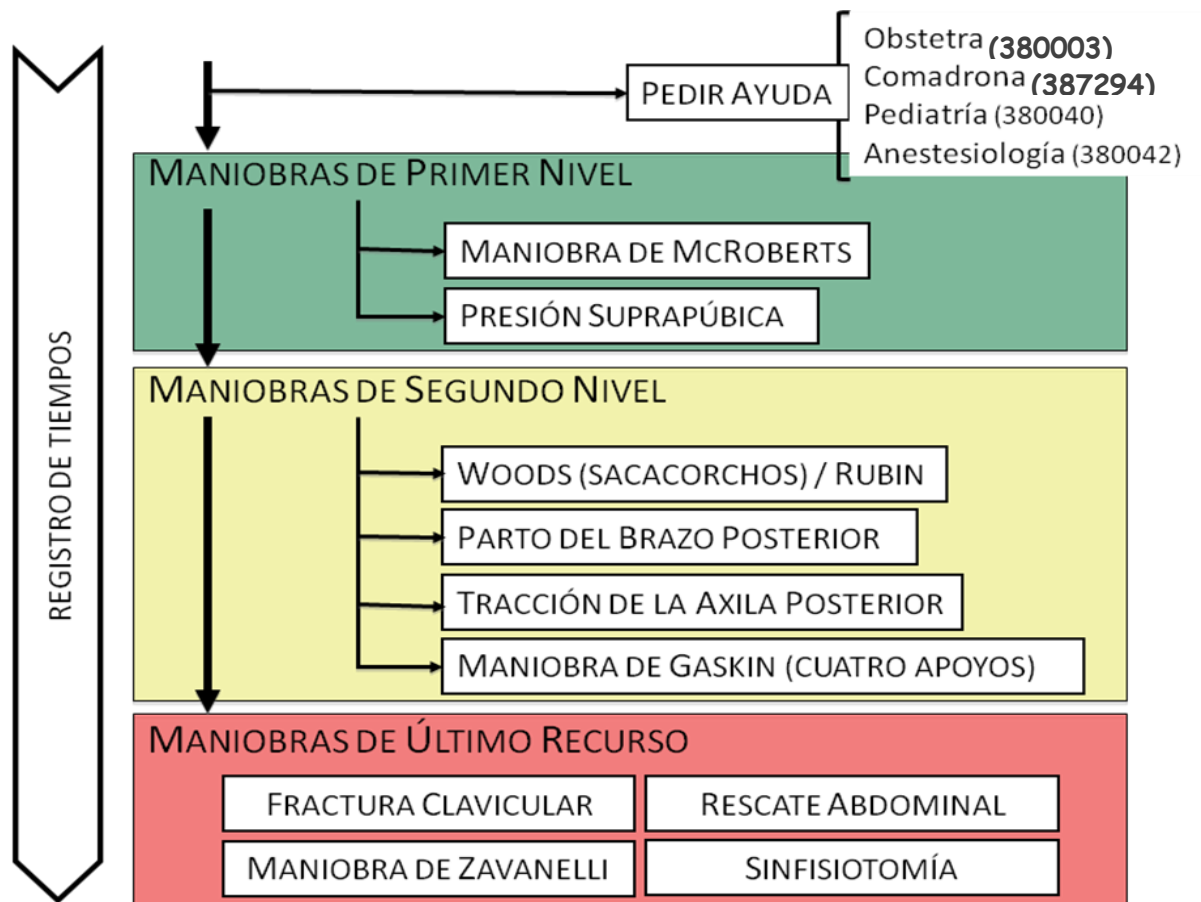
- Complimentación del partograma.
- Si parto instrumentado, apuntar la indicación, estática fetal, posición de la cabeza, instrumento utilizado y tiempos del parto.
- Registrar cuándo y cómo se llegó al diagnóstico de distocia de hombros (hoja de asistencia al parto).
- Registrar todas las maniobras realizadas después del diagnóstico así como el tiempo de ejecución de cada una de ellas.
- Explicación a la madre/pareja del problema, de las maniobras realizadas y de las posibles secuelas.
- Evaluación neonatal inmediata

Se puede utilizar como soporte de recogida de datos la hoja específica de distocia de hombros (ver anexo 2). También se dispone también de plantilla de Informe de Parto de distocia de hombros.

Responsables del protocolo:	P Ferrer, S Hernández, M López, L Benítez, N Masoller
Fecha del protocolo y actualizaciones:	20/11/2019
Última actualización:	20/11/2019
Próxima actualización:	20/11/2023
Código Hospital Clínic:	MMF-98-2019
Código Sant Joan de Deu:	

PROTOCOLO: DISTOCIA DE HOMBROS

ANEXO 1:





HELPER

DISTOCIA DE HOMBROS



FACTORES DE RIESGO: CUALQUIER PARTO PUEDE SER DE RIESGO

ANTEPARTO

Distocia de hombros previa
Sospecha macrosoma
Diabetes
Obesidad/ganancia ponderal excesiva
Inducción del parto
Gestación cronológicamente prolongada

INTRAPARTO

Prolongación del primer estadio del parto
Prolongación del segundo estadio del parto
Dosis altas de oxitocina
Parto instrumentado



HELP

Solicitar ayuda: ginecólogo adjunto,
anestesiólogo, pediatra, comadrona adicional



EVALUATE EPISIOTOMY

Valorar realización de episiotomía para
facilitar maniobras internas



LEGS

Maniobra de McRoberts:
Hiperflexión y abducción de las caderas



SUPAPUBIC PRESSURE

Presión suprapúbica sobre el hombro
anterior de forma oblicua



ENTER MANOEUVRES

Maniobra de Rubin II - Woods
Rotación del hombro anterior hacia el torax fetal
Rotación del hombro posterior en el mismo sentido horario



REMOVE POSTERIOR ARM

Extracción del
hombro posterior



ROLL THE PATIENT

Maniobra de Gaskin
Colocar a la paciente sobre sus
manos y rodillas y aplicar tracción
sobre la cabeza en sentido inferior
para extraer el hombro



MANIOBRAS DE ÚLTIMO RECURSO

- Fractura deliberada de la clavícula fetal
- Maniobra de Zavanelli (reintroducción de la cabeza fetal y extracción mediante cesárea)
- Histerotomía (manipulación superior de los hombros)

Benítez L, Masoller N, Martínez M, Hernández S, Ferré P, López M. Protocolo: distocia de hombros.
Servicio de Medicina Maternofetal, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clínic
Obstetricia y Ginecología, Hospital Sant Joan de Déu
Shoulder dystocia. RCOG Guideline No. 42. Guideline No. 42. 2012.

PROTOCOLO: DISTOCIA DE HOMBROS

ANEXO 2: RECOGIDA DE DATOS DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: DISTOCIA DE HOMBROS

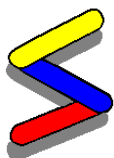
DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA PACIENTE [ENGANCHAR ETIQUETA IDENTIFICATIVA]		FECHA DEL PARTO:...../...../.....	HORA:..... :
APELLIDOS Y NOMBRE:.....		PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO:.....	
NHC:.....		FIRMA:.....	
FECHA DE NACIMIENTO:...../...../.....		EDAD:.....	

HORA DE ACTIVACIÓN DE LA EMERGENCIA: :					
EQUIPO PRESENTE EN EL PARTO DE LA CABEZA			EQUIPO ADICIONAL ASISTIENDO EL PARTO DE LOS HOMBROS		
NOMBRE Y APELLIDO	RESPONSABILIDAD	NOMBRE Y APELLIDO	RESPONSABILIDAD	HORA DE ACTIVACIÓN	HORA DE LLEGADA

PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA LA ASISTENCIA DEL PARTO	¿QUIÉN LO REALIZA?	HORA	ORDEN	DETALLES	MOTIVO POR EL QUE NO SE REALIZA
MANIOBRA DE McROBERTS					
PRESIÓN SUPRAPÚBICA				DESDE DERECHA / IZQUIERDA	
EPISIOTOMÍA				ESPACIO SUFICIENTE / DESGARRO PRESENTE / YA REALIZADA	
EXTRACCIÓN DEL HOMBRO POSTERIOR				DERECHO / IZQUIERDO	
MANIOBRAS DE ROTACIÓN INTERNA					
DESCRIPCIÓN DE LA ROTACIÓN					
DESCRIPCIÓN DE LA TRACCIÓN	AXIAL (COMO EN UN PARTO NORMAL)	OTRA:	MOTIVO NO AXIAL:		
OTRAS MANIOBRAS UTILIZADAS					

PARTO DE LA CABEZA		ESPONTÁNEO		INSTRUMENTAL – VACUUM / FORCEPS / ESPÁTULAS	
HORA PARTO DE LA CABEZA :		PARTO DEL RESTO DEL NEONATO :		INTERVALO CABEZA-A-CUERPO MINS	
POSICIÓN FETAL DURANTE LA DISTOCIA	CABEZA MIRANDO AL LADO MATERNO IZQUIERDO		CABEZA MIRANDO AL LADO MATERNO DERECHO		
	HOMBRO FETAL IZQUIERDO ANTERIOR		HOMBRO FETAL DERECHO ANTERIOR		
HOMBRO IMPACTADO	IZQUIERDO		DERECHO		
PESO KG	APGAR	1 MIN:	5 MIN:	10 MIN:	
GASOMETRÍA CORDÓN	ART PH:	ART EB:	VEN PH:	VEN EB:	
ACOMPAÑANTE PRESENTE EN PARITORIO	Sí / No	EXPLICADA SITUACIÓN	☐ MADRE ☐ ACOMPAÑANTE	PERSONA QUE INFORMA:	
PEDIATRÍA	AVISADO	Sí / No	HORA AVISO: :	HORA LLEGADA: :	DR/A

MOTIVO POR EL QUE NO SE LE AVISA O POR EL QUE NO ACUDE EL PEDIATRA:		PEDIATRA	COMADRONA	PERSONA QUE EVALÚA:
EVALUACIÓN NEONATAL TRAS EL PARTO PRESENTA EL NEONATO ALGÚN SIGNO DE DEBILIDAD EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR ☐ Sí ☐ No PRESENTA EL NEONATO ALGÚN SIGNO DE FRACTURA ÓSEA ☐ Sí ☐ No INGRESA EL NEONATO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES ☐ Sí ☐ No				



República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN.....	55
2. DEFINICIÓN	55
3. OBJETIVOS.....	55
3.1 GENERAL	55
3.2 ESPECÍFICOS	55
4. POBLACION OBJETO	66
5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO.....	66
5.1 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:	66
5.1.1 Elaboración de la Historia Clínica completa	66
5.1.2 Examen Físico	67
5.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos	77
5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas	77
5.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).....	99
5.3 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO)	1044
5.3.1 Pinzamiento del cordón umbilical.	1111
5.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO	1114
5.5 ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO	1313
5.6 ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO	1314
5.7 ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO.....	1414
6. FLUJOGRAMA.....	1516
7. BIBLIOGRAFIA	1617

1. JUSTIFICACIÓN	5
2. DEFINICIÓN	5
3. OBJETIVOS	5
3.1 GENERAL	5
3.2 ESPECÍFICOS	5
4. POBLACION OBJETO	6
5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	6
5.1 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO	6
5.1.1 Elaboración de la Historia Clínica completa	6
5.1.2 Examen Físico	7
5.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos	7
5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas	7
5.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO)	9
5.3 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO)	10
5.3.1 Pinzamiento del cordón umbilical	11
5.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO	11
5.5 ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO	13
5.6 ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO	14
5.7 ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO	14
6. FLUJOGRAMA	16
7. BIBLIOGRAFIA	17

1. JUSTIFICACIÓN

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

2. DEFINICIÓN

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto.

3.2 ESPECÍFICOS

- Disminuir las tasas de morbilidad maternas y perinatales.
- Disminuir la frecuencia de encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas.
- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto .
- Prevenir la hemorragia postparto

4. POBLACION OBJETO

Las beneficiarias de ésta norma son todas las mujeres gestantes que se encuentran en trabajo de parto afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado.

5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

La codificación de éste procedimiento en la Resolución 365 CUPS corresponde al Parto asistido manualmente 73.5.

5.1 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:

Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno.

5.1.1 Elaboración de la Historia Clínica completa

- Identificación
- Motivo de consulta y anamnesis:
 - Fecha probable del parto
 - Iniciación de las contracciones
 - Percepción de movimientos fetales
 - Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas.
 - Sangrado.
- Antecedentes:
 - Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos.
 - Familiares.

5.1.2 Examen Físico

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación

- Toma de signos vitales
- Revisión completa por sistemas
- Valoración del estado emocional
- Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto.
- Fetocardia
- Tamaño del feto
- Número de fetos
- Estado de las membranas
- Pelvimetría

5.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos

- VDRL
- Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.

5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas

- Biológicos:
 - Primigestante adolescente (<16 años)
 - Primigestante Mayor (>35 años)
 - Gran multípara (Mas de 4 partos)
 - Historia obstétrica adversa
 - Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía)
 - Edad gestacional no confiable o no confirmada
 - Ausencia de control prenatal
 - Edad gestacional pretérmino o prolongado

- Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales
- Fiebre
- Hipertensión arterial
- Edema o Anasarca
- Disnea
- Altura uterina mayor a 35 cm o menor a 30 cm
- Embarazo múltiple
- Taquicardia o bradicardia fetal
- Distocia de presentación
- Prolapso de cordón
- Obstrucciones del canal del parto
- Presencia de condiloma
- Sangrado genital
- Ruptura de membranas
- Líquido amniótico meconiado
- Psico-sociales
 - Inicio tardío del control prenatal
 - Falta de apoyo social, familiar o del compañero
 - Tensión emocional
 - Alteraciones de la esfera mental.
 - Dificultades para el acceso a los servicios de salud.

La presencia de factores de riesgo condicionarán la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclí-

nicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si por el contrario, se halla aún en el parto. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar.

5.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).

Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.
- Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.
- Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma.
- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal.

Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.

La amniotomía no tiene indicación como maniobra habitual durante el trabajo de parto.

Cuando la curva de alerta registrada en el partograma sea cruzada por la curva de progresión (prolongación anormal de la dilatación), debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor causante. Los factores causantes de distocia en el primer período del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos:

- **Distocia mecánica:** en la mayoría de los casos hace referencia a la desproporción cefalo-pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción cefalo-pélvica, se debe remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad
- **Distocia dinámica:** En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación cefalo-pélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: Mal control del dolor, Hipodinamia uterina, Deshidratación y Infección amniótica. El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutive de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad.

5.3 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO)

El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las multíparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad; así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.

Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico.

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones.

Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son

favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

Actualmente no se indica la episiotomía de rutina y sólo debe practicarse a juicio del médico.

La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido.

En caso de mortinato, remitir con la placenta a patología para estudio anatomopatológico

5.3.1 Pinzamiento del cordón umbilical.

Ver tabla 1.

5.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este período comprende:

Esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para traccionar el cordón. Estos signos son:

- Contracción del fondo uterino
- Formación del globo de seguridad.
- Expulsión súbita de sangre por genitales.
- Descenso de la pinza señal (descenso del cordón umbilical).
- Reparición de contracciones dolorosas.
- Palpación de la placenta en la vagina.
- Signo del pescador: tracción leve del cordón para valorar el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento.
- Signo del pistón: Tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento.

Tabla 1 . Tipos de Pinzamiento del cordón Umbilical

Habitual	Inmediato	Precoz	Diferido
----------	-----------	--------	----------

Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento habitual del cordón son:	LAS CONDICIONES CLÍNICAS QUE INDICAN EL PINZAMIENTO INMEDIATO DEL CORDÓN SON:	Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento precoz del cordón son:	Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento diferido del cordón son:
• Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales • Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical • Satisfactoria perfusión de la piel	• Placenta previa o abrupcio, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido	• Recién nacidos hijos de madres toxémicas o diabéticas, para reducir el riesgo de poliglobulia • Isoinmunización materno-fetal • Miastenia Gravis para disminuir el paso de anticuerpos maternos	• Prolapso y proci-dencia del cordón • Parto en presentación de pelvis • Ruptura prolongada de membranas
REALIZAR ENTRE 1 Y 2 MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO	REALIZAR INMEDIATAMENTE	REALIZAR ENTRE 30 SEGUNDOS Y 1 MINUTO DESPUÉS DEL NACIMIENTO	REALIZAR CON POSTERIORIDAD A LOS DOS MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO

NOTA: Los criterios para pinzamiento precoz prevalecen sobre los de pinzamiento diferido cuando coexisten como indicaciones

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa.

Es importante tener en cuenta que durante este período del parto ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que este proceso debe vigilarse estrechamente.

Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad), como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etc.). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe proceder-se a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

Normalmente el útero se contrae adecuadamente una vez ha ocurrido el alumbramiento, pero se administra una infusión I.V. de 5-10 Unidades de Oxitocina diluídas en 500 o 1.000 cc de Cristaloídes para prevenir la hemo-rragia postparto por atonía uterina. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal.

Aplicar el DIU postparto si la madre lo ha elegido. Éste debe aplicarse antes de la episiorrafia o de la sutura de un desgarro perineal; si no es posible se hará dentro de las primeras 48 horas del postparto.

Suturar desgarros de cuello y/o perineales y episiorrafia en forma anatómica por planos, con materiales sintéticos absorbibles, y sin dejar espacios muertos o hemorragia activa.

El médico que atiende el parto debe diligenciar la historia clínica materna y del recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carné materno

5.5 ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

Este período comprende las dos primeras horas postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos
- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutive de la institución y si es necesario deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

5.6 ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO

Este período comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.

- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre.

Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

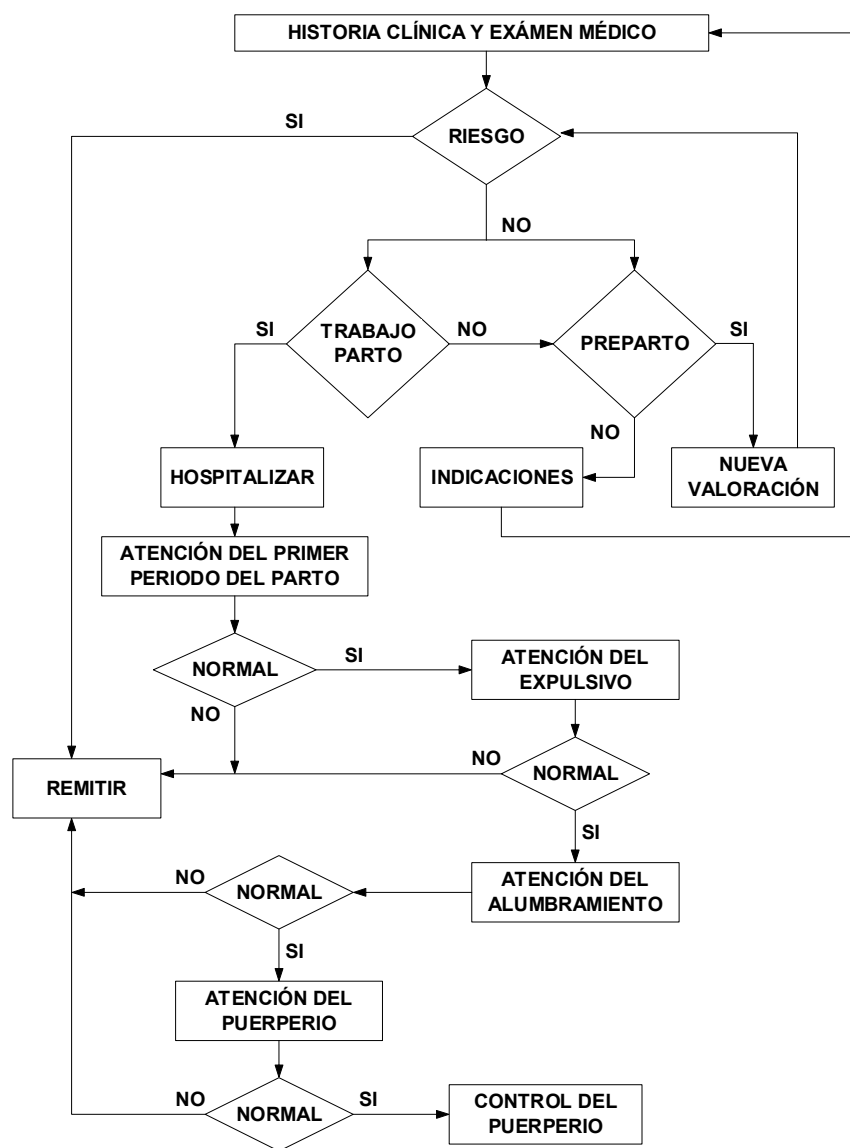
5.7 ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO.

En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva
- Puericultura básica
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata

La gestante debe egresar con una cita médica ya establecida a fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto.

6. FLUJOGRAMA



7. BIBLIOGRAFIA

- 1-1 Arias F. Practical Guide to High-Risk Pregnancy and Delivery. Second edition. Mosby Year Book, 1.993.
- 2-2 Benson R. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico, 1979. Editorial El Manual Moderno S.A.
- 3-3 Bowes WA. Aspectos Clínicos del Trabajo de Parto Normal y Anormal. En: Creasy RK, Resnik R. Medicina Materno Fetal. Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina. 1987. pp 469-501.
- 5-4 Carrera JM. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Daxeus, Salvat Editores S.A. Barcelona, España, 1986.
- 6-5 Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births (Cochrane Review) En: The Cochrane LIBRARY, Issue 2. Oxford (Software), 1998.
- 7-6 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP-OPS/OMS). Salud Perinatal. Diciembre de 1998. No. 17.
- 8-7 Creasy RK, Resnik R. Maternal-Fetal Medicine, Third Edition. W.B. Saunders Company. 1.994.
- 9-8 Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NF, et al. Williams Obstetrics 19th Edition. Appeton & Lange 1.993.
- 10-9 Díaz AG, R, Díaz Rosselli JL y col. Sistema Informático Perinatal. Publicación científica del CLAP No. 1203, CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1990.
- 11-10 Díaz AG, Sanié E, Fescina R y col. Estadística Básica. Manual de autointroducción. Publicación científica del CLAP No. 1249. CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay 1992.
- 13-11 Friedman AE. Cuadros de trabajo de parto con índices de riesgo. Clin Obstet Ginecol. Marzo, 1973; (1): 172-183.
- 14-12 Friedman EA, Acker DB, Sachs BJ. Obstetrical decision making. Second Edition. B.C. Decker Inc. 1.987.
- 15-13 Friedman EA. Patterns of labor as indicators of risk. Clin Obstet Gynecol 1973; 16: 172.
- 16-14 Garforth S, García J. Hospital admission practices. En: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (Eds). Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford, Oxford University Press, 1989: 820-6.

Con formato: Numeración y viñetas

- ~~17-15~~ Huey JR. Vigilancia de la actividad uterina, Ginecol Obstet Temas Actuales 1976; 2: 317-326.
- ~~18-16~~ Instituto Nacional de Perinatología de México, Normas y Procedimientos de Obstetricia, InPer 1983.
- ~~19-17~~ Kettle C, Johanson RB. Absorbable Synthetic vs. Catgut Suture Material for Perineal Repair. (Cochrane Review) En: The Cochrane Library, Issue 2, Oxford (Software), 1998.
- ~~20-18~~ Leon J. Tratado de Obstetricia. Tomo I. Gumersindo J. Fernández, Editor Buenos Aires, Argentina, 1967.
- ~~21-19~~ Niles R. Trabajo de Parto y Expulsivo Normales. En: Niswander KR. Manual de Obstetricia. Salvat Editores S.A., Barcelona España, 1984.
- ~~22-20~~ Niswander KR. Manual de Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento. Salvat, 1984.
- ~~23-21~~ Nañez H, Ruiz A. y colaboradores. Texto de Obstetricia y Perinatología. Universidad Nacional de Colombia-Instituto Materno Infantil, Bogotá-Colombia, 1.999.
- ~~24-22~~ Prendiville WJ, Elbourne D, Mc Donald S. Active versus expectant management of the third stage of labour. Cochrane Review. En: The Cochrane Library, issue 2, 1998.
- ~~25-23~~ Renfrew MJ. Routine perineal shaving on admission in labor. The Pregnancy and Childbirth Database. The Cochrane Collaboration, Issue 2, Oxford 8 CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1992. (Software), 1995.
- ~~26-24~~ Russell KP. Curso y Manejo del Trabajo de Parto y Parto Normales. En: Benson RC (Ed). Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Editorial Manual Moderno, S.A., México D.F., 2a Edición 1982. Pp. 633-661.
- ~~28-25~~ Salvat Editores. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Undécima Edición.. Barcelona España, 1979.
- ~~29-26~~ Sánchez-Torres, F. Alto Riesgo Obstetricio, Universidad Nacional de Colombia, 1998.
- ~~31-27~~ Schwarcz R, Díaz AG, Fescina R y col. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. CLAP-OPS/OMS. Publicación científica del CLAP No. 1207. CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1992.
- ~~32-28~~ Schwarcz R, Diaz AG, Fescina R, De Mucio B, et al. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS. Montevideo- Uruguay. Publicación científica del CLAP # 1234, Julio 1.991.

Hipertensión arterial y embarazo

High blood pressure and pregnancy

Ana G. Múnera-Echeverri^{1,2*}, Edison Muñoz-Ortiz³ y Jaime A. Ibarra-Burgos⁴

¹Servicio Cardiología no Invasiva, Hospital General de Medellín; ²Grupo de Investigación, Hospital General de Medellín, Universidad CES; ³Clínica Cardioobstétrica, Unidad Funcional Cardiopulmonar y Vascular Periférico, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Universidad de Antioquia;

⁴Servicio de Medicina Interna, Universidad CES, Medellín, Colombia

Resumen

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo son una complicación frecuente y causa importante de morbilidad materno-fetal. Realizar un diagnóstico oportuno, definir la necesidad de inicio de terapias farmacológicas orales o intravenosas, así como las indicaciones de cuidado en centros de referencia, es el papel fundamental de los diferentes médicos que pueden verse enfrentados a este tipo de pacientes. Se propone una revisión completa de la clasificación, el enfoque diagnóstico y los aspectos fundamentales del tratamiento durante el embarazo, el parto y el posparto de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, así como las consecuencias futuras en el riesgo cardiovascular de la mujer con este tipo de enfermedades.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Embarazo. Preeclampsia.

Abstract

Hypertensive disorders associated with pregnancy are a frequent complication and an actual cause of maternal-fetal morbidity and mortality. Perform a timely diagnosis, defining the need to start oral or intravenous pharmacological therapies and the indications for care in referral centers is the different physicians' fundamental role. They can meet with this type of patient. A complete review of the classification, the diagnostic approach, and the fundamental aspects of the treatment during pregnancy, childbirth, and postpartum of the hypertensive disorders associated with pregnancy is reviewed and the future consequences in the woman's cardiovascular risk.

Key words: Arterial hypertension. Pregnancy. Preeclampsia.

Introducción

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo complican el 5 al 10 % de las gestaciones en el mundo y son la principal causa de morbilidad materna, fetal y neonatal. Los riesgos maternos incluyen abrupcio placentario, enfermedad cerebrovascular, falla

multiorgánica y coagulación intravascular diseminada. La preeclampsia genera en el feto aumento del riesgo de retardo del crecimiento intrauterino (25 %), prematuridad (27 %) y muerte intrauterina (4 %)¹. Es posible que la frecuencia de trastornos hipertensivos asociados al embarazo sea mayor y se subestime actualmente, debido al incremento en la frecuencia de obesidad y

Correspondencia:

*Ana G. Múnera-Echeverri
E-mail: anagm@une.net.co

Fecha de recepción: 19-05-2020

Fecha de aceptación: 14-08-2020

DOI: 10.24875/RCCAR.M21000002

Disponible en internet: 19-03-2021

Rev Colomb Cardiol. 2021;28(1):3-13

www.rccardiologia.com

0120-5633 / © 2020 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

diabetes en mujeres en edad reproductiva, así como la edad materna avanzada al momento de embarazarse^{1,2}. En Colombia, según publicaciones del 2013, se estimaba que 35 % de las muertes maternas se asociaban a trastornos hipertensivos asociados al embarazo³.

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica, multifactorial, dinámica y progresiva, que puede presentarse durante la gestación o el posparto. El manejo apropiado requiere la evaluación frecuente de las manifestaciones de gravedad. Adicionalmente, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo se consideran como factores de riesgo cardiovascular específicos de la mujer, ya que se asocian con riesgo de enfermedad cardiovascular en el futuro^{1,4,5}.

Fuente y criterios de selección

Se realizó una búsqueda de la literatura científica sobre los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, en las bases de datos de Medline (A través de PubMed), Librería de Cochrane, Scopus, Science Direct y SciELO. En la estrategia de búsqueda se incluyeron los términos MeSH “Pre-Eclampsia” OR “Hypertension, Pregnancy-Induced” OR “Eclampsia” OR “HELLP syndrome”. La búsqueda se limitó por tiempo a aquellos artículos publicados a partir del año 2010 y solo se tuvieron en cuenta aquellos publicados en inglés o español. La búsqueda fue ampliada a partir de las listas bibliográficas de los trabajos encontrados. Así mismo, referencias clave adicionales fueron recuperadas a partir de la base de datos personal de cada uno de los coautores. Finalmente, para esta revisión se extrajo información a partir de 12 guías de práctica clínica, 3 consensos de expertos, 2 revisiones sistemáticas de la literatura y meta-análisis, 3 ensayos clínicos aleatorizados, 2 estudios de cohortes y 4 revisiones narrativas.

Definiciones y clasificación

Pese a las diferencias en definiciones de hipertensión arterial (HTA) en adultos entre las sociedades europea⁵ y americana⁶, la definición de HTA en la gestante es relativamente unánime entre la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y el Colegio Americano de Ginecoobstetricia (ACOG), y se considera cuando la cifra de PA sistólica (PAS) es mayor o igual a 140 mm Hg y la PA diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg^{1,5,7}. A su vez, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, según las cifras tensionales,

se clasifican como leves cuando la PAS está entre 140–149 mm Hg y la PAD entre 90-109 mm Hg, y graves si la PAS es ≥ 160 mm Hg y o la PAD ≥ 110 mm Hg^{1,5,7}.

Existen varias clasificaciones de acuerdo con las diferentes sociedades que desarrollan guías sobre el tema, pero se propone seguir la recomendada por las guías de enfermedad cardíaca y embarazo de la ESC¹, dado que es muy similar a la propuesta de la ACOG^{7,8} y de la Sociedad Canadiense de Cardiología⁹. Según esta propuesta, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo se clasifican en cuatro grupos: HTA crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia y preeclampsia asociada a HTA crónica^{1,7-9}. Debe tenerse presente que el esfigmomanómetro de mercurio es considerado el estándar de la medición indirecta no invasiva de la presión y ha sido validado contra la medición intraarterial de la presión; sin embargo, tiene la desventaja que el mercurio es neurotóxico y contaminante ambiental. En cuanto a los esfigmomanómetros oscilométricos un número limitado ha sido validado para uso en embarazadas y la mayoría han demostrado ser imprecisos en preeclampsia.

Hipertensión antes del embarazo (HTAC crónica)

Es aquella que precede el embarazo o aparece antes de las 20 semanas de gestación. En estas pacientes debe descartarse HTA secundaria antes de considerar HTA esencial. Idealmente, deben recibir asesoramiento antes del embarazo, manejo con fármacos apropiados y ser referidas a centros obstétricos para manejo de la gestación por riesgo de desarrollar preeclampsia.

Hipertensión gestacional

Hipertensión detectada luego de la semana 20 de gestación en ausencia de manifestaciones de preeclampsia. Es necesario evaluar proteinuria, descartar por laboratorio disfunción de órganos y evaluar por ultrasonido el crecimiento fetal en todas las mujeres asintomáticas con inicio de HTA luego de las 20 semanas de gestación. Existe riesgo de progresión a preeclampsia en cerca del 25 % de las pacientes.

Preeclampsia

Inicio de HTA luego de la semana 20 de gestación con proteinuria. La presentación puede ser incluso en el posparto. En ausencia de proteinuria la

Tabla 1. Criterios diagnósticos de preeclampsia

Hipertensión arterial	– La HTA se define como PAS > 140 mm Hg o PAD >90 mm Hg en dos mediciones separadas por un período de reposo de al menos 15 minutos. – HTA grave: PA > 160/110 mm Hg. – La PA debe ser medida en reposo, con el brazo a nivel del corazón. Si la madre está en supino, debe ser en posición lateral izquierda.
Proteinuria	– 300 mg en orina de 24 horas. – Relación proteínas/creatinina en una muestra de orina > 30 mg/mmol o > 0.3 mg/dl indica proteinuria significativa. – Si no hay disponibilidad de estudio en orina de 24 horas o relación proteínas/creatinina, es razonable iniciar manejo cuando se presenta (proteínas >1+) y existe sospecha clínica alta. No obstante, debe tenerse en cuenta la baja sensibilidad de esta prueba.
En ausencia de proteinuria, el inicio de hipertensión y uno de los siguientes	
Trombocitopenia	< 100.000/microlitro
Insuficiencia renal	Creatinina > 1.1 mg/dl o dos veces por encima del valor de referencia en ausencia de enfermedad renal.
Compromiso de la función hepática	Transaminasas al doble de lo normal. Dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho en ausencia de diagnóstico alternativo
Edema pulmonar	
Síntomas visuales o neurológicos	Cefalea que no mejora con medicamentos en ausencia de diagnóstico alternativo

HTA: hipertensión arterial; PAS: presión arterial sistólica, PAD: presión arterial diastólica, PA: presión arterial.

preeclampsia se diagnostica por la presencia de HTA asociada a daño de órgano blanco (tabla 1). La enfermedad grave puede desarrollarse rápidamente aún en mujeres con manifestaciones iniciales leves. Debe tenerse en cuenta el empeoramiento de síntomas visuales, dolor abdominal, náuseas, vómito y cefalea. En la tabla 2 se resumen las manifestaciones clínicas y de laboratorio de la preeclampsia grave. Se considera marcador de gravedad el inicio temprano < 34 semanas.

Preeclampsia asociada a hipertensión arterial crónica

Se presenta en mujeres que tienen HTA conocida, pero desarrollan empeoramiento de la HTA en combinación con proteinuria, nueva disfunción de órgano o disfunción útero-placentaria.

En el espectro de la preeclampsia se encuentran dos alteraciones adicionales que corresponden a las formas de presentación más grave de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, los cuales son^{1,7-9} el síndrome HELLP, que describe una serie de manifestaciones, entre ellas, hemólisis (anemia con evidencia de hemólisis), elevación de las enzimas hepáticas (transaminasas mayores a dos veces el rango normal) y trombocitopenia, y la eclampsia, que se refiere a la

Tabla 2. Manifestaciones de la preeclampsia grave

Presión arterial > 160/110 mm Hg
Trombocitopenia (plaquetas < 100.000/microlitro)
Compromiso de la función hepática: enzimas hepáticas elevadas dos veces el valor normal; dolor persistente severo en el cuadrante superior derecho o epigástrico.
Insuficiencia renal progresiva: creatinina > 1.1 mg/dl o dos veces por encima del valor de referencia en ausencia de enfermedad renal.
Edema pulmonar
Inicio de síntomas visuales o neurológicos.

presencia de convulsiones tónico-clónicas focales o multifocales en la mujer embarazada, durante el parto o el postparto sin otra causa atribuible, como epilepsia, isquemia cerebral, hemorragia intracraneana o uso de medicamentos. La búsqueda etiológica de las convulsiones no debe retardar el inicio del tratamiento para la eclampsia y todas las convulsiones generalizadas luego de la semana 20 de gestación deben ser manejadas como eclampsia, excepto que exista una causa etiológica diferente. Los síntomas más comunes que preceden la eclampsia son cefalea grave, trastornos visuales y náuseas en el 7 al 83 % de las

pacientes. Se ha descrito que hasta la tercera parte de las pacientes con eclampsia no estaban hipertensas antes de la convulsión.

Fisiopatología

La fisiopatología de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo no está totalmente explicada. En el embarazo, el sistema renina-angiotensina está regulado y la resistencia vascular sistémica disminuye. Como resultado, la presión arterial (PA) inicialmente disminuye comenzando desde la semana 7 de gestación. La PA materna comienza a incrementar luego en el tercer trimestre, llegando a niveles cercanos a los previos al embarazo^{1,10}.

El evento desencadenante para desarrollar eventos hipertensivos en el embarazo es la invasión anormal del citotrofoblasto en las arterias espirales, lo cual lleva a reducción de la perfusión útero-placentaria. La isquemia placentaria resultante origina una cascada de eventos inflamatorios, disrupción del balance entre factores angiogénicos y agregación plaquetaria, lo cual finalmente conduce a disfunción endotelial que clínicamente se expresa con elevación de la PA¹⁰. El desbalance entre factores se ha propuesto como herramienta diagnóstica^{10,11} y estaría involucrado en la reducción de la síntesis de óxido nítrico¹⁰.

La preeclampsia se asocia con incremento de la resistencia vascular sistémica, incremento de la postcarga ventricular izquierda y presiones ventriculares con aparición de disfunción diastólica, reducción del gasto cardíaco, *strain* anormal y dilatación auricular izquierda¹². Por otro lado, como el flujo sanguíneo disminuye, se reduce la filtración glomerular. La causa exacta de las convulsiones no está bien explicada, pero se han propuesto la encefalopatía hipertensiva y la isquemia secundaria. Los cambios visuales pueden ocurrir por edema secundario de los hemisferios cerebrales posteriores¹⁰.

Enfoque diagnóstico

Las mujeres con HTA crónica deberían tener una evaluación previa al embarazo para identificar posible daño de órgano blanco, definir necesidad de estudios de HTA secundaria, optimizar comorbilidades y realizar cambios terapéuticos en el estilo de vida que permitan mejorar factores de riesgo modificables. Adicionalmente, deberían tener ajustes del tratamiento antihipertensivo de manera que logren alcanzar las metas de control óptimo y suspender medicamentos deletéreos

Tabla 3. Riesgos de la hipertensión crónica en el embarazo

Maternos	Fetales y neonatales
Muerte Ataque cerebrovascular Edema pulmonar Falla renal Infarto del miocardio Preeclampsia Abrupcio de placenta Parto por cesárea Hemorragia posparto Diabetes gestacional	Mortinato o muerte perinatal Restricción del crecimiento Parto pretérmino Anomalías congénitas

Tabla 4. Estudios basales en mujer con hipertensión crónica que desea embarazarse o en primera evaluación en el embarazo

ALT y AST
Creatinina sérica y BUN
Potasio
Hemograma
Relación proteinuria/creatinuria o proteínas en orina de 24 horas
Electrocardiograma
Ecocardiograma (a criterio médico)

ALT: alanino aminotransferasa, AST: aspartato aminotransferasa, BUN: nitrógeno ureico en sangre.

para el embarazo, como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II), inhibidores de la renina o antialdosterónicos. Además, en esta evaluación es fundamental explicarle a la paciente los riesgos asociados de la HTA crónica durante el embarazo (tabla 3)⁸.

Adicional a una historia clínica y un examen físico completos, la evaluación en busca de daño de órgano blanco debe incluir paraclínicos basales, a realizar idealmente antes del embarazo y en el peor de los escenarios al momento de la detección del embarazo (tabla 4)^{7,8}.

En las pacientes con o sin antecedente de HTA que tengan cambios en sus cifras tensionales o cuadro clínico que sugiera preeclampsia sobreagregada, se requerirán estudios para identificar los hallazgos de gravedad por compromiso de órgano blanco mencionados en la tabla 2, además de los estudios que permitan determinar el estado fetal, como la ecografía obstétrica y el estudio doppler de arterias umbilicales^{1,7,9}.

Tabla 5. Valores de la monitorización ambulatoria de presión arterial según la edad gestacional. Rangos de presión arterial con valor superior normal en paréntesis

Edad gestacional (semanas)	9-17	18-22	26-30	31-40
PAS mm Hg	101-118 (121)	96-127 (126)	97-133 (128)	103-136 (131)
PAD mm Hg	60-71 (73)	56-78 (76)	56-84 (78)	57-85 (82)

PAS: presión arterial sistólica, PAD: presión arterial diastólica.

Tabla 6. Factores de riesgo de preeclampsia

FR Alto	FR Moderado	FR Bajo
Historia de pre-eclampsia	Nuliparidad	Parto a término previo no complicado
Gestación múltiple	Obesidad (IMC>30 ACOG, 35 ESC)	
Hipertensión arterial crónica	Historia familiar de preeclampsia (madre o hermana)	
Diabetes mellitus	Características sociodemográficas (afroamericana, bajo nivel económico)	
Enfermedad renal	Edad ≥ 35 años (ACOG) – 40 años (ESC)	
Enfermedad autoinmune (SAF – LES)	Factores de historia personal (bajo peso al nacer o pequeño para edad gestacional, resultado adverso en embarazo previo, intervalo entre embarazo >10 años)	

ACOG: Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia; ESC: Sociedad Europea de Cardiología; FR: Factores de riesgo; IMC: índice de masa corporal; LES: lupus eritematoso sistémico; SAF: síndrome antifosfolípido.

La HTA de bata blanca puede presentarse en el embarazo y no es una condición totalmente benigna; la mitad de estas pacientes pueden desarrollar HTA gestacional y el 8 % preeclampsia. En estos casos está indicado el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA), el cual también es útil para el diagnóstico de HTA nocturna, esta última asociada con mayor riesgo de complicaciones maternas y fetales. Otras indicaciones de MAPA durante el embarazo son variación significativa entre las tomas de PA, detección de hipertensión arterial enmascarada, hipertensión preexistente o crónica, antecedentes de preeclampsia, diabetes y PA en el límite superior normal. El protocolo empleado para la realización de MAPA durante el embarazo es similar en las no embarazadas. Los valores de PA según la edad gestacional se presentan en la [tabla 5](#)^{13,14}.

Estudios para tratar de predecir preeclampsia, como el doppler de arterias uterinas a las 20 a 22 semanas, o la relación sFlt-1:PIGF, tienen recomendaciones discordantes, de modo que la ESC los sugiere¹, mientras la ACOG y las guías colombianas no los recomiendan^{3,7}.

Prevención de preeclampsia

En los últimos treinta años se han estudiado diferentes estrategias para tratar de prevenir los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, con base en terapias nutricionales, suplementos vitamínicos y fármacos.

El ácido acetilsalicílico en dosis de 81 a 150 mg iniciando entre la semana 11-14 y manteniendo hasta la semana 36-37, se recomienda en pacientes con un factor de riesgo alto de preeclampsia o dos factores de riesgo moderado ([tabla 6](#))^{1,7,15}.

La administración de calcio (1.5-2.0 g/día) puede ser útil para prevenir la preeclampsia de acuerdo con el resultado de un meta-análisis en población con ingesta baja de calcio¹⁶. Los antioxidantes como vitamina C y E no son efectivos, así como tampoco hay beneficio con dieta baja en sal, reposo en cama o metformina.

Tratamiento

El tratamiento busca mejorar los desenlaces materno-fetales, con énfasis en el impacto en la mortalidad

materna asociada a estas enfermedades, pero este dependerá del momento del embarazo en el que se pretenda intervenir⁸.

Manejo preconcepcional y al inicio del embarazo

Como se mencionó previamente, lo ideal es que toda mujer antes de embarazarse tenga una evaluación preconcepcional para identificar los factores de riesgo para trastornos hipertensivos asociados al embarazo. En pacientes con HTA conocida es más relevante aún dicha consulta preconcepcional con el fin de optimizar el control de la presión arterial, suspender los antihipertensivos con potencial teratogénico y realizar estudios basales que permitan conocer el estado de salud de la paciente (tabla 4). Adicionalmente, se debe insistir a todas las pacientes en cambios terapéuticos en el estilo de vida, no solo para un embarazo sin complicaciones, sino, en general, para una adecuada salud cardiovascular^{1,7,8}.

Tratamiento de la hipertensión durante el embarazo

Una vez se diagnostica un trastorno hipertensivo asociados al embarazo, el manejo está determinado por la forma de presentación y por las manifestaciones de gravedad⁷. El tratamiento busca un balance entre los riesgos maternos de continuar la gestación, los riesgos de la intervención materna y los riesgos fetales de la prematuridad. Si la decisión es continuar la gestación, los objetivos del tratamiento son mantener una presión arterial en rangos seguros y monitorizar de manera estrecha los signos de deterioro materno-fetal^{1,9,10}.

Se recomienda hospitalizar a las pacientes con diagnóstico de HTA gestacional o preeclampsia para completar la evaluación materno-fetal, estabilizar la presión arterial y organizar un plan de trabajo y seguimiento^{1-3,7}. Así mismo, debe evaluarse el riesgo de trombosis venosa profunda, teniendo presente que la mayoría debería recibir trombotrópica¹.

Hipertensión no grave en el embarazo

Cuando la presión arterial es mayor o igual a 140/90 mm Hg, pero menor a 160/110 mm Hg en una gestante, se habla de HTA leve (no grave). En este grupo de pacientes, se recomienda hospitalizar para hacer el enfoque diagnóstico y estudios que permitan establecer con certeza la gravedad. Usualmente,

tienen un tratamiento más conservador, siempre y cuando no exista compromiso de órgano blanco, pues de lo contrario, este sería un criterio de gravedad más allá del valor de presión arterial^{1,7-9}. Existen algunas discrepancias entre diferentes sociedades sobre el valor para definir el inicio del tratamiento farmacológico; por ejemplo, las guías colombianas lo recomiendan con presión arterial $\geq 150/100$ mm Hg³, ACOG si la presión arterial está elevada en forma persistente $\geq 150/110$ mm Hg en presencia de comorbilidades⁷, mientras que las guías ESC consideran la terapia farmacológica en toda gestante con HTA crónica y presión arterial $\geq 150/95$ mm Hg, con la aclaración que la terapia farmacológica se debe iniciar en valores de presión arterial $\geq 140/90$ mm Hg en pacientes con hipertensión gestacional (con o sin proteinuria), HTA crónica con preeclampsia superpuesta o en presencia de daño de órgano blanco subclínico o síntomas en cualquier momento del embarazo¹. Por su parte, el Instituto Nacional de Salud y excelencia en el cuidado del Reino Unido (NICE), considera tratamiento farmacológico en todas las pacientes con presión arterial $\geq 140/90$ mm Hg¹⁷. Un meta-análisis que trató de definir la indicación de tratamiento antihipertensivo en paciente con HTA no grave en el embarazo, comparó la administración de tratamiento antihipertensivo contra placebo, sin encontrar diferencias en la aparición de preeclampsia, muerte fetal, restricción de crecimiento intrauterino ni parto pretérmino, pero halló menos tasas de desarrollo de HTA grave en forma significativa¹⁸. Así mismo, un estudio en gestantes con hipertensión arterial crónica o gestacional no grave, comparó un control de cifras tensionales más estricto (PAD < 85 mm Hg) *versus* control flexible (PAD < 100 mm Hg), y encontró que no había diferencias en el riesgo de pérdida de la gestación, necesidad de cuidado neonatal de alta dependencia o complicaciones maternas; sin embargo, en los desenlaces secundarios del estudio, se observó que las pacientes con una meta de control más estricto tenían menor tasa de HTA grave¹⁹. Adicionalmente, un subanálisis del estudio reportó que las pacientes que presentaron HTA grave en el seguimiento, tuvieron mayores tasas de pérdidas del embarazo, peso bajo para la edad gestacional, preeclampsia, parto pretérmino, plaquetas < 100.000 /microlitro y elevación de transaminasas, sin aumento de la mortalidad materna²⁰.

Se recomienda, por tanto, monitorización estrecha en las pacientes con HTA gestacional o preeclampsia sin manifestaciones graves, con evaluación diaria de

síntomas y movimientos fetales, mediciones seriadas de la presión arterial (mínimo 6 veces/día), recuento plaquetario, función renal y pruebas hepáticas cada 2 días. Adicionalmente, se debe medir la proteinuria una vez a la semana con el fin de detectar lo más temprano posible la presencia de criterios de gravedad que indiquen el inicio de tratamiento farmacológico si la paciente no lo venía recibiendo³. Se debe entender que las clasificaciones son, en general, ilustrativas, dado que la enfermedad es dinámica, y una forma leve puede evolucionar a una grave.

Tratamiento antihipertensivo en hipertensión arterial no grave

Como se había mencionado previamente, durante la gestación no se recomienda el uso de IECA, ARA-II, inhibidores de la renina o antialdosterónicos^{1,8}.

Las mujeres con HTA que están embarazadas o que planean quedar embarazadas, deben cambiar la medicación por labetalol, nifedipino o alfametildopa como terapias de primera línea, y tener opciones adicionales en caso de control inadecuado (tabla 7); estos medicamentos también son las opciones farmacológicas en HTA leve durante la gestación⁹. Existe evidencia que los betabloqueadores son menos efectivos para controlar la HTA en pacientes afrodescendientes, en quienes se recomienda nifedipino^{5,7-9}.

En cuanto a cuál de los medicamentos de primera línea escoger, un metaanálisis de Cochrane comparó terapias antihipertensivas en gestantes con HTA no grave. Al evaluar la progresión a HTA grave, comparando metildopa contra un antihipertensivo alternativo, se encontró mejor resultado con el régimen alternativo. Al revisar la aparición de proteinuria y preeclampsia, comparando betabloqueadores y calcioantagonistas en conjunto contra metildopa, se encontraron resultados superiores con la terapia con betabloqueadores y calcioantagonistas¹⁸. Con estos resultados, de los medicamentos de primera línea (tabla 7), los betabloqueadores y calcioantagonistas se prefieren por encima de la metildopa^{1,7-9,17}.

Las metas de presión arterial no están bien establecidas y las recomendaciones de las diferentes sociedades son muy variables. Así, la ACOG recomienda presión arterial mayor a 120/80 mm Hg y menor de 160/110 mm Hg⁷, NICE recomienda presión arterial $\leq 135/85$ mm Hg¹⁷, las guías canadienses PAD <85 mm Hg⁹, las guías ESC no dan una recomendación¹ y las guías colombianas una meta de presión arterial $<140/90$ mm Hg³.

Tabla 7. Medicamentos antihipertensivos durante el embarazo

Primera línea	Segunda línea	Medicamentos a evitar
Labetalol	Clonidina	IECA
Metildopa	Hidralazina	ARA-II
Nifedipino de larga acción	Tiazidas	Antialdosterónicos
Otros betabloqueadores (evitar atenolol)		

ARA-II: antagonistas del receptor de angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Tratamiento en hipertensión arterial grave

En presencia de HTA grave se requiere, sin duda, el inicio de terapia antihipertensiva, la cual en ausencia de signos que sugieran inminencia de eclampsia, puede iniciarse vía oral^{1,7}. Estas pacientes requieren evaluación completa para detectar aparición de preeclampsia, tal como se mencionó en la sección de enfoque diagnóstico^{7,8}.

La presencia de PAS > 160 mm Hg (según la sociedad científica) o PAD >110 mm Hg es una emergencia médica, y debe ser controlada rápidamente con antihipertensivos intravenosos y dosis de mantenimiento⁷. El objetivo, dado el riesgo de daño de órgano blanco, es mantener la presión arterial $< 150/100$ mm Hg, pero con cuidado de no generar hipotensión y comprometer la circulación uteroplacentaria⁷. Las estrategias farmacológicas para el manejo agudo de la HTA grave se mencionan en la tabla 8⁷. Adicionalmente, la ESC considera que en caso de edema pulmonar secundario a preeclampsia se use nitroglicerina, mientras sugieren que el nitroprusiato de sodio se use como última alternativa, debido al riesgo de toxicidad fetal por cianuro¹.

Otros tratamientos

Se recomiendan esteroides en pacientes con HTA grave que reciben manejo expectante y con edad gestacional menor de 37 semanas³. Por otro lado, el sulfato de magnesio no es un antihipertensivo, pero tiene un papel crucial en la prevención de las convulsiones en mujeres con preeclampsia al elevar el umbral convulsivo; así mismo, es la terapia de elección en la paciente con convulsiones por eclampsia. Sin embargo, no hay evidencia contundente para usarlo de rutina en todas las pacientes con preeclampsia sin criterios de

Tabla 8. Tratamiento antihipertensivo para control urgente en hipertensión arterial grave

Medicamento	Dosis	Comentario	Inicio de acción
Labetalol	10 – 20 mg IV, seguido de 20 – 80 mg cada 10 – 30 minutos hasta una dosis acumulada máxima de 300 mg, o infusión de 1 – 2 mg/min IV	Evitar en mujeres con asma, enfermedad miocárdica persistente, función cardíaca descompensada, bloqueo cardíaco avanzado y bradicardia.	1 – 2 minutos
Hidralazina	5 mg IV o IM, luego 5 – 10 mg IV cada 20 – 40 minutos hasta una dosis acumulada máxima de 20 mg, o infusión de 0,5 – 10 mg/hora	Las dosis más altas o más frecuentes se asocian con hipotensión materna, cefalea y trazo anormal en la frecuencia cardíaca fetal.	10 – 20 minutos
Nifedipina oral (liberación inmediata)	10 – 20 mg VO, repetir a las 20 minutos si es necesario, luego 10 – 20 mg cada 2 – 6 horas, dosis diaria máxima de 180 mg	Puede presentarse taquicardia refleja y cefalea	5 – 10 minutos

IM: intramuscular; IV: intravenosa; VO: vía oral.

gravedad. En preeclampsia grave se recomienda recibir sulfato de magnesio intravenoso para profilaxis de eclampsia y continuar la administración intra y postparto^{3,7,17}. Se recomienda dosis de carga de 4 gramos intravenosos en 10 a 15 minutos, seguido de infusión de 1 gramo/hora durante 24 horas. El uso de magnesio requiere estrecho seguimiento del gasto urinario, frecuencia respiratoria y reflejos tendinosos profundos³.

La **tabla 9** resume las recomendaciones generales del manejo de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo acorde con las guías ESC¹.

Eclampsia

Es una emergencia obstétrica y la prioridad es estabilizar a la madre. La mayoría de las convulsiones eclámpicas son autolimitadas; no obstante, el sulfato de magnesio debe iniciarse tan pronto sea posible según el protocolo enunciado anteriormente³. Si la paciente ya venía recibiendo sulfato de magnesio, debe administrarse otro bolo de 2 – 4 gramos en 5 minutos. La HTA debe ser controlada vía intravenosa como se discutió previamente⁷.

Tan pronto la condición de la madre se considere estable, se debe considerar el parto por la vía más conveniente, vaginal en situaciones seleccionadas, si bien la más usada en este escenario es la cesárea. Todas las mujeres con eclampsia deben ser manejadas en centros de referencia³.

Síndrome HELLP

Los síntomas incluyen molestias abdominales, como dolor, sensibilidad en el cuadrante superior derecho o

epigastrio, náuseas, vómito e ictericia; también puede presentarse cefalea y cambios visuales^{2,7}. Cuando se sospeche síndrome HELLP se recomienda realizar hemograma, extendido de sangre periférica, lactato deshidrogenasa (LDH) y panel metabólico completo. Puede encontrarse hemólisis con eritrocitos anormales, LDH elevada, bilirrubina indirecta elevada como marcador de hemólisis y plaquetas menores de 100.000/microlitro^{1,7-9}. Esto constituye una emergencia obstétrica, en la que el manejo expectante se asocia con mayor morbilidad materna, por lo que las pacientes en esta situación deben llevarse a terminación de la gestación^{3,7}.

Momento del parto

El tratamiento definitivo de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo y especialmente de la preeclampsia y sus presentaciones más graves (HELLP y eclampsia) es el alumbramiento de la placenta^{2,10}. El momento del parto se define analizando los riesgos de prematuridad para el feto y el riesgo materno de continuar con la gestación^{7,9}.

En el caso de enfermedad materna que ponga en riesgo la vida, como HTA grave refractaria al tratamiento, eclampsia, abrupcio placentario, deterioro rápido en el contexto de síndrome HELLP o disfunción renal, el embarazo debe terminarse^{3,7}.

Si el embarazo es menor a 34 semanas y el parto puede ser diferido en forma segura, debe realizarse vigilancia hospitalaria estrecha, administración de esteroides para maduración pulmonar fetal y, según la evolución de la presión arterial, aparición de signos de gravedad o compromiso fetal, la terminación de la

Tabla 9. Recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología para el tratamiento de la hipertensión arterial en el embarazo

Recomendaciones	Clase	Nivel
Se recomienda el tratamiento con dosis bajas de ASA (100-150 mg/día) en mujeres con riesgo moderado o alto de preeclampsia desde la semana 12 hasta 36-37.	I	A
Para las mujeres con HTA gestacional o HTA preexistente con hipertensión gestacional asociada, HTA con síntomas o daño subclínico de órgano, se recomienda inicio de terapia antihipertensiva con PAS > 140 mm Hg o PAD >90 mm Hg. En todos los otros casos, se recomienda inicio con PAS ≥ 150 mm Hg o PAD ≥95 mm Hg.	I	C
La PAS > 170 mm Hg o PAD > 110 mm Hg en una mujer embarazada es una emergencia y se recomienda hospitalización	I	C
Se recomienda el tratamiento con metildopa (B), labetalol (C) y BCC (C) para el tratamiento de la HTA durante el embarazo	I	B (metildopa) C (labetalol, BCC)
Mujeres con HTA gestacional o preeclampsia leve, se recomienda parto a las 37 semanas.	I	B
Se recomienda acelerar el parto en preeclampsia con situaciones adversas asociadas como trastornos visuales o hemostáticos.	I	C
En preeclampsia asociada a edema pulmonar, se recomienda nitroglicerina en infusión intravenosa.	I	C
En hipertensión grave, se recomienda tratamiento con Labetalol intravenoso, metildopa o nifedipina oral.	I	C
Para las mujeres obesas, se debe considerar que el aumento de peso se limite a < 6,8 kg	IIa	C
Los IECA, los ARA-II y los inhibidores directos de la renina no están recomendados	III	C

ARA-II: antagonistas del receptor de angiotensina II; ASA: ácido acetilsalicílico; BCC: bloqueadores de canales de calcio; HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

gestación. Una vez estabilizada la madre, con adecuado equipo de anestesia, obstetricia y neonatal se procede con el parto en forma segura si está indicado^{7,17}.

Entre las 34-37 semanas, se debe mantener vigilancia hospitalaria estrecha, realizar el protocolo de maduración pulmonar y considerar el parto ante cualquier manifestación de gravedad (Tabla 2)^{7,17}. En caso de embarazo a término (≥37 semanas) este se terminará en las siguientes 24-48 horas, iniciando sulfato de magnesio de acuerdo con el protocolo mencionado previamente si existen criterios de gravedad³.

En las mujeres con HTA crónica con condiciones materno-fetales estables, se sugiere manejo expectante y terminación del embarazo después de la semana 37, en caso que requiera medicación antihipertensiva, y después de la semana 38 de gestación si está controlada adecuadamente sin terapia antihipertensiva⁷.

En mujeres que requieren analgesia para el trabajo de parto o anestesia para la cesárea y las condiciones lo permiten, se recomienda anestesia neuroaxial (espinal o epidural). No se recomienda uso rutinario de monitorización invasiva. La ergometrina (empleada en

la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto) debe evitarse en mujeres con HTA debido a la posibilidad de aumentar las cifras tensionales, mientras que la oxitocina (también empleada para reducir el sangrado luego del parto) puede utilizarse según los protocolos obstétricos habituales³.

Manejo posparto

En todas las mujeres (no solo en aquellas con trastornos hipertensivos) se recomienda dar instrucciones precisas sobre los síntomas y signos de preeclampsia en el postparto. En embarazos normales, la presión arterial disminuye luego del parto, pero pueden presentarse elevaciones transitorias en el posparto secundario al dolor, medicamentos, exceso de líquidos, movimiento del volumen al compartimiento intravascular o restauración del tono vascular; por lo tanto, se debe continuar control estricto de la PA²¹. Las pacientes que estuvieron normotensas en el embarazo pueden presentar trastornos hipertensivos asociados al embarazo en el periodo posparto, con una prevalencia que no es clara, ya que hay reportes entre 0,3-27,5 %²².

En pacientes con HTA persistente postparto $\geq 150/100$, se sugiere iniciar terapia antihipertensiva; se recomienda el manejo intravenoso si la presión arterial es $\geq 160/110$ ^{7,22}. Así mismo, en pacientes que ya tenían un trastorno hipertensivo, se buscarán las metas previamente enunciadas^{3,7,9,17}. Si ocurren nuevamente manifestaciones de enfermedad grave, la madre deberá ser trasladada a un centro de referencia y administrar sulfato de magnesio por lo menos 24 horas, para profilaxis de la eclampsia²².

Un aspecto por resaltar es que en el periodo posparto se pueden iniciar medicamentos que no eran permitidos en el embarazo, pero que son seguros en la lactancia, como los IECA o los ARA-II, aunque para mayor seguridad se recomienda consultar sitios *web* especializados en medicamentos en la lactancia, como <http://www.e-lactancia.org>. La metildopa debe evitarse en el postparto debido a riesgo de depresión y sedación¹.

Si la presión arterial está bien controlada y no existen manifestaciones de gravedad, la madre puede ser dada de alta, aunque en la primera semana deberá controlarse la presión arterial al menos cada dos días y luego semanalmente. La medicación puede ser reducida y luego suspendida según las cifras tensionales. En forma ambulatoria, se debe continuar medicación antihipertensiva hasta que la presión arterial se normalice (usualmente requiere tratamiento por 3-4 semanas). Luego se recomienda continuar control de la presión arterial cada 1-2 semanas por 1 mes y luego cada 3 a 6 meses por 1 año. La HTA que persiste más de 6 semanas en el postparto representa una enfermedad no asociada directamente con la gestación, y puede tratarse de HTA esencial o la presencia de causas secundarias, por lo que estas pacientes requieren estudio con MAPA y ser referidas para los estudios pertinentes según el caso. La proteinuria que persiste más allá de 6-12 semanas en el posparto requiere estudios adicionales, especialmente en pacientes con preeclampsia de inicio temprano por sospecha de enfermedad renal de base^{21,22}.

Riesgo cardiovascular a futuro

Las mujeres que presentan HTA en su primer embarazo tienen aumento del riesgo en futuros embarazos. Cuanto más temprano el inicio de HTA en el primer embarazo, mayor riesgo de recurrencia en futuros embarazos. El antecedente de preeclampsia está asociado con anomalías metabólicas, vasculares y riesgo futuro para HTA, diabetes mellitus, y enfermedad cardiovascular y renal. Se recomiendan modificaciones del estilo de vida para evitar complicaciones en futuros embarazos y

reducir el riesgo cardiovascular, además de una visita anual para el control de la presión arterial y metabólico²³⁻²⁶.

Conclusión

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo son una complicación cardio-obstétrica frecuente, por lo que todo médico que evalúa o potencialmente puede evaluar gestantes, debe estar familiarizado con su diagnóstico y tratamiento, para definir la remisión a centros de referencia en los casos que se requiera.

Es fundamental el seguimiento estricto de las cifras tensionales, síntomas y pruebas de laboratorio para detectar en forma temprana pacientes con riesgo alto, optimizar el cuidado y definir el momento apropiado para el parto.

En el posparto pueden presentarse o empeorar estas enfermedades, por tanto, todas las mujeres hipertensas o no deben recibir instrucciones precisas sobre controles, signos y síntomas de alarma para el periodo posparto.

Los antecedentes ginecoobstétricos hacen parte de la historia cardiovascular de una mujer, dado que la historia de preeclampsia es un marcador de riesgo cardiovascular futuro.

Financiamiento

Los autores declaran que este artículo no requirió financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink J, Bauersachs J, Blomström-Lundqvist C, Cifková R, De Bonis M et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. The Task Force

- for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2018;39:3165-241.
2. Townsend R, O'Brien P, Khalil A. Current best practice in the management Of hypertensive disorders in pregnancy. *Integrated Blood Pressure Control*. 2016;9:79-94.
3. Representantes del grupo desarrollador de la guía – Universidad Nacional de Colombia – Alianza CINETS. Guía de la práctica clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013;64:289-326.
4. Robers J, August P, Bakris G, Barton J, Bernstein I, Druzin M, et al. Hypertension in Pregnancy Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists'. Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013;122:1122-31.
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M et al. 2018 ESC/ASH guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*. 2018;39:3021-104.
6. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM /AGS/APhA /ASH/ASPC /NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Soc Hypertens*. 2018;12:579.e1-e73.
7. ACOG practice bulletin number 202. Gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2019;133:e1-e25.
8. ACOG practice bulletin number 203. Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2019;133:e26-e50.
9. Butalia S, Audibert F, Cote AM, Firoz T, Logan AG, Magee LA et al. Hypertension Canada's 2018 guidelines for the management of Hypertension in pregnancy. *Can J Cardiol*. 2018;34:526-31.
10. Braunthal S, Brateanu A. Hypertension in pregnancy: pathophysiology and treatment. *SAGE Open Med*. 2019;7:1-15.
11. Zeisler H, Llurba E, Chantraine F, Vatish M, Cathrine A, Sennström M et al. Predictive value of the sFlt-1:PlGF ratio in women with suspected preeclampsia. *N Engl J Med*. 2016;374:13-22.
12. Vaught AJ, Kovell LC, Szymanski LM, Mayer SA, Seifert SM, Vaidya D, et al. Acute cardiac effects of severe pre-eclampsia. *J Am Col Cardiol*. 2018;72:1-11.
13. O'Brien E, Parati G, Stergiou G, Asmar R, Beilin L, Bilo G, et al. European Society of Hypertension Position Paper on Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *J Hypertens*. 2013;31:1731-68.
14. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Benegas JR, de la Sierra A, Segura J, Vinyoles E et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial (SHE – LELHA) sobre monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 2019. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2019;36:199-212.
15. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, Matalana C, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med*. 2017;377:613-22.
16. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L, Troloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD001059.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (NICE guideline NG133). 2019. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng133>.
18. Abalos E, Duley L, Steyn DW. Antihypertensive drug therapy for mild or moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2:CD002252.
19. Magee LA, Von Dadelszen P, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE et al. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *N Eng J Med*. 2015;372:407-17.
20. Magee LA, Von Dadelszen P, Singer J, Lee T, Rey E, Ross S et al. The CHIPS randomized trial (Control of Hypertension in Pregnancy Study). Is severe hypertension just an elevated blood pressure? *Hypertension*. 2016;68:1153-9.
21. Bramham K, Nelson-Piercy C, Brown MJ, Chappell L. Postpartum management of hypertension. *BMJ*. 2013;346:e8687.
22. Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206:470-5.
23. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women—2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123:1243-62.
24. Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, Chireau MV, Fedder WN, Furie KL et al. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45:1545-88.
25. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2016;37:2315-81.
26. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines. *Circulation*. 2019;140:e596-e646.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogno04@gmail.com

San Juan de Pasto, junio de 2023

Doctor

MARINO CORAL ARGOTY

JUZGADO SEXTO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PASTO (N)

E. S. D.

MEDIO DE CONTROL: Reparación Directa
RADICADO: 2021-00132-00
DEMANDANTE: Lury Liliana Yela Castro y otros.
DEMANDADO: Nación – Ministerio de Salud – Instituto
Departamental de Salud de Nariño – Hospital San
José de Túquerres

LLAMADO EN GARANTÍA: Dr. Jurany Andrea Caicedo Rosales

REFERENCIA: SOLICITUD PRORROGA DICTAMEN PERICIAL DE PARTE

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES, mayor de edad, vecino de Pasto, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.085.311.169 expedida en Pasto (Nariño), abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 314061 del C. S. de la J., actuando en condición de apoderado judicial de la llamada en garantía Dra. **JURANY ANDREA CAICEDO ROSALES**, mayor de edad con domicilio y residencia en la ciudad de Pasto (N), de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal de traslado de contestación de demanda, me dirijo a su Despacho con el fin de solicitar se **PRORROGUE EL TÉRMINO** para aportar el dictamen pericial de parte.

La presente solicitud se efectúa teniendo en cuenta que a pesar del ánimo y diligencias empleadas por el suscrito apoderado para aportar el dictamen pericial de parte en conjunto con la respectiva contestación de llamamiento en garantía, se ha tornado difícil la consecución de un médico especialista en **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, que es la especialidad idónea e indicada para conceptuar científicamente frente a los hechos objeto de controversia, y que por supuesto no se encuentre vinculado a ninguna de las instituciones de salud demandadas y/ o llamadas en garantía dentro del presente medio de control, de igual manera que el médico perito no se encuentre inmerso en ninguna causal de impedimento u inhabilidad para efecto de rendir el dictamen pericial; en consecuencia, solicito al juzgado se conceda a mi representado, una prórroga por el término de treinta (30) días los cuales se computaran al finalizar el término inicial para contestar demanda y llamamiento en garantía, lo cual procedo a sustentar en los siguientes términos:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 175, numeral 5° del Código Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), me permito manifestarle su señoría, que pretendemos aportar al proceso **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE**, que será emitido por **MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, para lo cual, debido a la escasez de este tipo de especialistas en la ciudad, es insuficiente el término para contestar el llamamiento en garantía y aportar a su vez dicho **DICTAMEN**.

De acuerdo con lo anterior, **SOLICITO** a su Despacho concederme el tiempo prudencial hasta por treinta (30) días, para aportar el **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE**, de conformidad con las normas que regulan dicha prueba.

BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
Abogado Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible
Universidad Externado de Colombia
Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago
Teléfono: (2) 7228108 – 3208519418
San Juan de Pasto – Nariño
Abogna04@gmail.com

Me permito copiar el artículo 175, numeral 5 del Código Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, que permite lo solicitado:

“Artículo 175. Contestación de la demanda: Durante el término de traslado, el demandado tendrá la facultad de contesta la demanda mediante escrito, que contendrá:

(...)

5. Los dictámenes periciales que considere necesarios para oponerse a las pretensiones de la demanda. Si la parte demandada decide aporta la prueba pericial con la contestación de la demanda, deberá manifestarlo al juez dentro del plazo inicial del traslado de la misma establecido en el artículo 172 de este Código, caso en el cual se ampliará hasta por treinta (30) días más, contados a partir del vencimiento del término inicial para contestar la demanda. En este último evento de no adjuntar el dictamen con la contestación, se entenderá que esta fue presentada de forma extemporánea. (...)

(Negrita fuera de texto)”

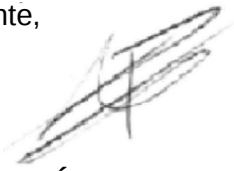
En ese orden de ideas, en vista a que el término inicial para contestar demanda, aun no se encuentra vencido, solicito de forma respetuosa proceda a despachar favorablemente la presente solicitud.

NOTIFICACIONES

El suscrito recibirá las notificaciones en la Secretaria del Juzgado y las personales en la siguiente dirección:

Carrera 25 No. 15 – 62, Oficina 201, Edificio Zaguán del Lago, ubicado en la ciudad de Pasto (Nariño), Celular: 320 851 9418, correo electrónico abogna04@gmail.com

Atentamente,



BRIAN ANDRÉS PORTILLA MORALES
C. C. No. 1.085.311.169 de Pasto (N)
T.P. No. 314061 del C. S. de la J.