

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES**  
**SALA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA**



Magistrada Ponente:  
**SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA**

Aprobado por Acta No. 211  
Manizales, veintisiete (27) de julio de dos mil veintitrés (2023)

**I. OBJETO DE DECISIÓN**

La Corporación resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia proferida el 14 de diciembre de 2022 por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, en el proceso verbal de responsabilidad médica promovido por Daniela Grisales Mateus, Alba Gladys Mateus Gil, Leonardo Grisales Grisales, Juliana Grisales Mateus, Dora Nancy Mateus Gil, Erika Consuelo Grisales y Natalia Quintero Mateus en contra de la Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Cia. Limitada - Cosmitet Ltda. y CMS Colombia Ltda. Corporación Médica Salud para los Colombianos, trámite al que fueron llamados en garantía el galeno Andrés Felipe Grisales Franco, La Previsora S.A. Compañía de Seguros y Seguros del Estado S.A.

**II. ANTECEDENTES**

**2.1. Demanda.**

Los demandantes imploraron que se declare que las entidades demandadas son responsables por las acciones u omisiones en la prestación de los servicios médicos asistenciales y hospitalarios brindados a la señora Daniela Grisales Mateus y en consecuencia, deberán responder por los perjuicios de todo género ocasionados<sup>1</sup> y por las costas del proceso.

El sustento fáctico de las reclamaciones se sintetiza así:

- La joven Daniela Grisales Mateus, quien se encontraba afiliada en calidad de beneficiaria a Cosmitet Ltda., quedó en embarazo a finales del año 2014,

---

<sup>1</sup> Solicitaron por perjuicios morales: 100 smlmv equivalentes a \$87.780.200 como mínimo para Daniela Grisales Mateus (víctima directa), Alba Gladys Mateus Gil (mamá) y Leonardo Grisales Grisales (papá); 50 smlmv equivalentes a \$43.890.100 como mínimo para Juliana Grisales Mateus (hermana); y 35 smlmv equivalentes a \$30.723.070 como mínimo para Dora Nancy Mateus Gil (tía), Erika Consuelo Grisales (tía) y Natalia Quintero Mateus (prima). Las mismas cuantías se pidieron por concepto de daño a la vida de relación. Pidieron que los valores se liquidaran con el salario vigente a la fecha de pago, más indexación o corrección monetaria conforme al IPC desde su reconocimiento hasta el pago e intereses a la tasa máxima legal comercial.

reportándose en ecografía obstétrica del 29 de abril de 2015, 20 semanas de gestación.

- El día 20 de mayo de 2015 acudió al servicio de urgencias de la Clínica Santa Ana<sup>2</sup>, debido a sensación de contracciones uterinas y dolor abdominal pélvico, además de flujo abundante; allí fue atendida por el médico Joaquín Diego Holguín Arias, quien dispuso dejarla en observación bajo diagnóstico de “vaginitis, APP (amenaza de parto prematuro)”, estableciendo “Plan: Remisión”.

- El 21 de mayo el doctor Andrés Felipe Grisales Franco dio de alta a la paciente, sin haber sido remitida a una IPS de mayor complejidad y sin una valoración con especialista en ginecología o por lo menos, haberse comentado el caso; el egreso se dio en horas de la noche con un plan de tratamiento antibiótico y analgésico, sin indicaciones claras sobre los signos de alarma y pese a que la gestante continuaba con dolor abdominal, esto es, las mismas contracciones uterinas por las que había consultado.

- Ante la persistencia del dolor abdominal tipo contracción uterina, el 22 de mayo Daniela acudió al SES Hospital de Caldas, donde fue atendida por la ginecóloga María del Pilar Pardo Bustamante quien detectó “*DILATACION (sic) Y BORRAMIENTO COMPLETO*”, por lo que comentado con neonatólogo se decidió realizar cesárea de urgencia debido a la presentación podálica y peso estimado mayor a 700 gramos, explicándole a la paciente y a su acompañante el pobre diagnóstico fetal. La cirugía se realizó por el ginecólogo Andrés Leonardo Naranjo y el protocolo de reanimación fetal sin respuesta, por la pediatra Juliana González Muñoz. Tras la buena evolución, se dio alta hospitalaria el 23 de mayo de 2015.

- Daniela Grisales Mateus consultó cuando empezaron los síntomas, pero por falta de un examen clínico idóneo su diagnóstico no fue adecuado, y por la ausencia de atención especializada o de remisión a una IPS de mayor complejidad, se permitió que el trabajo de parto evolucionara de manera natural con un bebé inmaduro y en posición inadecuada, que no logró sobrevivir.

- A raíz de lo sucedido Daniela entró en un cuadro depresivo que requiere atención psicológica constante, decidió terminar la relación sentimental con su novio de varios años, atentó contra su vida y finalmente se sometió a un proceso de esterilización definitiva (Pomeroy). Los acontecimientos también generaron dolor y frustración en su núcleo familiar, conformado por sus padres y hermana, y en sus congéneres más cercanos; además de la alteración en sus vidas por el cambio de personalidad que sufrió la joven y la imposibilidad de tener al nuevo miembro a quien esperaban con ilusión.

## **2.2. Intervención de las demandadas y llamada en garantía.**

**2.2.1. La Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Cia. Limitada - Cosmitet Ltda.** contestó la demanda refutando que la paciente no ingresó al servicio de urgencias por amenaza de parto sino por una vaginitis, y si

---

<sup>2</sup> Según la demanda, la Clínica Santa Ana es de propiedad de CMS Colombia Ltda. Corporación Médica Salud para los Colombianos.

bien en la evolución se pensó en la posible amenaza la misma fue descartada, permaneciendo en observación, ya que la remisión al SES y a la Clínica Versalles no fue posible por falta de disponibilidad; ergo, la atención brindada en la Clínica Santa Ana fue idónea, pues se hizo un examen físico de ingreso completo, se ordenaron ecografía y laboratorios, se mantuvo en observación pese a su renuencia y con los resultados de la ecografía se descartaron riesgos, lográndose establecer que persistía solo un dolor leve hipogástrico, sin sangrado, con flujo vaginal normal y movimientos fetales, dándose salida con recomendaciones, viniendo a consultar casi veinte horas después, lapso en el que el cuadro pudo cambiar.

En consecuencia, se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones de fondo que denominó: 1. Cobro de lo no debido; 2. Inexistencia de obligación; 3. Inexistencia de nexo causal entre la prestación del servicio médico a cargo de “Dumian Medical S.A.S.” (sic) y el daño; 4. Cumplimiento de las obligaciones a cargo de la entidad demandada; 5. Cumplimiento de una obligación de medios no de resultado; 6. Cumplimiento adecuado de las obligaciones a cargo de la entidad demandada; 7. Prescripción; y 8. Excesiva tasación de perjuicios.

Además, con fundamento en el contrato de prestación de servicios 1.053.764.845 - No. 001 del 30 de enero de 2015 (con término de duración de 4 meses), llamó en garantía al médico Andrés Felipe Grisales Franco, y apoyada en la póliza No. 1055297 vigente desde el 27 de febrero de 2014 y renovada del 27 de febrero de 2015 y hasta el 26 de febrero de 2016, convocó a La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

**2.2.2. CMS Colombia Ltda. Corporación Médica Salud para los Colombianos,** propietaria de la Clínica Santa Ana, se manifestó indicando que al ingreso la paciente fue calificada en triage III verde<sup>3</sup> y su diagnóstico fue “vaginitis aguda”, describiéndose en el examen físico: *“tacto vaginal con cuello posterior formado cerrado, ni perdidas (sic) vaginales”*, dejándose consignada la ausencia de actividad uterina, esto es, que no hay contracciones ni trabajo de parto, confirmado a través de maniobras de Valsalva<sup>4</sup>; aclaró que la impresión diagnóstica interrogada de “APP????” corresponde a la percepción inicial del médico, la cual fue descartada con la clínica (especuloscopia y maniobra Valsalva) y la ecografía obstétrica con perfil biofísico; paralelo a lo cual se inició proceso de remisión a las IPS habilitadas para la época (Clínica Versalles y SES), pero no fue aceptada por falta de disponibilidad, manteniendo a la gestante en observación, en condición estable, sin signos de APP, por lo que se dio el alta con formula médica y recomendaciones; es decir que la atención estuvo acorde con los protocolos; en tal sentido se opuso a las pretensiones.

Como medios exceptivos propuso: 1. Inexistencia entre CMS Colombia Ltda. y el presunto daño causado a Daniela Grisales Mateus; 2. Obligación de medio y no de resultado; 3. Inexistencia de falla médica; 4. No cumplimiento de los elementos constitutivos de pérdida de oportunidad; 5. Inexistencia de nexo de causalidad; 6.

---

<sup>3</sup> Explicó en la contestación: *“significa que el paciente puede esperar sin riesgo vital, Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa”*.

<sup>4</sup> Se lee en la contestación: *“se colocó a pujar a la paciente sin encontrar ruptura o emisiones de líquido amniótico por el profesional tratante”*.

Inexistencia del daño a la vida de relación reclamado a favor de los demandantes; 7. Inexistencia de daño moral; 8. Excesiva tasación de los perjuicios morales; 9. Discrecionalidad científica de los médicos tratantes; 10. Inexistencia de obligación de indemnizar; 11. Calidad del diagnóstico conforme a los síntomas manifestados por el paciente y su acudiente; y 12. Inexistencia de daño en el órgano reproductivo de la demandante.

**2.2.3.** El médico **Andrés Felipe Grisales Franco** contestó la demanda principal enfatizando en la adecuada atención brindada a la paciente, para *“luego de la observación prolongada, los paraclínicos descritos y sobre todo con el reporte de la ecografía obstétrica con perfil biofísico, la cual es tomada por un especialista, y además que la paciente refería sentirse bien y ante la manifestación de que no era su deseo seguir en la estancia hospitalaria se recomienda el egreso con fórmula médica, recomendaciones y signos de alarma (...) (dolor abdominal, pérdidas vaginales, sangrado, ausencia de movimientos fetales, dolor en la boca del estómago, dolor de cabeza intenso, etc). Estos obviamente se indicaron verbalmente (...)”*. Sostuvo que al egreso la paciente no presentaba signos de amenaza de parto prematuro y su cuadro al ingreso al SES, veinte horas después, era muy diferente.

Formuló las excepciones denominadas: 1. Imposibilidad de acreditar el nexo causal y la culpa entre la conducta del Dr. Andrés Felipe Grisales Franco y el hecho alegado como dañoso; 2. Cumplimiento de las obligaciones como médico general bajo la *lex artis*; 3. La medicina es obligación de medios y no de resultado; 4. Inexistencia del perjuicio indemnizable a cargo del médico Andrés Felipe Grisales Franco; y 5. Prescripción.

A su vez, llamó en garantía a Seguros del Estado S.A., invocando la póliza de responsabilidad civil profesional No. 65-03-101014128, vigente para la época de los hechos.

**2.2.4. La Previsora S.A. Compañía de Seguros** se opuso a las pretensiones de la demanda e interpuso las excepciones de: 1. Hecho de la víctima - incumplimiento de la señora Daniela Grisales Mateus de su obligación de evitar, agravar o exponerse al daño; 2. Ausencia de los elementos que estructuran la responsabilidad en cabeza de Cosmitet Ltda.; 3. Inexistencia de nexo causal y ausencia de soporte documental o probatorio; 4. Actuación médica conforme a la *lex artis*; 5. La obligación médica es de medios y no de resultados; 6. Inexistencia o excesiva tasación de perjuicios morales y vida de relación; y 7. Enriquecimiento sin causa.

Frente al llamamiento indicó que, pese a la vigencia del seguro para la época de los hechos<sup>5</sup>, la modalidad “claims made” o reclamación hecha implica que no existe cobertura, considerando la fecha de radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial por parte de la víctima, 14 de agosto de 2020, esto es, por fuera del término de vigencia. Por consiguiente formuló las excepciones denominadas: 1. Inexistencia de obligación indemnizatoria por ausencia de responsabilidad de Cosmitet Ltda.; 2. Carencia de amparo bajo la póliza 1055297 por ausencia de cobertura temporal debido a la modalidad “claims made” pactada; 3. Inexistencia de

---

<sup>5</sup> Explicó que la póliza 1055297 se expidió el 27 de febrero de 2014, con vigencia del 26 de febrero de 2014 al 26 de febrero de 2015; el 27 de febrero de 2015 se renovó del 26 de febrero de 2015 al 26 de febrero de 2016, y el 14 de marzo de 2016, de nuevo se renovó del 26 de febrero de 2016 al 26 de febrero de 2017.

obligación indemnizatoria por parte de La Previsora S.A. Compañía de Seguros; 4. Inexistencia de solidaridad u obligación a cargo de La Previsora S.A. Compañía de Seguros en virtud del contrato de seguro; 5. Límite de valor asegurado y sublímite; 6. Existencia de deducible; 7. Límites, sublímites, condiciones, exclusiones y disponibilidad de la suma asegurada ante una eventual obligación indemnizatoria a cargo de La Previsora S.A. Compañía de Seguros; y 8. Enriquecimiento sin causa.

**2.2.5. Seguros del Estado S.A.** expresó su oposición frente a las pretensiones de la demanda y coadyuvó las excepciones de los codemandados. Respecto del llamamiento indicó que, aunque la póliza 65-03-101014128 estaba vigente, la reclamación debía hacerse en el mismo lapso, de manera que no hay cobertura del evento; subsecuentemente interpuso las excepciones de: 1. Sujeción de las partes al contrato de seguro y a las normas legales que lo regulan; 2. Límite del amparo asegurado bajo la póliza del llamamiento en garantía. Suma asegurada; 3. Deducible a cargo del asegurado; 4. Ausencia de cobertura de la póliza por cuanto el evento no se reclamó dentro de la vigencia; y 5. Ausencia de cobertura de los daños extrapatrimoniales.

Teniendo en cuenta que en las documentales se anexó la póliza 42-03-101002314, aclaró que fue expedida el 25 de octubre de 2019, con vigencia hasta el 25 de octubre de 2020; por consiguiente, formuló las excepciones que denominó: 1. Improcedencia de afectar la póliza por cuanto el llamamiento no está dirigido a ello; 2. Ausencia de cobertura de la póliza por aplicación del inciso segundo del artículo 1073 del Código de Comercio. 3. Ausencia de cobertura de perjuicios extrapatrimoniales ya que no se cumple con la condición pactada dentro del contrato de seguro; 4. Inoperancia del amparo otorgado por existencia de varias exclusiones; 5. Límite del valor asegurado. Deducible pactado; y 6. Sujeción de las partes al contrato de seguro y a las normas legales que lo regulan.

### **2.3. Sentencia.**

Agotadas las etapas del proceso, el Juez de primera instancia emitió sentencia escrita en la que declaró probada la excepción de “ausencia de nexo causal”; consecuentemente negó las pretensiones y condenó en costas a los demandantes.

Consideró que *“la causa del parto pretérmino fue la incompetencia cervical de la paciente; y la del fallecimiento del bebé, la inmadurez extrema”*; entonces, *“a pesar de las (sic) que las accionadas hubieran incurrido en fallas durante la comentada atención a Daniela Grisales, como, por ejemplo, la falta de la valoración por ginecobstetra, según lo sostenido por los peritos; la pérdida se presentaría de todos modos”*; por consiguiente, *“no existe nexo causal entre el resultado y dichas fallas”*.

### **2.4. Apelación.**

La parte demandante reprochó la falta de un análisis juicioso y ponderado de todas las pruebas arrimadas, destacando que la hipótesis de una “incompetencia cervical” no fue demostrada, porque para ello, según el testigo especialista, debe haber una dilatación asintomática, y de acuerdo con las notas médicas y la declaración de la propia paciente, ella presentaba síntomas (dolor abdominal bajito, flujo abundante

y no sentía movimientos fetales) y no había dilatado; amén que en la historia clínica no aparece ninguna anotación sobre dicha patología.

Para confrontar el fallo hizo ver las imprecisiones y contradicciones en que incurrieron la representante legal de Cosmitet Ltda., médica Claudia Villota, los testigos Joaquín Diego Holguín Arias, Andrés Felipe Grisales y Andrés Leonardo Naranjo, y la perito Nadya Ramírez, de quien sí destacó su contundencia al señalar que la paciente debió ser remitida a un tercer nivel.

Exaltó la labor del perito José Norman Salazar, quien desde su especialidad como médico general, analizó el proceder de sus homólogos en el servicio de urgencias, siendo claro en señalar que no hubo un examen adecuado y que efectivamente se estaba ante un diagnóstico presunto de APP, cuyo manejo debía ser por especialista en ginecología y obstetricia.

Concluyó que, de haberse atendido la demandante por el médico idóneo, a través de su remisión o al menos por una interconsulta, aquel hubiera podido tomar las medidas necesarias y pertinentes para mitigar el riesgo de que la amenaza se concretara en un parto pretérmino, y en el evento de no lograrlo, a pesar de los esfuerzos, preparar en debida forma a la materna y al bebé en gestación para que afrontaran mejor el nacimiento prematuro; luego *“hubo fallas protuberantes en el diagnóstico y tratamiento en el servicio de urgencias de la citada CLÍNICA SANTA ANA, y, que en todo caso, dicho por todos los médicos, y aceptado por el A-quo, era obligatoria la valoración por ginecología y obstetricia, para encausar el cuadro clínico y tomar la decisión y manejo que recomendaba en su momento la ley del arte”*. Corolario, solicitó que se revoque la sentencia y en su lugar se acceda a las pretensiones, reconociendo la indemnización y condenando en costas.

## **2.5. Alegatos de la parte no recurrente.**

Cosmitet Ltda. refutó que: (i) en la sustentación no se precisara cuál fue el desatino en la interpretación del juez y acotó la importancia de que la sustentación se ciñera a los reparos concretos; (ii) no hubo indebida valoración probatoria sino falta de acreditación de los reproches de que se duele la parte recurrente; destacándose que el dictamen fue desechado porque se rindió desde la especialidad de medicina general cuando el caso giró en torno a temas obstétricos; además, en la historia se puede observar que se realizó un diagnóstico y manejo acorde con el estado de salud de la paciente, conforme a los protocolos y procedimientos establecidos por la ciencia médica; (iii) no se tachó de falsa la historia por lo que ahora no puede cuestionarse la validez de la anotación relativa a que la paciente era “mala informante”; (iv) quedó acreditada la falta de nexo entre el supuesto error y el desenlace fatal, pues se demostró que ello obedeció a una condición morfológica-biológica de la paciente (incompetencia cervical) y a la extrema inmadurez del bebé al nacer; de manera que la sentencia debe ser confirmada.

Los demás intervinientes no hicieron pronunciamiento frente al recurso.

### III. CONSIDERACIONES

Se encuentran satisfechos los presupuestos procesales en esta acción y realizado el control de legalidad que ordenan los artículos 42 numeral 12 y 132 del Código General del Proceso, no se avizora causal de nulidad o irregularidad que invalide lo actuado u obligue a retrotraer el trámite a etapa anterior.

#### 3.1. Delimitación de la cuestión a resolver.

El recurso de apelación descansa en el reproche a la valoración probatoria realizada por el A quo, por consiguiente, la labor de la Sala se concentrará en establecer si los medios de convicción acreditan la existencia de los elementos de la responsabilidad civil atribuida a las demandadas Cosmitet Ltda. y CMS Colombia Ltda., por los daños derivados de las fallas en la atención médica brindada a la joven Daniela Grisales Mateus los días 20 y 21 de mayo de 2015 en la Clínica Santa Ana. De encontrarse estructurada la responsabilidad, se ahondará en lo relativo a la indemnización y la eventual obligación de los llamados en garantía.

#### 3.2. De la responsabilidad médica.

Todo aquel que cause a otro un daño injustificado está en la obligación de repararlo, principio de la responsabilidad civil sobre el que gravita la llamada responsabilidad médica, aquella que se origina en las acciones dirigidas a la preservación y el restablecimiento de la salud de las personas.

En desarrollo de dichas actividades los profesionales de la salud por regla general adquieren obligaciones de medio, comprometiéndose a poner toda su diligencia, cuidado, pericia y experiencia en la atención del paciente, acorde con las reglas propias del ejercicio de la medicina y las tecnologías disponibles; lo cual no obsta, claro está, para que excepcionalmente la prestación se concrete en alcanzar un efecto o consecuencia específica, evento en el cual la obligación será de resultado.

En cualquier caso, el deber de indemnizar solo surgirá si se prueba: (i) un comportamiento activo o pasivo que se traduce en un obrar antijurídico imputable subjetivamente a título de dolo o culpa, (ii) el daño padecido y (iii) la relación de causalidad adecuada entre uno y otro; labor de acreditación que, al tenor de lo previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso, corresponde en principio al extremo demandante, pero que eventualmente puede ser repartida entre las partes en virtud de la figura de la carga dinámica de la prueba, para que cada una acredite los hechos que está en mejor posibilidad de demostrar<sup>6</sup>.

Para liberarse de responsabilidad el profesional de la salud deberá demostrar que actuó con la debida diligencia y cuidado; a menos que haya adquirido obligaciones de resultado, en cuyo caso le corresponderá acreditar la existencia de una causa

---

<sup>6</sup> Ver entre otras sentencias de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia: SC001-2001 del 30 de enero de 2001, rad. 5507; SC del 22 de julio de 2010, rad. 2000-00042-01; SC12449-2014 del 15 de septiembre de 2014, rad. 2006-00052-01; SC2506-2016 del 02 de marzo de 2016, rad. 2000-01116-01, SC7110 del 24 de agosto de 2017, rad. 2006-00234-01.

extraña -fuerza mayor o caso fortuito, culpa exclusiva de la víctima o de un tercero- que destruya el vínculo entre su conducta y el resultado dañoso<sup>7</sup>.

Desde luego, no debe perderse de vista que el análisis de esa responsabilidad parte de que la medicina no es una ciencia exacta, su práctica y resultados dependen de diversas variables como la multiplicidad de patologías, la reacción de cada paciente, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, los efectos secundarios, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios y una diversidad de factores de incertidumbre que la tornan imprevisible frente a principios o criterios preestablecidos, por ello solo ***“las fallas ostensibles en la prestación de servicios de esa índole, por acción u omisión, ya sean resultado de un indebido diagnóstico, procedimientos inadecuados o cualquier otra pifia en la atención, son constitutivas de responsabilidad civil, siempre y cuando se reúnan los presupuestos para su estructuración, ya sea en el campo contractual o extracontractual”***<sup>8</sup> (negrilla fuera de texto).

### **3.3. Análisis probatorio de los elementos de la responsabilidad médica en el caso concreto.**

El reclamo del extremo activo se centra en el supuesto error de diagnóstico en el que incurrieron los médicos de la Clínica Santa Ana, durante la atención brindada a Daniela Grisales Mateus los días 20 y 21 de mayo de 2015, y que llevó a un inadecuado manejo de la amenaza de parto prematuro por la que cursaba, dándose el alta hospitalaria sin previa valoración por un especialista o la concreción de la remisión a una institución de mayor complejidad, lo cual llevó a que se desencadenara el parto pretérmino y la muerte del bebé.

#### **a. Prueba documental.**

De acuerdo con la historia clínica de esas fechas<sup>9</sup>, se tiene probado que:

- El 20 de mayo de 2015 a las 22:38 horas, Daniela Grisales acudió al servicio de urgencias de la Clínica Santa Ana.

- A las 10+43 la enfermera general Verónica López hizo el triage, anotando como “Motivo Consulta”: *“paciente de 19 años de edad, primigestante de 6 meses “vengo por signos der (sic) alarma del embasrazo (sic)” refiere desde esta mañana a las 9+00 am dolor “bajito y no movimientos del bebe” salida de abundante flujo vaginal blanco. no reifere (sic) otro síntoma (sic). no antecedentes de importancia, no alergias”*; por lo que la clasificó en “Nivel 3 VERDE”.

- A las 23:12 fue valorada por el médico general Joaquín Diego Holguín, quien registró como “ENFERMEDAD ACTUAL”: *“PACIENTE PRIMIGESTANTE CON SEIS MESES DE EMBARAZO, REFIERE FUR EN NOVIEMBRE TRAE ECO 28/01/2015 EMBARAZO DE 7 SEMANAS REFIERE QUE TIENE FLUJO VAGINAL ABUNDANTE*

<sup>7</sup> Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia: SC 7110 del 24 de mayo de 2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

<sup>8</sup> C.S.J. Sentencia SC15746-2014 del 14 de noviembre de 2014. Rad. 11001-31-03-029-2008-00469-01. M.P.: Fernando Giraldo Gutiérrez.

<sup>9</sup> Fls. 88 a 99 PDF 001DemandaPruebasAnexos; 39 a 55 PDF 016ContestacionDemanda; PDF 039AnexoHistoriaClinica.

*BLANCO, SIEMPRE LO HA TENIDO, PERO HACE 3 DIAS AUMENTO (sic), HA TENIDO DOLORES BAJITOS DE UN DIA (sic) DE EVOLUCION (sic), HOY NO HA SENTIDO MOVIMIENTOS FETALES AP QX NO ALERGICO FUR??? AGO G1 P0 MUY MAL INFORMANTE NO QUIERE SER DEJADA EN OBSERVACION (sic)”.*

En el examen “GenitoUrinario” el galeno determinó un estado “ANORMAL” con las siguientes observaciones: *“BUEN ESTADO ALERTA ORIENTDADA (sic) GLASGOW 15/15 NO REFLEJOS PATOLIGICOS (sic) ORL NO ALTERADO RSCSRs MV RUDO ABDOMEN GRAVIDO, AU 24 CM FETO UNICO TRASVERSAL, NO MF EVIDENTES FCF 144 X NO ACTIVIDAD UTERINA ESPECULOSCOPIA FLUJO VAGINAL ABUNDANTE BLANCO ESCASO CUELLO POSTERIOR FORMADO CERRADO, NO PERDIDAS (sic) VAGINALES CON LA MANIOBRAS DDE (sic) VANSALVA (sic) ROT ++/++ NO EDEMA”.*

Por consiguiente, estableció como diagnóstico de ingreso “VAGINITIS AGUDA”, dispuso mantener a la paciente en observación con ‘cloruro de sodio 0.9% x 500ml. solución 0.9% solución inyectable, bolsa x 500, varios 0.9% solución inyectable’ y ordenó la práctica de los siguientes exámenes: proteína C reactiva cuantitativo de alta precisión, hemograma iv (hemoglobina hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios, morfología electrónica e histograma) método automático, uroanálisis con sedimento y densidad urinaria y ultrasonografía obstétrica con evaluación de circulación placentaria y fetal.

- A las 23:50 horas la auxiliar de enfermería Yesica Bojacá Álvarez registró la siguiente nota: *“INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS, CONCIENTE (sic), ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISNEA, PACIENTE PRIMIGESTANTE CON SEIS MESES DE EMBARAZO, REFIERE FUR EN NOVIEMBRE TRAE ECO 28/01/2015 EMBARAZO DE 7 SEMANAS REFIERE QUE TIENE FLUJO VAGINAL ABUNDANTE BLANCO, SIEMPRE LO HA TENIDO, PERO HACE 3 DIAS (sic) AUMENTO (sic), HA TENIDO DOLORES BAJITOS DE UN DIA (sic) DE EVOLUCION (sic), HOY NO HA SENTIDO MOVIMIENTOS FETALES ES VALORADA POR EL DR HOLGUIN (sic) QIEN (sic) DEJA EN OBSERVACION (sic) CON UN DX: VAGINITIS, SE LLEVA A SALA DE PROCEDIMIENTO (sic) CON MEDICO (sic), JEFE DE TURNO Y SE LE REALIZA EXAMEN GINECOLOGICO (sic) CON PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA PAACIENTE (sic), FINALIZA PROCEDIMIENTO (sic) SIN COMPLICACIONES Y ORDENA ADMINMISTRARLE (sic) SSNX500CC 2000CC PARA 24H, SE CANALIZA CON CATETER 20 QUEDA PERMEABLE, SIN SIGNOS DE FLEBITIS, SE LLENA PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO, FIRMADO POR LA PACIENTE. PENDIENTE: TOMAR EL 21-05-2015 (sic) HG, PCR Y ECOGRAFIA (sic) OBSTETRICA (sic) CON EVALUACION (sic) DE CIRCULACION (sic) PLACENTARIA Y FETAL. AVISAR E INFORMAR CAMBIOS”*

- El día 21 de mayo a las 6:24 horas la misma auxiliar de enfermería anotó: *“ENTREGO PACIENTE EN OBSERVACION (sic) EN CAMILLA NUM 2, CONCIENTE (sic), ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISNEA, SIN SOPORTE DE O2. PACIENTE PRIMIGESTANTE CON 6 MESES DE EMBARAZO, DX: VAGINITIS, CANALIZADA CON LEV SSNX500CC 2000CC PARA 24H, PACIENTE QUE PASA LA NOCHE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES REFIERE QUE AUN NO HA SENTIDO MOVIMIENTOS FETALES "AUNQUE NO SI ES EL QUE ME CAUSE EL BEBE (sic) EL DOLORSITO". CONTINUA (sic) CON IGUAL TRATAMEINTO MEDICO (sic) Y FARMACOLOGICO (sic). SE HA COMENTADO EN CL VERSALLES DONDE NOS INFORMAN QUE NO HAY DISPONIBILIDAD DE CAMA EN EL SERVICIO DE GINECOBTETRICIA. PENDIENTE: CONTINUAR TRAMITES (sic) DE REMISION (sic), TOMAR HG, PCR, UROANALISIS (sic) Y ECOGRAFIA (sic) OBSTETRICA (sic) CON*

*EVALUACION (sic) DE CIRCULACION (sic) PLACENTARIA Y FETAL. AVISAR E INFORMAR CAMBIOS”.*

- A las 6:34 horas el doctor Joaquín Diego Holguín de nuevo valoró a Daniela, quien se encontraba en el servicio de hospitalización, dejando observaciones de “VAGINITIS” y “APP????”, y disponiendo como plan: “CONTINUA (sic) OBSERVACION (sic) DE SU POSIBLE ACTIVIDAD UTERINA”, justificando que “SE HA INTENTADO REMITIR PARA VALORACION (sic) POR GINECOBSTERICIA Y NO HA SIDO POSIBLE, SE COMENTARA (sic) NUEVAMENTE A CLINICA (sic) VERSALLES PENDIENTE PARACLINICOS (sic) SOLICITADOS”.

En el “HALLAZGO OBJETIVO” señaló: “BUEN ESTADO SV TA 100/ 60 FC 68 FR 18 AFEBRIL HIDRATADA SIN ACTIVIDAD UTERINA EN EL MOMENTO FCF 148 X MINUTO NO EVIDENCIO MOVIMIENTOS FETALES CON LA MANIPULACION (sic) NO PERDIDAS (sic) VAGINALES”, y en el “SUBJETIVO”: “REFIERE QUE HA TEIDO (sic) COLICOS (sic) ABDOMINALES MUY MAL DEFINIDOS, ESTA (sic) REFIRIENDO QUE HA TENIDO DOLORES COMO SI SE LE PUSIERA DURO EL ESTOMAGO (sic), NO SABE SI EL BEBE (sic) SE MUEVE O NO? POR LOS DOLORES, NO PERDIDAS (sic) VAGINALES”

- Según las notas de enfermería de las 6:30, 8:38, 13:36, 14:48 del 21 de mayo, la paciente permanece estable y en buenas condiciones generales; intentándose infructuosamente su remisión a una institución de tercer nivel, por falta de camas en los servicios de ginecobstetricia.

- A las 14:35 del mismo día fue evaluada por el médico general Andrés Felipe Grisales Franco, quien dispuso continuar el mismo manejo y dejó registro que “SIENDO LAS 14+10 SE COMENTA PACIENTE EN CLÍNICA VERSALLES DONDE LUISA FERNANDA CASTAÑEDA DE ADMISIONES REFIERE QUE EN EL MOMENTO NO TIENEN DISPONIBILIDAD DE CAMA. SIENDO LAS 14+20 SE COMENTA EN SES HOSPITAL DE CALDAS DONDE JAIRO ACEVEDO DE ADMISIONES INDICA QUE LA JEFE DE GINECO VANESA GALLO INDICA EN EL MOMENTO NO TIENEN DISPONIBILIDAD DE CAMA”; emitiendo a las 15:40 horas, orden para ultrasonografía obstétrica con perfil biofísico, la cual se encontraba pendiente.

- En nota de enfermería de las 19:08 se lee que la paciente fue trasladada en ambulancia para toma de la ecografía y que los resultados fueron normales.

- A las 19:23 horas, fue revalorada con los resultados del examen por el doctor Grisales Franco, quien ordenó el alta con un diagnóstico de egreso de “OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS”, dejando los siguientes registros:

“Observacion (sic) de aval:  
GESTANTE 23 SEMANAS 1 DÍA POR ECO DE IER TRIMESTRE  
UBACTERIURIA (sic) ASINTOMÁTICA  
FETO EN PODÁLICA

PLAN:

//////NO ALERGIAS CONOCIDAS//////

- CEFALEXINA 500 MG VÍA ORAL CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS

- ACETAMINOFEN (sic) 500 MG VÍA ORAL CADA 6 HORAS SEGUN (sic) DOLOR

- LIQUIDOS (sic) ABUNDANTES

- ORDEN PARA VALORACIÓN PRIORITARIA PR (sic) GINECOLOGÍA PARA PROBABLE PROGRAMACIÓN DE CESÁREA SI PERSISTE PODÁLICA
- SIGNOS DE ALARMA
- INCAPACIDAD

*\*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):*

*PACIENTE CON HC ANOTADA  
HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE  
SE CONFIRMA BIENESTAR FETAL POR CLÍNICA Y POR ECO CON PERFIL BIOFÍSICO  
SE ENCUENTRA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA - SE DEBE TRATAR EN GESTANTES  
POR ECO FETO EN PODÁLICA*

*HALLAZGO OBJETIVO:*

*TA 110/70 FC 68 FR 16 SAT 96% O2 AMBIENTE  
FCF 127 CON DOPPLER  
EF SIN CAMBIOS  
MUCOSAS HÚMEDAS, ROSADAS  
C/P NORMAL  
ABDOMEN GRAVIDO (sic), CON DOLOR LEVE EN HIPOGASTRIO ÚNICAMENTE SIN  
IRRITACIÓN PERITONEAL*

*HALLAZGO SUBJETIVO:*

*REFIERE SENTIRSE BIEN  
DOLOR INTERMITENTE EN HIPOGASTRIO  
NO SANGRADOS  
FLUJO VAGINAL DESCRITO COMO BLANQUECINO, NO FÉTIDO - "NORMAL DEL  
EMBARAZO" - REFIERE  
NO CEFALEA  
MOVIMIENTOS FETALES PERCIBIDOS*

*INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:*

*REPORTE DE ECOGRAFIA OBSTÉTRICA CON PERFIL BIOFÍSICO  
- FETO ÚNICO VIVO, PODÁLICO  
- EDAD GESTACIONAL 25 SEMANA +/- 2 SEMANA  
- BIENESTAR FETAL  
- PERFIL BIOFÍSICO 6/8*

*UROANÁLISIS NITRITOS NGATIVOS (sic). BACTERIAS +. LEUCOS 25-50 XC LA  
PACIENTE NIEGA SÍNTOMAS UTRINARIOS (sic).*

*HB 11.8 HTO 33.4 LEUCOS 12000 NEUTROS 75.0% LINFOSD 20.3% PLT 248000  
LEUCOCITOSIS LEVE*

*PCR 15.3 ELEVADA"*

-----

Aunque ninguna irregularidad se atribuyó a la atención de la demandante el 22 de mayo de 2015 en el SES Hospital Universitario de Caldas, el estudio de la historia clínica de esa institución resulta imprescindible para conocer la secuencia de los hechos y los resultados finales<sup>10</sup>. En dicho registro se lee que:

---

<sup>10</sup> Fls. 101 a ... PDF 001DemandaPruebasAnexos; 58 a 71 PDF 016ContestacionDemanda; 017AnexosContestacionDemanda.

- A las 3:29 p.m. se presentó en el servicio de urgencias del SES con “DOLOR TIPO CONTRACCIÓN UTERINA”, detectándose en el examen físico que “LLEGA EN EXPULSIVO” con “DILATACIÓN Y BORRAMIENTO COMPLETO”.

La ginecóloga María del Pilar Pardo Bustamante, quien la atendió, registró: “... CONSULTA POR DOLOR TIPO CONTRACCIÓN UTERINA ANTE DOLOR INTENSO SE DECIDE HACER TACTO VAGINAL CON EVIDENCIA DE DILATACIÓN Y BORRAMIENTO COMPLETO, CON RUPTURA ESPONTANEA (sic) DE MEMBRANAS DURANTE VALORACIÓN, SE CONFIRMA PRESENTACIÓN EN PELVIS. SE LLAMA A PERSONAL MEDICO (sic) DE NEONATOLOGIA (sic) Y SE ESTUDIA EL CASO DE MANERA CONJUNTA, TOMANDO LA DECISIÓN DE REALIZAR CESAREA (sic) DE URGENCIA POR PESO FETAL ESTIMADO DE AYER MAYOR A 700 GR, SE EXPLICA A LA MATERNA Y SU ACOMPAÑANTE EL POBRE PRONOSTICO (sic) FETAL”.

En nota aclaratoria la misma especialista precisó: “AL INGRESO DE LA PACIENTE 15+30 HORAS, SE REALIZÓ RASTREO ECOGRAFICO (sic) CON EVIDENCIA DE FETO VIVO CON FCF DE 156LPM CON PRESENTACIÓN DE PELVIS.”

- A las 16+35 la paciente ingresó sin fetocardia a la sala de cirugía donde fue atendida por el ginecólogo obstetra Andrés Leonardo Naranjo Cardona; previa aplicación de anestesia se inició la cesárea a las 17+00 horas, 14 minutos después nació un bebé de sexo masculino en presentación podálica, sin esfuerzo respiratorio, hipotónico, con inmadurez extrema, a quien la pediatra Juliana González Muñoz le realizó protocolo de reanimación fetal durante 13 minutos sin obtener respuesta.

En los ‘Hallazgos’ de la ‘Descripción Quirúrgica’ se lee: “PRODUCTO UNICO (sic) EN CEFALICA (sic), DE SEXO MASCULINO, APGAR AL MINUTO DE 0 Y A LOS 0 MINUTOS DE 9, PESO DE 700GRS. PACIENTE VALORADA EN CONJUNTO CON NEONATOLOGÍA, SE CONSIDERÓ LLEVAR A CESAREA (sic) POR EDAD GESTACIONAL Y POR PESO FETAL ESTIMADO EN LA ECOGRAFIA (sic) DE AYER MAYOR DE 700 G, AL INGRESO FETOCARDIA POSITIVA, PRESENTO (sic) RUPTURA DE MEMBRANAS EN LA MESA DE EXAMEN, AL INGRESO AL QUIROFANO (sic) SIN FETOCARDIA, LIQUIDO (sic) AMNIOTICO (sic) CLARO SIN MAL OLOR, FETO MACROSCOPICAMENTE SANO, INMADUREZ EXTREMA, PEDIATRIA (sic) REALIZA PROTOCOLO DE REANIMACION (sic) FETAL SIN OBTENER RESPUESTA.”

- El 23 de mayo en horas de la tarde se dio el alta hospitalaria.

#### **b. Declaración de parte y testimonios.**

Vista la prueba documental, la incógnita a despejar es si para los días 20 y 21 de mayo de 2015, Daniela Grisales Mateus mostraba signos de una amenaza de parto pretérmino (APP), y si la conducta adoptada fue la adecuada de acuerdo con su estado y sus síntomas.

Para dar respuesta al interrogante es indispensable revisar las declaraciones de los galenos que intervinieron en la atención de la paciente, pues no bastan para resolver la cuestión las anotaciones que obran en la historia.

En su testimonio el doctor **Joaquín Diego Holguín Arias** narró que a la paciente se le practicó un examen ginecológico en el que se evidenció un “flujo vaginal

blanco”, sin pérdidas vaginales que hicieran pensar en una ruptura de membranas y tampoco mostró actividad uterina o cambios en el cuello uterino, y aunque se detectó la frecuencia cardíaca fetal, no se percibieron movimientos al estímulo, así que por precaución decidió dejarla en observación para tomar exámenes y vigilar su evolución, sin detectar durante el tiempo que la evaluó, signos de amenaza de parto. Preciso que *“a la persona se le estaban interrogando unos diagnósticos, el diagnóstico más evidente en el momento era el de un flujo vaginal que se llama “vaginosis”, y muy interrogado estaba una “amenaza de parto pretérmino” que no se evidenció para nada en la evolución, no se le vio, en lo que yo conocí en la paciente, actividad uterina o cambios en el cuello del útero que hicieran pensar en eso, lo que se hizo fue dejarla en observación porque no era una paciente crítica, no era una paciente que estuviera con un diagnóstico de una amenaza de parto pretérmino y sus condiciones eran estables. La observación para qué era? para obviamente mirar si durante su hospitalización en observación presentaba alguno de los síntomas que ella manifestaba, en el momento no se evidenció en las evoluciones que se le hicieron actividad; se le mandaron inmediatamente se hospitalizó unos paraclínicos, entre ellos una ecografía, la ecografía era con el fin de mirar la cantidad de líquido amniótico que la persona tenía allí, que a pesar de que no se evidenciaba pérdidas pues era como un examen que se consideró pertinente, entonces la paciente no era una paciente crítica como para decir hay que remitirla ya, cierto, para una valoración por una especialidad, sino que dentro de la atención que se le hizo se consideró pertinente este tipo de valoraciones y una forma en Colombia y en la red hospitalaria de obtener estas interconsultas, es más bien tratar de remitir al paciente donde haya la especialidad”*. Señaló que *“me llamó la atención de ella que refería dolores abdominales, no eran exactamente tipo contracción uterina, sí, pero ella decía que tenía unos cólicos acompañados obviamente del flujo que siempre tuvo, entonces estos cólicos no eran muy específicos para pensar en contracciones uterinas, pero como lo dije en un principio nosotros los médicos con las personas embarazadas somos muy prudentes, por eso la dejé en observación a pesar de que en el examen físico que yo le hice no le evidencié actividad uterina o sea contracción, y la idea de dejarla en observación obviamente era poder evidenciar si estas contracciones se daban”*; mostrándose enfático en la ausencia de signos de inicio de un trabajo de parto.

Aclaró que la decisión de remitir a la paciente se tomó a la madrugada, no por su criticidad, ni porque tuviera un diagnóstico confirmado de amenaza de parto pretérmino, dilatación o ruptura de membranas, sino por su comodidad y tranquilidad, con el propósito de que se le practicara la ecografía para establecer el bienestar fetal y que un obstetra determinara el estado de la materna, en lugar de trasladarla de un sitio para otro.

En cuanto a los “hallazgos subjetivos” del registro de las 6:35 de la mañana del 21 de mayo de 2015, concretamente la manifestación de la paciente sobre “dolores como si se le pusiera duro el estómago”, indicó: *“yo obviamente como médico siempre le creo a los pacientes, tanto es así que la paciente con un flujo vaginal sin hallazgos de actividad uterina y sin cambios para pensar en la amenaza de parto pretérmino es dejada en observación, y como usted evidencia la nota, yo lo que estoy colocando es lo que la paciente refiere literalmente y a su vez hago un examen médico donde no evidencio la contractura y pongo allí que me llama la atención que no tiene movimientos fetales perceptibles, y yo a la paciente no le estoy dando de alta, la paciente está quedando en observación, sí, y se entrega al médico de turno.”*

Frente a la pregunta de por qué no le hizo otro tacto vaginal o una especuloscopia en ese momento, el galeno contestó que *“no es recomendable medicamente como se*

ha contestado en otras preguntas, hacerle a una persona embarazada con una vaginitis, exámenes frecuentes de especuloscopia y tactos vaginales, porque esto incrementa obviamente el riesgo para la persona, entonces no está indicado medicamente y tampoco se ha evidenciado una actividad uterina que haga pensar en que la persona está entrando en un trabajo de parto pretérmino”; así mismo señaló que, como médico de urgencias, no ve necesario que para descartar una APP al egreso de la paciente tuvieran que practicarse esos exámenes, porque *“la sintomatología que se evidenció y el examen físico que se le realizó a la persona no arrojaba una amenaza de parto pretérmino ni tampoco trabajo de parto, no se pudo evidenciar actividad uterina; para mí no, no estaría como dentro de los alcances realizar más pruebas si ya se tuvo los paraclínicos que se tuvieron, la evolución, el seguimiento y la ecografía, etcétera, no vería pues esa indicación y lo repito desde mi ángulo como médico de urgencias.”*

Por su parte, el médico general **Andrés Felipe Grisales Franco**, frente a la pregunta de si había realizado algún examen antes de darle de alta a la joven Daniela Grisales, manifestó: *“sí doctor, como reposa en la historia clínica, en la historia de las (sic), en la nota de las siete y veintitrés de la noche, se le hace pues un examen físico acorde a lo que ella refirió. Entonces el examen, cómo le venía diciendo fue de las 7:23 de la noche, fue acorde pues a los síntomas y a lo referido por la paciente”;* precisando que, *“el examen físico pues fue una toma de signos vitales, lo que leyeron ahoritica, una frecuencia cardíaca fetal de 127 latidos por minuto documentada con un Doppler, que es un equipo especial con el cual se examina el abdomen de las gestantes, pues básicamente el estado de hidratación, la parte cardiopulmonar y un examen del abdomen”;* además, aseveró que dio las recomendaciones atinentes a su estado de gestación.

Señaló que insistió en la remisión por *“la sospecha que tenía el compañero de ingreso de una impresión diagnóstica que no podía descartar porque no tenía exámenes disponibles, de una vaginitis, una infección urinaria complicada, una actividad de parto pretérmino”,* y que lo que le hizo descartar esa sospecha para dar el alta fue *“la ya disponibilidad de exámenes y ayudas diagnósticas y sobre todo la ecografía obstétrica con perfil biofísico<sup>11</sup> que bien refirió la paciente Daniela que le hicieron en San Marcel.”*

Fue enfático en que al interrogatorio la paciente manifestó sentirse bien por el reposo y los líquidos endovenosos, no tenía sangrados ni pérdidas vaginales, el flujo, según ella misma refirió, era blanco “normal del embarazo”; tampoco mostró síntomas asociados a la preeclampsia como dolor de cabeza, y podía percibir movimientos fetales, que era uno de los motivos por los que había consultado; de ahí que decidiera el egreso, en tanto que era *“una paciente que reitero, solamente había recibido en cerca de 24 horas líquidos venosos y reposo, pues nunca se documentó efectivamente que hubiera una actividad de parto pretérmino, la paciente se le hizo una ecografía obstétrica con perfil biofísico; paso a aclarar en qué consiste el examen, es un examen donde se evalúa no solamente la (sic), el bienestar fetal dado por movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal presente, sino que se juegan unas variables donde uno de*

---

<sup>11</sup> La perito Nadya Ramírez Pérez explicó en su informe qué es una “ecografía obstétrica con perfil biofísico”, así: *“SON DOS PARACLÍNICOS INDEPENDIENTES QUE SE ACOSTUMBRA PEDIRLOS JUNTOS PARA TENER UNA IDEA MAS (sic) CERCANA AL ESTADO ACTUAL GLOBAL DEL FETO. LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TIENE DIFERENTES USOS SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN LA CUAL SE REALIZA: DETERMINAR PRESENCIA DE EMBRIÓN/FETO INTRAUTERINO, DETERMINAR CANTIDAD DE FETOS EN LA GESTACIÓN, VALORACIÓN DE LA VIABILIDAD FETAL, VALORACIÓN DE CRECIMIENTO FETAL, PESO FETAL ESTIMADO, ADEMÁS DE OTRAS VARIABLES, COMO VALORACIÓN SUBJETIVA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO, LOCALIZACIÓN PLACENTARIA, ENTRE OTROS. EL PERFIL BIOFÍSICO ES LA VALORACIÓN ECOGRÁFICA QUE SE LE REALIZA UN FETO BASADO EN 4 PARÁMETROS: LÍQUIDO AMNIÓTICO, MOVIMIENTOS FETALES, MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS DEL FETO Y TONO FETAL.”*

*los parámetros es movimiento fetal dado por constantes más de 30 segundos en 30 minutos de valoración, o sea que ella estuvo en ese examen de la ecografía por 30 minutos o más con un especialista que determina pues que tiene bienestar fetal, que el feto sí venía de cola, cierto, en podal, y a lo que se refieren allí, pero reporta que había bienestar fetal y en ningún momento reportan pues actividad uterina durante el examen especializado con ecografía; lo otro, la valoración con ginecobstetricia, en vista de la imposibilidad de remisión en la ciudad y eso no es ni de ese entonces, sino es de un tiempo atrás y aún en la actualidad hay muchas dificultades para uno remitir una paciente gestante; se le dio una orden para valoración por ginecobstetricia de forma prioritaria; para el año 2015 en el que ocurre en estas situaciones yo también trabajaba, hacía unas horas como médico de transcripción de medicamentos y ayudaba con auditoría en Cosmitet y de primera mano sé que esas consultas prioritarias se agendaban con el doctor John Jairo Castro al día o a los dos días siguientes a más tardar, cierto, entonces pues no estoy de acuerdo en que se dio mal la salida porque fue basado sobre todo en un interrogatorio que se hacía a la paciente y unos exámenes que yo ya tenía pues disponibles a la mano, y sabiendo y entendiendo cómo era el manejo de las gestantes en Cosmitet.”*

En cuanto a dolor que la demandante informó que seguía sintiendo al momento de su salida de la Clínica Santa Ana, el galeno sostuvo que *“en la historia clínica reposa que tiene un dolor intermitente en el hipogastrio, ya que es un dolor intermitente bajito, cierto, pero reitero, pues que el dolor abdominal es una causa de consulta muy frecuente en las gestantes y que puede ser fisiológico o normal; incluso revisando la historia clínica de ella en los controles, ella tuvo un control el 27 de marzo con la doctora Jazmín donde refiere que el 28 de febrero había estado en urgencias por dolor abdominal, que se le había hecho ecografía, exámenes y se le había dado egreso, entonces el dolor abdominal en las gestantes pues no es una entidad infrecuente y no siempre significa pues que hay una actividad de parto pretérmino, vuelvo y reitero eso, no se documentó ni con las valoraciones, ni con la ecografía, el especialista tampoco documentó que hubiesen cambios en el cuello o que durante el examen llamativamente le notara que el abdomen se le estaba poniendo duro, sí, era eso. Ella ayer, la doctora (sic), la paciente Daniela en su interrogatorio refiere que pudo dormir sin el dolor de parto, es un dolor que es supremamente intenso y si se va intensificando pues difícilmente una paciente va a poder descansar tranquilamente como ella refirió ayer que lo pudo hacer, sí, y consultar hasta 20 horas después que acude al Hospital de Caldas.”*

En torno a la valoración de egreso recabó que *“esos tactos vaginales dependen de la evolución de la paciente, si es una paciente que a mí casi 24 horas después, reitero, solamente con reposo y líquidos, sin ningún tipo de analgesia o sea ningún medicamento que controle o disminuya el dolor, me refiere que se siente bien, que el dolor ha mejorado, que está más tranquila, que no hay pérdidas vaginales y que tiene un diagnóstico por examen de una bacteriuria asintomática<sup>12</sup> o sea bacterias en la orina y que tiene un flujo vaginal, hacer tactos vaginales repetitivos, como dijo la doctora previamente, implica un riesgo de generar ya una infección urinaria como tal, que en riesgo de (sic), de una amenaza de parto de pretérmino como tal o una infección urinaria complicada, entonces pues hacer un nuevo tacto a una paciente que refería que ya se sentía bien, que no había pérdidas vaginales a mi juicio y con una ecografía, vuelvo y repito a la mano, que es un examen que hace un especialista donde me habla de un bienestar fetal, que los parámetros están bien,*

---

<sup>12</sup> La perito Nadya Ramírez indicó en su informe que una “bacteriuria asintomática” es *“EL HALLAZGO EN UN EXAMEN DE ORINA (PARCIAL DE ORINA O UROCULTIVO) DE PRESENCIA DE BACTERIAS COLONIZANDO LA ORINA EN PACIENTE QUE NO TIENE SÍNTOMAS”*, y debe ser tratada en el embarazo porque *“ES UN FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR AMENAZA DE ABORTO O AMANEZA DE PARTO PRETERMINO YA QUE PUEDE EVOLUCIONAR A INFECCIÓN URINARIA NO COMPLICADA O COMPLICADA COMO PIELONEFRITIS.”*

*me parece innecesario y había que (sic), habría que sopesar beneficios con riesgos y en ese momento era más el riesgo para la paciente de volver a hacer un tacto vía vaginal”*

Aclaró frente a la impresión diagnóstica que aparece interrogada que *“esa actividad de parto pretérmino pues queda descartada toda vez que la paciente evolucionó a la mejoría del dolor sin uso de analgésicos, con reposo, solamente con líquidos y que no se le documentaron cambios en el cuello en el examen del ingreso, que en el examen de egreso no refiere pérdidas vaginales y que me refirió a mí sentirse bien”* y añadió que *“al momento de ingreso como le digo el estudio de dolor abdominal es muy sintomático, toca empezar a hacer una búsqueda activa y aclarar el diagnóstico, pero para el egreso ya contando con una ecografía y dada la evolución de la paciente y por lo referido sentirse bien, sin pérdidas vaginales, un flujo referido por ella misma como normal que había manejado en el embarazo, no, no daba para pensar en una actividad de parto pretérmino.”*

El ginecólogo obstetra **Andrés Leonardo Naranjo Cardona**, quien atendió la cesárea, fue indagado sobre la antelación con que pudieron iniciar las contracciones de la paciente Daniela Grisales, advirtiendo que no podría afirmar si el proceso inició dos o tres días, una o dos semanas antes, pero en su concepto el diagnóstico final es una *“incompetencia cervical”*, que corresponde a una condición de la mujer que no permite que la gestación llegue a término por la dilatación asintomática del cuello, *“el cuello no es capaz de contener el embarazo”*, entonces *“la incompetencia cervical hace que nazca antes de tiempo y las complicaciones asociadas a la prematuridad (sic) extrema es lo que termina (sic), por lo que termina falleciendo el recién nacido.”*

Indicó que una *“cervicometría tamiz”* en el segundo trimestre puede aclarar una eventual *“incompetencia cervical”*, pero ello no disminuye el riesgo a cero, y concretó que en este caso a priori era muy difícil establecer si la paciente tenía o no una incompetencia cervical, y aunque faltó una *“cervicometría”*, considera que el desenlace tal vez hubiera sido el mismo porque *“era un cuello demasiado corto que no estaba conteniendo al bebé”*; en su concepto, *“estaba ante un parto pretérmino extremo por incompetencia cervical desde el momento que llegó a la Clínica Santa Ana”*, de manera que no puede asegurar que la intervención de un ginecobstetra hubiera cambiado el resultado; aclarando que de lo que se registró en la historia clínica, en la valoración inicial, no hay indicios que hagan pensar en el diagnóstico final, que para él es la incompetencia cervical.

En cuanto a la frecuencia con que debe practicarse un tacto vaginal en una mujer embarazada, indicó: *“en los que nos acaban de mostrar que está en la guía, cierto, que aportan, con ese que se hizo uno dice es suficiente, cierto, o sea no hay un cambio cervical en una valoración posterior en esa misma valoración inicial en Santa Ana, inclusive hablan de que no hay hidrorrea o sea tampoco había como forma de pensar que no había, pues área de flujo, tampoco había forma de pensar, uno poder como el trabajo de parto, yo puedo hacer trabajos (sic), tactos vaginales tan frecuentes como cada hora porque me lo obliga la condición clínica con un trabajo de parto activo; en un control prenatal mira que la misma guía dice no es necesario hacer un tacto vaginal, solo si la condición clínica lo obliga, que en este caso me parece que lo hizo el doctor en su valoración inicial y dijo, no, ese cuello esta largo cerrado, cierto, pudo haberse equivocado pero pues eso fue su valoración, cierto, entonces no es que esté planteado que es que hay que hacerse cada día o cada dos días, no, también depende como de la condición.”*

### c. Prueba pericial.

Al litigio se allegó por el galeno llamado en garantía, prueba pericial<sup>13</sup> elaborada por médica especialista en ginecología y obstetricia, doctora **Nadya Ramírez Pérez**, quien además fue escuchada en audiencia.

La experta anotó en su dictamen que el dolor abdominal es motivo frecuente de consulta por las gestantes y puede tener varias causas<sup>14</sup>, por lo que su clasificación como amenaza de parto pretérmino depende de la anamnesis realizada, el examen físico y los paraclínicos con los que se cuente en el momento de la atención; aclarando al sustentar su experticia que ese tipo de dolor no siempre debe considerarse una amenaza de parto, pues puede tener muchos orígenes, obstétricos y no obstétricos, *“entonces, dentro de las causas de dolor abdominal sí se debe descartar una amenaza de parto pretérmino, pero no es la única causa para que a una paciente en embarazo le duela el abdomen. Cómo lo diferenciamos?, pues ya de acuerdo en el momento del ingreso al examen físico, a la historia clínica que yo le realice, si existe o no existe amenaza de parto pretérmino asociada al dolor abdominal”*

Indicó que es indispensable realizar una ecografía cuando no se perciben movimientos fetales para establecer si el feto está vivo o no, y que en este caso el médico fue más allá al ordenar el perfil biofísico para revisar el líquido amniótico, los movimientos fetales, los movimientos respiratorios del feto y el tono fetal; de manera que en su concepto, la atención brindada por el doctor Grisales Franco en la Clínica Santa Ana fue adecuada<sup>15</sup>, pese a que la remisión a un tercer nivel no se hizo efectiva; sin encontrar relación de causalidad entre el actuar médico y el parto prematuro.

La especialista fue constante en señalar que una paciente embarazada en hospitalización siempre debería ser valorada por un ginecobstetra para mayor seguridad, y presume que en este caso la orden de remisión se dio para descartar la sospecha de parto pretérmino en atención al dolor abdominal que tenía la gestante; y al preguntársele si la amenaza fue descartada destacó que: *“trabajo de parto como tal no consignan en ninguna parte de la historia clínica que tuviera y la paciente no presenta progresión del dolor, ni la paciente presenta ruptura de membranas, no hay un trabajo de parto instaurado, pero pues la amenaza queda latente hasta que se descarte como tal; en este momento, yo no tuve la atención de la paciente, entonces no le podría decir si tenía otros hallazgos que sugiriera, pero según la historia clínica que nos menciona que no tiene actividad uterina, que la actividad uterina se le quitó, que ya no tiene pérdidas vaginales<sup>16</sup>, que el examen físico no tenía cambios cervicales, pues ya no tenía*

<sup>13</sup> PDF 068DictamenContradiccionLLamadoGarantiaAndresFelipe.

<sup>14</sup> Indicó como tales: *“CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS COMO DISTENCIÓN DEL LIGAMENTO REDONDO, DISTASIS DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS, ALTERACIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS POR LA GANANCIA DE PESO Y LOS CAMBIOS VISCERALES Y OTRAS MAS GRAVES DE CAUSA NO OBSTÉTRICA COMO APENDICITIS, COLESCISTITIS AGUDA Y PANCREATITIS Y OBSTÉTRICAS COMO INFECCIONES URINARIAS, VAGINOSIS Y VAGINITIS E INICIO DE TRABAJO DE PARTO, ENTRE OTROS”*.

<sup>15</sup> En el dictamen se lee: *“SI, CONSIDERO QUE FUE EL CASO ABORDAD (sic) COMO SE DEBIÓ, SE LE SOLICITARON PARACLÍNICOS EN BÚSQUEDA DE LA ETIOLOGÍA DEL DOLOR PRESENTADO POR LA PACIENTE, SE REALIZA EXAMEN FÍSICO COMPLETO EN EL MOMENTO DEL INGRESO SIENDO ESTE NORMAL, SE REALIZAN VALORACIONES PERIÓDICAS POR EL PERSONAL DE LA CLÍNICA SIN EVIDENCIAR CAMBIOS EN EL CUADRO CLÍNICO, AL ENCONTRAR BACTERIAS EN LA ORINA SE TRATA COMO LO INDICAN LAS GUÍAS Y SOLICITA PRUEBA DE BIENESTAR FETAL Y REMISIÓN A NIVEL SUPERIOR.”*

<sup>16</sup> El dictamen señala como pérdidas vaginales: sangrado, líquidos o flujo vaginal.

*amenaza de parto*"; ilustrando que esta paciente no progresó en su actividad uterina y que para desencadenar un trabajo de parto la actividad uterina debe ser seguida e intensa, pero eso depende mucho de la percepción del dolor de cada persona, entonces pueden presentarse contracciones y la gestante no las percibe como tan intensas que le generen dolor suficiente para pensar que puede estar en trabajo de parto.

Frente al tiempo transcurrido entre la salida de la Clínica Santa Ana y el ingreso al SES Hospital de Caldas, expresó: *"me llama la atención señor juez que desde que se dio de alta en la clínica Santa Ana, en donde la paciente refería que no tenía ya ningún tipo de actividad uterina, hasta que llega la paciente ya en completo, transcurren 20 horas, entonces no sé si es que de pronto fue un parto precipitado y la paciente no sintió dolor, o no, pues no, no sé por qué no volvió a acudir al servicio de urgencias, pues no, no me queda claro ese (sic) esa parte pues de la historia; existen partos precipitados, no son tan habituales sobre todo en pacientes primigestantes, pues que nunca han tenido partos, existe una cosa que se llama "insuficiencia cervical" y empieza a dilatar y ya no hay forma de detenerlo y generalmente pues se presenta con menos dolor; pero pues sí es algo que llama la atención, que no, pues no se presentó al servicio de urgencias por contracciones nuevamente"*. Indicó que como especialista hubiera practicado una cervicometría para detectar un eventual acortamiento del cuello uterino y de esa forma adoptar medidas<sup>17</sup> tendientes a alargar el embarazo en el tiempo, aunque no siempre son efectivas.

Admitió que al egreso la paciente no estaba asintomática, pues refería "dolor en el hipogastrio", pero piensa que *"al notar la mejoría del dolor concluyeron que la amenaza de parto pretérmino se había resuelto; al tratar la bacteriuria asintomática concluyeron que esta era la causa y que tratando la causa de la bacteria y la vaginosis las contracciones por eso habían disminuido, y había parado su trabajo de parto"*, y aunque no estaba contraindicado un tacto vaginal porque había que buscar el bien mayor para verificar que no se hubiera desencadenado el trabajo de parto, si la paciente estaba controlada, no ve necesario que se practicara cada que el médico la valorara.

Al cierre mencionó que *"la actividad uterina no era lo suficientemente regular, pero no se descartó, no se puede descartar que la paciente no hubiera tenido una incompetencia cervical o un trabajo de parto silente o que la paciente tuviera un umbral del dolor muy alto."*

A su vez, la parte demandante presentó dictamen<sup>18</sup> elaborado por el médico general **José Norman Salazar González**, quien concluyó que *"NO estaba indicado dar el egreso hospitalario toda vez que no se había producido la evaluación por especialista ni se tenía claro el origen de la amenaza de parto pre término y no se había enfocado el manejo acorde a este diagnóstico ..."*, señalando que esa valoración pudo haberse hecho a través de remisión o de interconsulta.

Añadió que *"[e]l dolor abdominal tipo gástrico era una manifestación que hacía pensar que en el contexto de la paciente que se estaba produciendo contracciones uterinas"*; por lo que era necesario practicar un examen ginecológico de egreso para determinar la evolución del cuello uterino, porque según explicó en audiencia, *"de forma objetiva no había ningún signo o ninguna manifestación clínica, ningún signo que explicase que*

---

<sup>17</sup> Mencionó la administración de progesterona y, en casos más avanzados, el procedimiento de cerclaje.

<sup>18</sup> PDF 015DictamenPericialDemandante

*hubiese descartado que en ese momento ya había superado esa amenaza de parto pretérmino, no había ningún elemento.”*

En cuanto a la caracterización de una APP ilustró que *“se materializa o se genera con la presentación de actividad uterina que en determinado momento está, puede amenazar a que se genere un trabajo de parto activo; esta actividad uterina ocurre y es el elemento que da la definición, antes de la semana 37, porque a la semana 37 en adelante ya se considera parto normal, entonces antes de esa semana esa actividad uterina, en caso de no detenerse, se generaría o se materializaría en un parto antes de tiempo o parto pretérmino, fundamentalmente es actividad uterina que es conducente y es efectiva, digámoslo así entre comillas, en producir un trabajo de parto antes de tiempo”*; y cuando se le preguntó que si el dolor intermitente en el hipogastrio que refirió la paciente al egreso podía catalogarse como una contracción, reseñó *“ese dolor tipo gástrico intermitente le coloqué dos explicaciones, no hay certeza de que se trate de una contracción porque el médico no evaluó si era una contracción o no, no palpó, no, en ese momento la intermitencia no aparece en la historia clínica, nada, la paciente era primigestante, lo que significa que ella no era conocedora de cómo es una contracción uterina, pero sí tengo un elemento objetivo de que había actividad uterina y es que 24 horas después de la salida hubo un parto antes de tiempo, eso es inocultable.”*

Insistió en que la amenaza no fue descartada y por el contrario, la impresión diagnóstica quedó confirmada con el hecho de que el parto se produjera en menos de 48 horas después de consultar.

-----

Analizando el registro clínico en conjunto con los testimonios, la declaración del llamado en garantía y la prueba pericial, en principio no se evidencia negligencia, imprudencia, impericia o inobservancia de los protocolos en la atención médica dispensada a la joven Daniela Grisales Mateus los días 20 y 21 de mayo de 2015 en la Clínica Santa Ana, pues a su ingreso al servicio de urgencias, al cual acudió por los signos de alarma que ella misma detectó -dolor abdominal bajito, flujo abundante y no percepción de movimientos fetales-, fue valorada por el médico general de turno, quien practicó examen físico y ginecológico, incluyendo especuloscopia, tacto vaginal y maniobras de Valsalva<sup>19</sup>; clínica que le permitió establecer la presencia del flujo vaginal, la ausencia de actividad uterina<sup>20</sup>, la falta de dilatación por cuello posterior formado cerrado y la no ruptura de membranas dado que no presentaba pérdidas vaginales; con todo, optó por dejarla en observación para practicar exámenes que confirmaran o descartaran el diagnóstico de “vaginitis aguda” y monitorear los demás síntomas; pero como quiera que durante la hospitalización la paciente siguió manifestando cólicos mal definidos, sumado a que el facultativo no percibió los movimientos fetales, decidió ordenar su remisión para valoración por ginecología y añadir como impresión diagnóstica interrogada una

---

<sup>19</sup> La perito Nadya Ramírez Pérez explicó que la maniobra de Valsalva es *“es una maniobra donde yo aumento la presión intraabdominal, tosiendo o aguantando la respiración, haciendo digamos que una fuerza sobre el abdomen y esa maniobra nosotros la utilizamos en obstetricia para determinar si hay salida o no de líquido amniótico desde cavidad, al aumentar yo la presión intraabdominal, si hay ruptura de membranas debería salir líquido amniótico a través del cuello del útero y a través de la vagina”*; descripción que coincide con la de los otros médicos escuchados.

<sup>20</sup> La perito Nadya Ramírez describió “actividad uterina” como: *“la contracción del músculo liso del útero, que es la que genera la expulsión del producto, del feto, en el momento del trabajo de parto.”*. Los declarantes se refirieron a la actividad uterina como contracciones.

posible amenaza de parto pretérmino “APP????”, pese a no detectar actividad uterina en el momento.

La remisión finalmente no pudo concretarse por falta de disponibilidad en los centros de atención que contaban con el servicio de ginecobstetricia, sin embargo, los paraclínicos descartaron una infección vaginal y aunque revelaron una infección urinaria era asintomática; a su vez, la clínica y la ecografía con perfil biofísico confirmaron el bienestar fetal, al tiempo que la paciente manifestó sentir mejoría, sin sangrados ni dolor de cabeza y con un flujo vaginal que describió como “normal del embarazo”, además de percibir movimientos fetales, encontrándose por el médico únicamente “abdomen grávido con dolor leve en hipogastrio y sin irritación peritoneal”, hallazgos que estimó suficientes para dar el alta bajo el diagnóstico de “otros dolores abdominales y los no especificados”, con signos de alarma y orden de valoración prioritaria con ginecología, a más de la formulación de medicamentos para tratar la bacteriuria asintomática<sup>21</sup>.

Reprochó la parte demandante que no se diera un manejo adecuado para la evidente amenaza de parto pretérmino por la que cursaba la joven Daniela Grisales, pues fue dada de alta sin haber sido evaluada por un especialista o remitida a una institución de mayor nivel, disponiéndose su egreso sin practicar exámenes idóneos que la descartaran de forma verídica, como un tacto vaginal o una especuloscopia.

La tesis del extremo recurrente parte del supuesto de la existencia de una amenaza de parto, sin embargo, esa situación no quedó establecida porque si bien Daniela fue constante en manifestar la presencia de dolores abdominales, estos, según los galenos que la trataron en esas fechas, no estaban bien definidos, encontrando al examen físico un cuello cervical formado cerrado, ausencia de pérdidas vaginales y de actividad uterina; aunado a que con reposo e hidratación la paciente mostró mejoría, confirmándose además el bienestar fetal; de manera que no puede afirmarse que el dolor en el hipogastrio que encontró el doctor Andrés Felipe Grisales, fuera un signo categórico de contracciones y de una amenaza de parto, porque como lo indicaron la perito y los demás testigos médicos, el dolor abdominal es frecuente en las gestantes y no todas las veces está asociado a un riesgo de parto inminente; de hecho, en la historia clínica de los controles prenatales se observa que la demandante ya había consultado por dolor en el abdomen<sup>22</sup>.

Entonces, no es dable sostener que a su egreso la paciente estaba cursando por una amenaza de parto únicamente a partir de sus manifestaciones de “dolor bajito” o “como si se le pusiera duro el estómago”, pues aunque se trataba de una joven gestante primeriza que bien pudo confundir su dolor, los médicos, conocedores de la praxis, no detectaron en sus distintas evaluaciones clínicas actividad uterina, ni ningún otro signo que confirmara la sospecha; luego la salida con signos de alarma y orden de valoración prioritaria por ginecología estaba indicada.

Tampoco se puede concluir como lo hizo el perito José Norman Salazar, que el hecho de que el parto se hubiere desencadenado 18 horas después es un elemento

---

<sup>21</sup> Para esa patología formuló cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

<sup>22</sup> Según se lee en el control prenatal No. 3 del 27 de marzo de 2017, la paciente acudió a urgencias por dolor abdominal un mes antes (28 de febrero), se le realizaron paraclínicos y ecografía con parámetros normales y se dio de alta (PDF. 22AnexoHistoriaClinica fl. 5).

objetivo que prueba que al egreso de la Clínica Santa Ana estaba presente la amenaza de parto pretérmino; pues esa tesis pasa por alto la posibilidad de que en ese lapso se haya precipitado el alumbramiento por una incompetencia cervical; evento al que aludieron los ginecólogos Andrés Leonardo Naranjo Cardona y Nadya Ramírez Pérez, y que si bien no es frecuente en primigestantes, no basta para descartarlo, más cuando se sabe que la paciente no reconsultó en ese tiempo, ni acudió para que se realizara la cita prioritaria con especialista.

Téngase en cuenta que en su declaración la demandante narró que cuando salió de la Clínica Santa Ana *“me voy para mi casa en la noche del jueves, ya sí (sic), ya al día siguiente pues paso la noche en mi casa, pues realmente pues descansé como bien, cierto, al día siguiente yo me desperté seguí pues en mi cama, pues mi familia estuvo muy atenta a mí, me brindaron pues como la alimentación todo esto, pero ya acercándose como a las horas del mediodía pues yo me paré como a bañarme y luego que salí como de bañarme, yo me (sic) seguía sintiendo como esa sensación acá abdominal, sentía cada cierto tiempo como que se me ponía duro el estómago, yo sentía ese dolor ahí, yo no sabía si era el bebé que me estaba generando ese dolor o qué era, porque era un dolor acá, cada cierto tiempo, por ahí cada diez minutos podría decir yo, y bueno le almorcé y yo decía no, pero es que si yo (sic), me dicen que yo no tengo nada, ya yo cómo voy a volver, cierto, pero pues bueno seguí dejando como pasar el tiempo y ya en horas como de la tarde mi pareja pues en esa en esa (sic) época, el papá del hijo, fue a visitarme, cierto, a ver cómo seguía y hubo un momento en el que yo sentí mucho deseos como en como de ir al baño y yo fui y entré al baño y me senté allí y fue una sensación supremamente horrible porque yo pensé que el bebé se me iba a salir y ahí fue pues como que yo me paro de nuevo del inodoro y empiezo a gritarles a ellos que, que me llevaran urgente otra vez al hospital y allí ya empiezo como un proceso de contracciones demasiado fuerte, me dolía demasiado, pues de verdad que gritaba muy fuerte el dolor (...), por eso acudimos al hospital de caldas (...).”*, recuento que hace pensar que durante la estancia en ese centro médico y en las horas posteriores al egreso, los signos de una amenaza de parto pretérmino no eran ostensibles, al punto que la misma gestante no consideró necesario acudir en horas de la mañana a la cita prioritaria con especialista ni reconsultar por urgencias.

En cuanto a los signos de alarma se cuestionó que en la historia clínica no se dejaran anotados cuáles eran, aseverándose por la demandante que el médico en ningún momento se los manifestó, afirmación que contradujo el galeno llamado en garantía Andrés Felipe Grisales Franco. Claramente la falencia es evidente en el registro médico, sin embargo, no es suficiente para atribuir una falla médica porque es indudable que a la gestante se le habían dado a conocer esos signos en los controles prenatales a los que asistió, tal como se lee en el carné y en la historia clínica que se aportaron<sup>23</sup>, y porque ella los comprendía bien, al punto que acudió a urgencias por la manifestación de algunos, como dolor abdominal, flujo abundante y ausencia de movimientos fetales; de manera que aun aceptando que el facultativo omitió dicha información, de ahí no se deriva una negligencia con aptitud para erigir responsabilidad civil, máxime que no guarda relación causal con el daño alegado, consistente en la evolución sin vigilancia de la presunta amenaza de parto, el parto pretérmino y la muerte del bebé.

En torno al tacto vaginal previo al egreso que se echa de menos, los médicos que declararon fueron convergentes en afirmar que ese tipo de examen no tiene que

---

<sup>23</sup> Fls. 117 y 118 PDF 001DemandaPruebasAnexos y PDF 22AnexoHistoriaClinica.

hacerse en cada evaluación porque puede desencadenar infecciones o el mismo parto, y aunque sostuvo la perito ginecobotetra que no está contraindicado si se trata de buscar el bien mayor para verificar que no se haya desencadenado el trabajo de parto, luce razonable la explicación del médico Andrés Felipe Grisales al esbozar que no consideró necesario hacerlo porque la paciente refería sentir mejoría y no presentaba otro síntoma que hiciera pensar en su conveniencia; sin que pueda afirmarse que el galeno no hizo ninguna valoración para tomar la decisión del alta, pues contrario a lo narrado por la demandante<sup>24</sup>, como se lee en su nota de las 19:23 horas del día 21 de mayo, y lo refirió en su interrogatorio, indagó a la paciente para fijar los hallazgos subjetivos<sup>25</sup> e hizo una evaluación directa de la gestante y de los resultados de los exámenes para establecer los hallazgos objetivos<sup>26</sup>, todo lo cual condujo a confirmar que estaba hemodinámicamente estable, que no había infecciones sintomáticas y que el bebé se encontraba en óptimas condiciones, aunque en posición podálica, sin percibir algún indicio que hiciera suponer que había una amenaza de parto instaurada, de tal forma que la impresión diagnóstica que horas antes registró su homólogo no se confirmó.

En ese orden, si bien la gestante no pudo ser remitida a un centro de salud con servicio de ginecobotetricia ni fue evaluada durante su hospitalización por un ginecólogo, considerando su evolución favorable sin progresión del dolor y de síntomas claros de una amenaza de parto, así como la constatación del bienestar fetal, se estima que la orden de consulta externa prioritaria con el especialista fue apropiada, en la medida que no subsistían razones para que permaneciera hospitalizada.

En ese contexto, no se tienen fundamentos sólidos para concluir que los signos y síntomas de parto con los que llegó Daniela el 22 de mayo de 2015 al SES Hospital de Caldas -dilatación completa y en expulsivo-, dieciocho horas después de su egreso de la Clínica Santa Ana, habían iniciado antes de su ingreso a urgencias de esa clínica o durante su hospitalización, o que presentara en ese lapso un riesgo concreto de iniciación de la actividad; en otras palabras, las pruebas no muestran que durante los días 20 y 21 de mayo la paciente tuviera manifestaciones inequívocas de una amenaza de parto pretérmino, luego la conducta asumida por los galenos estuvo acorde con la condición y los síntomas de la gestante y contrario a lo aducido por la parte reclamante, no puede tildarse de negligente, imperita, imprudente o inversa a la lex artis.

Recuérdese que los médicos están obligados a *“realizar su actividad con la diligencia debida, esto es, a poner todos sus conocimientos, habilidades y destrezas profesionales, así como todo su empeño, en el propósito de obtener la curación del paciente o, en un sentido más amplio, a que éste consiga en relación con su salud o con su cuerpo el*

---

<sup>24</sup> La señora Daniela Grisales en su interrogatorio afirmó que el doctor Andrés Grisales no la evaluó ni cuando recibió el turno ni al egreso, y que este último se llevó a cabo por las enfermeras, quienes le entregaron unos papeles sin ninguna indicación adicional.

<sup>25</sup> “HALLAZGO SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN. DOLOR INTERMITENTE EN HIPOGASTRIO. NO SANGRADOS. FLUJO VAGINAL DESCRITO COMO BLANQUECINO, NO FÉTIDO - “NORMAL DEL EMBARAZO” – REFIERE. NO CEFALEA. MOVIMIENTOS FETALES PERCIBIDOS”

<sup>26</sup> “HALLAZGO OBJETIVO: TA 110/70 FC 68 FR 16 SAT 96% O2 AMBIENTE. FCF 127 CON DOPPLER. EF SIN CAMBIOS. MUCOSAS HÚMEDAS, ROSADAS. C/P NORMAL. ABDOMEN GRAVIDO (sic), CON DOLOR LEVE EN HIPOGASTRIO ÚNICAMENTE SIN IRRITACIÓN PERITONEAL”

*cometido que persigue o anhela*<sup>27</sup>, sin que, como regla general, *“queden vinculados al logro efectivo del denominado “interés primario” del acreedor -para el caso, la recuperación de la salud o su curación-, pues su deber de prestación se circunscribe, particularmente, a la realización de la actividad o comportamiento debido, con la diligencia exigible a este tipo de profesionales*<sup>28</sup>, de manera que solo el error culposo o inexcusable cimienta la atribución de la responsabilidad, dado que *“la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen”*<sup>29</sup>.

En tal sentido, mal puede reprochase que no se hubiera dejado a Daniela en hospitalización, cuando no había criterios para esa determinación, o que no se le practicara una cervicometría, porque a pesar de ser una ayuda diagnóstica para establecer una incompetencia cervical, no es de aquellos exámenes que se practiquen por los médicos generales, ni está plasmado en las guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio<sup>30</sup> vigentes para la época; amén que en el centro médico no se evidenciaron manifestaciones de esa condición.

No se olvide que la apreciación del actuar médico no puede ser retrospectiva, sino que corresponde a un juicio *a priori* de los elementos que tenía a disposición el profesional para emitir su concepto, esto es, los síntomas informados por el paciente, los advertidos en la valoración clínica y los obtenidos a partir de los exámenes y ayudas diagnósticas; entonces, como lo resalta la Corte, *“ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico”*<sup>31</sup>.

En ese horizonte, aunque no puede asegurarse como se hizo en la sentencia, que el parto pretérmino fue resultado de la incompetencia cervical de la gestante, es una hipótesis que tampoco quedó descartada; lo cierto es que la parte reclamante no probó la culpa atribuida a los galenos de la Clínica Santa Ana, lo que de suyo excluye una responsabilidad civil de las codemandadas y una prestación en cabeza de los llamados en garantía.

**3.4. Conclusión.** La sentencia objeto de apelación será confirmada, pero por las razones acá esbozadas, dada la falta de prueba de los elementos axiológicos que dan origen a la obligación resarcitoria.

---

<sup>27</sup> C.S.J. Sentencia SC 20001-3103-005-2005-00025-01 del 5 de noviembre de 2013. M.P. Dr. Arturo Solarte Rodríguez.

<sup>28</sup> Ídem.

<sup>29</sup> C.S.J. SC de 26 de noviembre de 2010. Exp. 08667, reiterada en CSJ SC de 28 de junio de 2011, Rad. 1998-00869-00 y CSJ SC 3253 del 4 de agosto de 2021, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo.

<sup>30</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf)

<sup>31</sup> C.S.J. SC de 26 de noviembre de 2010. Exp. 08667, reiterada en CSJ SC de 28 de junio de 2011, Rad. 1998-00869-00 y CSJ SC 3253 del 4 de agosto de 2021, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo.

Subsecuentemente se condenará en costas de segunda instancia a la parte demandante por haberse resuelto de manera desfavorable su recurso; pero será únicamente en favor de Cosmitet Ltda. porque solo respecto de ella se causaron, al haber intervenido activamente en el trámite de la apelación (art. 365 num. 1 y 8 C.G.P.).

## V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, en Sala de Decisión Civil Familia, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

### RESUELVE:

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia el 14 de diciembre de 2022 por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, en el proceso verbal de responsabilidad médica promovido por Daniela Grisales Mateus, Alba Gladys Mateus Gil, Leonardo Grisales Grisales, Juliana Grisales Mateus, Dora Nancy Mateus Gil, Erika Consuelo Grisales y Natalia Quintero Mateus en contra de la Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Cia. Cosmitet Ltda. y CMS Colombia Ltda. Corporación Médica Salud para los Colombianos, trámite al que fueron llamados en garantía el médico Andrés Felipe Grisales Franco, La Previsora S.A. Compañía de Seguros y Seguros del Estado S.A.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas de segunda instancia a la parte demandante en favor de la Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Cia. Cosmitet Ltda.

Por Secretaría, **DEVUÉLVASE** oportunamente el expediente al juzgado de origen.

### NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

**SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA**

Magistrada Ponente

**ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS**

Magistrada

**ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO**

Magistrado

Firmado Por:

Sofy Soraya Mosquera Motoa

**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional  
Sala Despacho 004 Civil Familia  
Tribunal Superior De Manizales - Caldas**

**Alvaro Jose Trejos Bueno  
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional  
Sala 9 Civil Familia  
Tribunal Superior De Manizales - Caldas**

**Angela Maria Puerta Cardenas  
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional  
Sala 6 Civil Familia  
Tribunal Superior De Manizales - Caldas**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **0c885961b97105a4e7563e0c55a109baf4eee032485a2fc69c865459d7d87fc2**

Documento generado en 27/07/2023 04:08:28 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**