



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA**  
**SECCIÓN TERCERA**  
**SUBSECCIÓN C**

**MAGISTRADO PONENTE: JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA**

Bogotá, D.C., veinte (20) de agosto de dos mil veinte (2020)

<b>Referencia</b>	11001-333-1037-2012-00104-01
<b>Sentencia</b>	SC3-20082428 Sala 92
<b>Medio de Control</b>	<b>REPARACIÓN DIRECTA</b>
<b>Demandante</b>	<b>VIVIANA PINZÓN CHAVARRO Y OTRO</b>
<b>Demandado</b>	<b>HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E. Y OTROS</b>
<b>Tema</b>	Falla del servicio por actividad médica obstetricia. Falla en esterilización quirúrgica "pomeroy". Embarazo no deseado. Muerte fetal y afecciones de salud producto del mal procedimiento. Falla del servicio médico asistencial en anticoncepción. Daño antijurídico: anticoncepción fallida ( <i>Wrongful conception</i> ). Vulneración al derecho a la decisión libre de procrear. Acreditación del nexo de causalidad entre la fallida esterilización, la muerte del feto y las afecciones de salud.

Procede la Sala a proferir sentencia de segunda instancia dentro del presente proceso de reparación directa instaurado por la señora **VIVIANA PINZÓN CHAVARRO Y OTRO** contra el **HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E. Y OTROS**.

### I. ANTECEDENTES

#### 1. La demanda.

El 19 de diciembre de 2011 la señora **VIVIANA PINZÓN CHAVARRO** y el señor **ÁLVARO OCTAVIO VELASCO TOVAR** presentaron demanda de reparación directa contra el **HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E.<sup>1</sup> –SALUD TOTAL E.P.S. –DISTRITO CAPITAL DE BOGOTÁ –SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ D.C**, con el fin de que se les declarara administrativa y patrimonialmente responsables por el daño antijurídico que les fue ocasionado, con la cirugía denominada "pomeroy" practicada el día 22 de octubre de 2009 en el Hospital de Suba II Nivel E.S.E. que le causó múltiples complicaciones de salud y la muerte de su hija que estaba por nacer. Expresamente se solicitaron como pretensiones:

*"1- CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS (\$496 900.000) por concepto de la indemnización de perjuicios (...) morales causados por el error médico cometido en la cirugía pomeroy del 22 de octubre de 2009. Este valor también es por las complicaciones y consecuencias que les trajo ésta cirugía como los dolores, las amenazas de aborto, el sangrado permanente, las fiebres y la muerte de la bebé que esperaba la Sra. VIVIANA PINZÓN CHAVARRO. La cifra aquí establecida se da bajo la gravedad de juramento conforme con el Art. 211 del C. de P.C.*

*2- Intereses de mora respecto de la suma anterior liquidados desde la fecha de su respectiva exigibilidad y hasta el momento en que se produzca su pago de forma efectiva".*

<sup>1</sup> Ahora SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E.

Como fundamento de las pretensiones se señaló que el 22 de octubre de 2009 a la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO le fue practicada en el Hospital de Suba II Nivel E.S.E. una cirugía de ligadura de trompas, denominada "pomeroy", con la que se pretendía evitar que la paciente tuviese más hijos. Que dentro de los hallazgos reportados en este procedimiento se anotó "ausencia uterina de trompa derecha".

Se asegura que, tras dicha intervención quirúrgica, la paciente presentó múltiples complicaciones de salud, representadas en sangrados, inflamación abdominal y fiebre, entre otros, por lo que tuvo que acudir al servicio de urgencias del Hospital Simón Bolívar E.S.E. en repetidas ocasiones, entre estas, los días 3 de enero de 2010, 27 de enero de 2010, 4 de marzo de 2010 y 10 de marzo de 2010. De la atención brindada en estas fechas, se puntualiza que el **27 de enero de 2010**, los demandantes fueron notificados que la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO presentaba un embarazo de 9.4 semanas, noticia que refieren, les significó incredulidad y asombro, pero les trajo alegría y entusiasmo.

Agregan que, en consultas posteriores, a saber 4 y 10 de marzo de 2010, la paciente consultó por urgencias al presentar "amenaza de aborto", dada la presencia de sangrado y "mucho dolor". Y que el 24 de marzo de 2010 le es practicado a la paciente "examen médico" por parte de Profamilia, momento en que le notificaron del deceso de su hija a causa de un infarto placentario, situación que les trajo profundo dolor, depresión y frustración.

Se enfatiza que, la paciente no debió quedar embarazada luego de la realización del pomeroy, y que las complicaciones en su embarazo obedecieron a una mala práctica médica en el acto quirúrgico.

## **2. Actuación procesal en primera instancia.**

El 19 de marzo de 2011 el expediente le fue asignado al Despacho del Magistrado Ramiro Pazos Guerrero. Mediante auto del 4 de mayo de 2012 se ordenó la remisión del asunto a los Juzgados Administrativos de Bogotá D.C. en razón al factor cuantía.

El 23 de mayo de 2011 el expediente le fue asignado al Juzgado 37 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C; el 6 de junio de 2012 se admitió la demanda únicamente respecto de la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO como demandante contra el HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E, de manera que se rechazó respecto de los demás sujetos procesales indicados en el escrito de la demanda y se negó solicitud de amparo de pobreza formulada por la demandante.

En cumplimiento a lo dispuesto por el Acuerdos PSAA11-8370 de 2011/ PSAA11-8922 de 2011, que adoptó medidas de descongestión para los Juzgados Administrativos, el proceso le fue reasignado al Juzgado 20 Administrativo de Descongestión del Circuito de Bogotá (hoy Juzgado 60 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C.). El 8 de agosto de 2012, este juzgado avocó conocimiento del presente proceso.

El 26 de febrero de 2013 el HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E. contestó la demanda y llamó en garantía a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y a la FUNDACIÓN SOCIAL CIUDAD DE CALI. En esta misma fecha, la parte demandante adicionó su demanda en el sentido de incluir nuevamente al señor ÁLVARO OCTAVIO VELASCO TOVAR como demandante y solicitando reconocimiento de perjuicios a favor de aquél también.

El 7 de mayo de 2013 se admitió la adición de la demanda y el 19 de noviembre de 2013 la parte demandada contestó la adición de la demanda.

El 5 de marzo de 2014 se admitieron los llamamientos en garantía y por auto del 15 de mayo de 2015 se declaró el desistimiento del llamamiento formulado contra la Fundación Social Ciudad de Cali.

El 26 de agosto de 2014 LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS contestó la demanda y el llamamiento en garantía.

El 15 de septiembre de 2015 se abrió a etapa de pruebas el proceso.

El 9 de agosto de 2018 se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para que rindiera concepto. El 22 de agosto de 2018 la parte demandante alegó de conclusión. El 23 de agosto de 2018 alegó de conclusión LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. El HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E. no hizo uso de su derecho de alegar de conclusión. El Ministerio Público se abstuvo en emitir concepto.

El 29 de agosto de 2018 el expediente ingresó al Despacho para proferir la sentencia de primera instancia.

### **1. Sentencia de primera instancia.**

El 11 de diciembre de 2018 el *a quo* profirió sentencia en la que negó las pretensiones de la demanda, al considerar que no se encontraba acreditados los elementos de responsabilidad, esto es que *"el resultado que la parte actora considera como dañoso"* haya tenido origen en el procedimiento quirúrgico practicado por el HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E., por cuanto *"el feto presentaba un hidrops fetal, que se define como la presencia anormal de líquido seroso en al menos dos compartimientos fetales, que corresponde a dos grupos etiológicos; Inmune y no inmune. Esta condición tiene como causa un grupo heterogéneo de patologías cardiovasculares, gastrointestinales, pulmonares, cromosómicas (se han descrito 14 enfermedades lisosomales asociadas) hematológicas e infecciosas (1.6-5% de los casos). Se evidencia entonces que no se anota la intervención quirúrgica como causa del hidrops fetal"*.

Enfatizó que no está acreditado que a la paciente se le hubiesen practicado *"incisiones y procedimientos"* en la cirugía denominada "pomeroy" que hubiesen provocado la muerte del feto.

## **I. RECURSO DE APELACIÓN.**

### **1. El recurso.**

El 15 de enero de 2019 el apoderado de la parte actora interpuso recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia.

Como fundamento de su recurso señaló que, contrario a lo considerado por el juez de instancia, el daño antijurídico, la falla del servicio y el nexo de causalidad se encuentra acreditados pues sin duda alguna la paciente tuvo que afrontar diferentes complicaciones

de salud que le provocaron "dolor, afecciones, duelo", producto de la "cirugía mal practicada que hizo el Hospital de Suba y por el aborto posterior, ya que dicha señora fue mal valorada y jamás debió quedar embarazada. Solo se le hizo el procedimiento en la trompa de Falopio izquierda y no se intervino la trompa derecha la cual aún seguía activa, circunstancia que llevó al fracaso de la cirugía y a que la paciente quedara embarazada".

Aduce que el dictamen pericial rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses visible de folios 254 a 260 del cuaderno principal, es concluyente a la hora de señalar la falla cometida en la práctica de la cirugía de esterilización "pomeroy" y la conexión de ésta con el embarazo inesperado que terminó en aborto.

De igual manera, censura las consideraciones del *a quo* respecto del daño ocasionado a los demandantes, pues contrario a lo asegurado por aquél, el único daño que se le ocasionó a la paciente no solamente fue el aborto de su hija sino además el dolor físico y emocional que le significó el mal procedimiento quirúrgico y la pérdida de su hija en las anotadas circunstancias. Estima que debe evaluarse que la paciente sufrió dolores y/o padecimientos físicos, que se reflejan en las 7 consultas médicas que tuvo que hacer en razón a molestias, dolores, sangrado e infecciones que se vio avocada a afrontar a raíz del procedimiento, que no estaba en la obligación o deber jurídico de soportar; como también debe evaluarse la conducta del hospital responsable de la cirugía, porque no prestó apoyo psicológico a los demandantes luego de la pérdida de su hija.

Por lo tanto, pide que se reevalúe a plenitud el material probatorio que obra en el expediente, especialmente el dictamen pericial y la declaración de la progenitora de la paciente, que da cuenta de los padecimientos de su hija en el periodo de transición entre el tiempo en que le practicaron la cirugía de pomeroy y el momento en que ocurrió la pérdida de la bebé, que permitirá evidenciar la viabilidad de las pretensiones de la demanda y la condena de la entidad hospitalaria responsable de los daños irrogados a los demandantes.

El 14 de febrero de 2019 se concedió el recurso de apelación en el efecto suspensivo.

## **2. Actuación procesal en segunda instancia.**

Recibido el expediente en esta Corporación, mediante auto del 29 de abril de 2019 se admitió el recurso de apelación interpuesto por la parte actora y el 2 de julio de 2019 se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para rendir concepto.

**El 9 de julio de 2019 la parte DEMANDANTE presentó alegatos de conclusión.** En los que reiteró integralmente los argumentos expuestos en su recurso de apelación que es motivo del presente pronunciamiento.

**El 9 de julio de 2019 LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, presentó alegatos de conclusión.** Solicitó confirmar la sentencia de primera instancia que negó las pretensiones de la demanda al considerar que, las conclusiones sobre las que se estructuró la decisión se encuentran debidamente sustentadas en las pruebas que obran en el proceso. Y, en caso de acceder a las pretensiones de la demanda, solicitó tener en cuenta la contestación al llamamiento en garantía y las excepciones propuestas frente a este en el marco de referencia del contrato de seguro No. 1007534.

La Sala, al no encontrar causal de nulidad alguna que pudiera invalidar lo actuado, procede a resolver de fondo el asunto.

## II. PROBLEMA Y TESIS JURÍDICA

### Problema jurídico.

En atención a la argumentación del recurso de apelación, la Sala resolverá el siguiente problema jurídico:

¿El juez de primera instancia no valoró las pruebas bajo el criterio de la sana crítica y de manera conjunta de tal manera que se demuestre que, la fallida esterilización quirúrgica denominada "pomeroy" practicado a la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO por el HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E. el 22 de octubre de 2009 fue la causa de "*los dolores, las amenazas de aborto, el sangrado permanente, las fiebres y la muerte de la bebé que esperaba*"?

### Tesis de la Sala.

En criterio de la Sala la sentencia de primera instancia debe confirmarse porque como bien lo adujo el juez de instancia, en el presente caso no se encuentran acreditados la totalidad de los elementos de responsabilidad en tanto las pruebas recaudadas no aportan plena certeza que el deceso del bebé esperado por los demandantes se debió a las deficiencias en la atención médica brindada a la paciente en la cirugía de pomeroy practicada el 22 de octubre de 2009 en el Hospital de Suba II Nivel E.S.E.

De igual manera, tampoco es posible establecer que las complicaciones de salud presentadas por la paciente Viviana Pinzón Chavarro obedecieron a la fallida esterilización, pues por el contrario se acreditó que la paciente tenía antecedentes clínicos muy similares en consultas anteriores al procedimiento. Por lo tanto, no puede inferirse el nexo de causalidad entre la fallida esterilización y las complicaciones y/o consecuencias referidas en la demanda, representadas en los dolores, las amenazas de aborto, el sangrado permanente, las fiebres y la muerte de la bebé que esperaban.

En consecuencia, no hay lugar a declarar la responsabilidad de la entidad demandada en los anotados hechos y por consiguiente se confirmará la sentencia del *a quo*.

Para resolver el problema jurídico planteado, la Sala abordará la siguiente temática: i) Presupuestos procesales del medio de control en estudio; ii) Cláusula general de responsabilidad del Estado Social de Derecho; iii) Responsabilidad en la prestación del servicio médico de ginecología; iv) Régimen probatorio en los casos de responsabilidad médica; v) Régimen de imputación derivado de la actividad médica; vi) Falla del servicio médico asistencial en anticoncepción. Anticoncepción fallida (Wrongful conception). Vulneración al derecho a la decisión libre de procrear; y vii) análisis del caso en concreto.

## III. CONSIDERACIONES

### 1. Jurisdicción.

Por ser las demandadas entidades estatales, el presente asunto es de conocimiento de esta jurisdicción, de acuerdo con el artículo 82 del Código Contencioso Administrativo.

## **2. Competencia.**

Esta Subsección es competente desde el punto de vista funcional para conocer del presente proceso, por la instancia, la naturaleza del asunto y la cuantía, dado que se trata del recurso de apelación de la sentencia proferida dentro de un proceso de reparación directa por el Juzgado 60 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C, el valor de la pretensión mayor individualmente considerada no supera los 500 SMLMV, al tenor del numeral 1º del artículo 133 del Código Contencioso Administrativo y el artículo 157 de la Ley 1437 de 2011 aplicable por disposición del artículo 198 de la Ley 1450 de 2011.

## **3. Caducidad de la acción.**

Los hechos materia de debate ocurrieron el 22 de octubre de 2009, conforme a lo indicado en los hechos de la demanda, fecha en la que se practicó la cirugía de esterilización, denominada "pomeroy" a la paciente VIVIANA PINZÓN CHAVARRO en el HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E, sin embargo, el conocimiento del resultado fallido de esta, o mejor, el momento en que las partes evidenciaron que el método de esterilización había resultado fallido, ocurrió en la fecha en que son notificados del embarazo de 8 semanas, esto fue el día 4 de enero de 2010.

Así las cosas, de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 8º del artículo 136 del Código Contencioso Administrativo, la caducidad operaba el 5 de enero de 2012.

No obstante, en razón al trámite conciliatorio adelantado ante la Procuraduría 135 Judicial II para Asuntos Administrativos de Bogotá por la parte demandante, entre el 14 de octubre de 2011 y el 14 de diciembre de 2011, fechas en que se radicó la solicitud de conciliación y se expidió la constancia de que trata la Ley 640 de 2001, el término con el que la parte demandante contaba para presentar la demanda era hasta el 6 de marzo de 2012.

Así las cosas, es claro que la demanda del 19 de diciembre de 2011 fue presentada en oportunidad, por lo que no ha operado la caducidad de la acción.

## **4. Legitimación en la causa.**

### **a. Por activa.**

El caso en estudio comprende como demandantes a la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO y al señor ÁLVARO OCTAVIO VELASCO TOVAR, en calidad de paciente y compañero permanente de aquélla, quienes aseguran haber sufrido perjuicios morales con ocasión a la falla en el servicio médico atribuido al HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E.

La condición de la señora Viviana Pinzón Chavarro se encuentra acreditada en el proceso con la copia de la historia clínica que reposa en el expediente y el informe pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias forenses que fue allegado al proceso (fs. 1 a 3, c2 y 148 a 153, c1) y (fs. 254 a 260, continuación c1), por lo que está acreditada su legitimación en la causa dentro del proceso en ciernes.

En relación con el señor ÁLVARO OCTAVIO VELASCO TOVAR, su calidad de compañero permanente de la víctima directa quedó acreditada a través de los testimonios obrantes en el expediente, en los que se le reconoció como compañero de la señora Viviana Pinzón

Chavarro para la época de los hechos materia de proceso (fs. 142 a 145, 172 a 174, c1). De igual manera, en la historia clínica, se encuentra inscrito su nombre como esposo de la paciente en mención, de manera que se deduce su relación afectiva para la época de los hechos.

**b. Por pasiva.**

En el presente asunto obra como demandado el HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E. (ahora SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E.), a quien se le responsabiliza de la defectuosa atención médica brindada en la cirugía practicada a la señora VIVIANA PINCÓN CHAVARRO el día 22 de octubre de 2009, por lo que su legitimación en la causa por pasiva se encuentra igualmente avalada por la historia clínica que reposa en el plenario (fs. 1 a 3, c2 y 148 a 153, c1).

Si bien la demanda inicialmente fue dirigida contra el HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E. – SALUD TOTAL E.P.S. –DISTRITO CAPITAL DE BOGOTÁ –SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ D.C, lo cierto es que solo se admitió con respecto al HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E, de manera que la Sala considera irrelevante emitir pronunciamiento alguno respecto a la legitimación de las demás partes.

**c. Llamado en garantía.**

El HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E. llamó en garantía a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS con fundamento en el Contrato de Seguro instrumentalizado en la póliza de responsabilidad civil para instituciones médicas No. 10007534, por lo que, al cumplir con los requisitos formales de la figura del llamamiento en garantía, con auto del 5 de marzo de 2014, se admitió el mismo.

Se advierte que este llamamiento se estudiará de fondo en caso de demostrarse la responsabilidad de la entidad llamante en garantía Hospital de Suba II Nivel E.S.E.

**5. Argumentación jurídica.**

**5.1. Cláusula general de responsabilidad del Estado Social de Derecho.**

La fórmula del Estado Social de Derecho no es una simple muletilla gramatical o fina galantería retórica sino que incluye un reconocimiento efectivo de los derechos constitucionales ya que se funda en la dignidad humana, en la carta de derechos y mecanismos de protección, donde es la persona humana como fuente última que legitima la existencia y el accionar del Estado y sus autoridades. (Art. 1, 2 y 94 C.P.)<sup>2</sup>.

Pero mucho más importante es la inclusión a nivel constitucional de la fórmula básica o esencial de la responsabilidad patrimonial del Estado en el artículo 90 de la Constitución, pues es la víctima y su daño antijurídico el que tiene en adelante toda la atención y protección de sus derechos frente a las acciones u omisiones del Estado y sus autoridades, que le sean imputables, las que sirven de fundamento a la indemnización de los perjuicios ocasionados por los mismos, ya sea a partir de los criterios de la "falta del servicio, daño especial o riesgo excepcional o cualquier otro"...En síntesis, la responsabilidad

<sup>2</sup> Ver Corte Constitucional T-406 de 1992, especialmente.

extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico y de su imputación a la administración”<sup>3</sup>. Asimismo, la reparación tiene un carácter preventivo. Conforme lo dispuesto en el artículo 90 constitucional, el Estado es responsable patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables. En ese sentido, el Consejo de Estado ha sostenido, en múltiples pronunciamientos, que la declaración de responsabilidad patrimonial y administrativa será posible siempre que se acredite la concurrencia de los elementos constitutivos de la misma, así: i) el daño antijurídico, patrimonial o moral, que el demandante no tenía por qué soportar, ii) la acción o la omisión constitutiva de una falla del servicio de la Administración y iii) la relación o nexo de causalidad entre los dos elementos anteriores<sup>4</sup>.

Sobre la responsabilidad del Estado, el Consejo de Estado ha precisado que ésta se encuentra comprometida siempre y cuando se acredite: **i)** la existencia de una obligación legal o reglamentaria a cargo de la entidad demandada de realizar la acción con la que se habrían evitado los perjuicios; **ii)** la omisión de poner en funcionamiento los recursos de que se dispone para el adecuado cumplimiento del deber legal, atendidas las circunstancias particulares del caso; **iii)** la existencia de un daño antijurídico; y **iv)** la relación de causalidad entre la omisión y el daño<sup>5</sup>.

Tal y como lo ha establecido el Máximo Tribunal Administrativo y la doctrina. “*En ocasiones a pesar de existir daño no procede declarar la responsabilidad. Esto por cuanto el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad. En efecto, en algunos eventos no se declara la responsabilidad, a pesar de haber existido daño. Es lo que ocurre en dos hipótesis: el daño existe pero no se puede atribuir al demandado, como cuando aparece demostrada una de las causales exonerativas de responsabilidad; o el daño existe y es imputable, pero el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es un daño antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre.*”<sup>6</sup>

Asimismo, el Consejo de Estado en sentencia del pasado 1º de agosto de 2016<sup>7</sup>, reiteró la posición antes adoptada, en el sentido de advertir que, es el daño, la columna vertebral de la responsabilidad del Estado, de manera que corresponde al Juez establecer su existencia, su antijuridicidad, y la magnitud de su afectación, y para efectos de ser indemnizable, requiere de su cabal estructuración, la cual comprende la demostración de los siguientes aspectos:

- i) Daño antijurídico:** esto es, aquel que no se está en el deber jurídico de soportar.
- ii) Derecho, bien o interés lesionado protegido por el ordenamiento jurídico.**
- iii) Daño cierto y personal:** es decir, que se puede apreciar material y jurídicamente y, por ende, no se limita a una mera conjetura.

El daño consiste en el menoscabo del interés jurídico tutelado y la antijuridicidad en que él no debe ser soportado por el administrado, ya sea porque es contrario a la Carta Política o

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 27 de noviembre de 2017, Radicación número: 66001-23-33-000-2013-00147-01(52993). CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

<sup>4</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero Ponente: Carlos Alberto Zambrano Barrera. Sentencia del 12 de mayo de 2016. Radicación número: 68001-23-31-000-2005-02581-01 (40544) / Consejero ponente: HERNAN ANDRADE RINCON (E). Sentencia de 9 de septiembre de 2015. Radicación número: 73001-23-31-000-2001-03279-02(34468)

<sup>5</sup> CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN A Consejero Ponente: CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA Bogotá, D.C. diez (10) de febrero de dos mil dieciséis (2016) Radicación número: 76001-23-31-000-2005-02897-01 (38092)

<sup>6</sup> HENAO, Juan Carlos. El Daño: Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en Derecho Colombiano y Francés. Universidad Externado de Colombia. Bogotá 2007. Pág. 38.

<sup>7</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero ponente: Carlos Alberto Zambrano Barrera. Bogotá D.C., 1º de agosto de 2016. Radicación número: 66001-23-31-000-2009-00171-01 (40943)

a una norma legal, o, porque es "irrazonable," sin depender "de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración."

Sobre el carácter cierto y personal del daño, la Sala ha considerado que:

*"De allí que, sólo habrá daño antijurídico cuando se verifique una modificación o alteración negativa fáctica o material respecto de un derecho, bien o interés legítimo que es personal y cierto frente a la persona que lo reclama, y que desde el punto de vista formal es antijurídico, es decir no está en la obligación de soportar porque la normativa no le impone esa carga".*

Por otro lado, la falla del servicio, como título para imputar responsabilidad al Estado, se configura por alguno de los siguientes supuestos: (i) retardo, (ii) irregularidad, (iii) ineficiencia, u (iv) omisión o ausencia del mismo.

En relación con lo anterior, el Consejo ha señalado que:

*El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente ante la ciudadanía en prestar el servicio; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma diferente a como debe hacerse en condiciones normales, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan y la ineficiencia se da cuando la Administración presta el servicio pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal. Y obviamente se da la omisión o ausencia del mismo cuando la Administración, teniendo el deber legal de prestar el servicio, no actúa, no lo presta y queda desamparada la ciudadanía<sup>8</sup>.*

Así las cosas, en el marco del título de imputación de responsabilidad de falla del servicio, adicional al daño antijurídico se requiere que la entidad demandada haya actuado de manera tardía, irregular, ineficiente o que no haya actuado.

Finalmente, existe un tercer elemento sin el cual no se puede configurar la responsabilidad del Estado, como lo es el **nexo de causalidad** entre el daño antijurídico y la acción u omisión de la administración. Se debe determinar si es imputable o no a la entidad demandada, como quiera que aquél es requisito indispensable de la obligación de reparar; por tanto, corresponde al juez, en principio, constatar el daño como entidad, como violación a un interés legítimo, valorar si es o no antijurídico y, una vez estructurado éste, analizar la posibilidad de imputarlo o no a la entidad demandada, de manera que si el daño no está acreditado se torna inoficioso el estudio de la responsabilidad, por más que se encuentre configurada una falla en la prestación del servicio.

El nexo causal, entonces, debe ser definido como la relación necesaria y eficiente entre el daño antijurídico cierto y la acción u omisión de la administración. La jurisprudencia y la doctrina han indicado que "para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquél aparece ligado a ésta por una relación de causa – efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad.

La jurisprudencia ha sido pacífica al establecer que el nexo de causalidad debe ser probado en todos los casos por el actor, independientemente de si el régimen de responsabilidad

---

<sup>8</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero ponente: Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia de 7 de abril de 2011, Radicación número: 52001-23-31-000-1999-00518-01(20750)

aplicable está “fundamentado en la culpa, en la falla, o en alguno de los regímenes de responsabilidad objetiva”<sup>9</sup>.

## **5.2. Responsabilidad en la prestación del servicio médico de ginecología.**

En cuanto al régimen de responsabilidad en los casos de responsabilidad médica en prestación del servicio de ginecología, la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, con ponencia del Magistrado Dr. Hernán Andrade Rincón, en sentencia del 13 de agosto de 2014, expediente 29596, señaló:

*"(...), se debe precisar que bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, siendo que, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño.*

*"No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad. En otras palabras no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño, para que automáticamente se ubique en el ente hospitalario demandado la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad le corresponderá probar en contra de lo demostrado por el actor, demostración que –se insiste– puede lograrse a través de cualquier medio probatorio". (Subrayado fuera de texto).*

En este sentido, el Consejo de Estado ha precisado que, frente al acto obstétrico, en la actualidad no se rige por el régimen objetivo, sino por un régimen subjetivo- falla probada con flexibilización frente al rigor de la prueba de la falla, imponiéndose de esta forma la obligación por parte del accionante, de probar no solo el daño, sino adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre ésta y el daño<sup>10</sup>.

## **5.3. Régimen probatorio en los casos de responsabilidad médica.**

En cuanto a la carga de la prueba en los casos de responsabilidad médica, el Consejo de Estado<sup>11</sup> ha precisado ciertos criterios:

<sup>9</sup> PATIÑO, Hector. La causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual. Universidad Externado de Colombia. Revista de derecho privado No. 20, Enero – Junio de 2011. <http://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derpri/article/viewFile/2898/2539> Consultado el 11 de octubre de 2016.

<sup>10</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejera ponente: Marta Nubia Velásquez Rico, sentencia del 17 de agosto de 2017, Radicación número: 73001-23-31-000-2008-00068-01(40912)

<sup>11</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Ramiro de Jesús Pazos Guerrero. Sentencia de 27 de marzo de 2014. Radicación número: 05001-23-31-000-2002-00456-01(31508).

(i) por regla general, al demandante le corresponde probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los que resulte "excesivamente difícil o prácticamente imposible" hacerlo; (ii) **de igual manera, corresponde al actor aportar la prueba de la relación de causalidad**, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los casos en los cuales "resulte muy difícil –si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar"; (iii) en la apreciación de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa efectiva del daño; (iv) la valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas con alteraciones en su salud; (v) **el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio**<sup>12</sup>. (...)

Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica **deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel**<sup>13</sup>, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria.

#### **5.4. Régimen de imputación derivado de la actividad médica.**

Luego de muchos debates al interior de la jurisprudencia del Consejo de Estado, éste ha establecido que el régimen de responsabilidad aplicable en la actividad médica es la falla del servicio<sup>14</sup> y más específicamente la **falla probada del servicio**<sup>15</sup>.

Este título de imputación opera "no solo respecto de los daños indemnizables de la muerte o de las lesiones corporales causadas", sino que comprende también la vulneración a los derechos a "ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y... por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz"<sup>16</sup>.

Ahora, en cuanto a la falta de atención oportuna y eficaz en la prestación del servicio de salud, lo que se afecta directamente es la garantía constitucional del derecho a la salud y que se refiere al respeto del principio de "integralidad en la prestación del servicio"<sup>17</sup>.

La Corte Constitucional ha definido el principio de integralidad así:

*"todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal*

<sup>12</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de abril de 2005, exp. 14786, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

<sup>13</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia de 30 de julio de 2008, exp. 15726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar; sentencia de 21 de febrero de 2011, exp. 19125, C.P. (E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras.

<sup>14</sup> Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.

<sup>15</sup> Sentencias de agosto 31 de 2006. Exp. 15772; octubre 3 de 2007. Exp. 16.402; 23 de abril de 2008, Exp.15.750; 1 de octubre de 2008, Exp. 16843 y 16933; 15 de octubre de 2008, Exp. 16270; 28 de enero de 2009, Exp. 16700; 19 de febrero de 2009, Exp. 16080; 18 de febrero de 2010, Exp. 20536; 9 de junio de 2010, Exp. 18.683.

<sup>16</sup> Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

<sup>17</sup> Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

*dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud*<sup>18</sup>.

El Consejo de Estado, por su parte, ha acogido este principio en su jurisprudencia y ha dicho que:

*"La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)"<sup>19</sup> subrayado fuera de texto.*

#### **5.5. Falla del servicio médico asistencial en anticoncepción. Anticoncepción fallida (Wrongful conception). Vulneración al derecho a la decisión libre de procrear.**

En relación al tema de la concepción fallida, el Consejo de Estado, el pasado 5 de diciembre de 2016, con ponencia del Consejero de Estado Ramiro Pazos Guerrero, con ocasión al caso presentado en el proceso No. 41262, estudió de fondo el tema de la concepción fallida y estableció los alcances del daño que se analiza en el marco de este tipo especial de responsabilidad de los prestadores de servicios médicos, en los siguientes términos:

*"...el problema jurídico que le corresponde a la Sala resolver es precisamente determinar si la anticoncepción fallida puede generar un daño, entendido como la afectación cierta, concreta, determinada o determinable de una situación jurídica protegida y, en caso afirmativo, en qué consiste.*

*Para abordar dicho análisis la Sala parte de una **premisa esencial** de acuerdo con la cual, haciendo abstracción de cualquier tipo de consideración o debate confesional, filosófico o ideológico, desde el punto de vista jurídico la vida humana constituye un valor supremo que demanda del Estado su protección en los diferentes ámbitos, de tal modo que si esta no se garantiza carece de sentido el reconocimiento de otras prerrogativas subjetivas. Sin embargo, no es posible desconocer el debate que se plantea si en algunos eventos el hecho mismo de la concepción de una nueva vida puede o no constituir un hecho dañoso, pues abordado el problema desde la perspectiva de la naturaleza humana y el reconocimiento de su dignidad tiene serias implicaciones tanto éticas como jurídicas<sup>20</sup>.*

*(...)*

*Así las cosas, debe concluirse que la vulneración a dicha prerrogativa tiene la potencialidad de generar un daño antijurídico que atenta contra un derecho que la Constitución garantiza. Sin embargo, ello impone establecer cuáles son los eventos en los que puede entenderse menoscabada la libertad reproductiva,*

<sup>18</sup> Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006.

<sup>19</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

<sup>20</sup> Cfr. CASTAÑO, Patricia, *Derecho, Genoma Humano y Biotecnología*, Bogotá, Temis, 2004.

*ligada íntimamente a la libertad sexual, esto es, teniendo en cuenta que la concepción surge como consecuencia plausible e inherente al ejercicio de esta.*

*(...) hay lesión de la referida garantía cuando un tercero interviene ilegítimamente en la decisión positiva o negativa respecto de la procreación, a través de cualquier conducta activa u omisiva que impida su pleno ejercicio. En estos eventos, se insiste, debe prescindir el juez de criterios respecto de lo que considera o no correcto, para dar paso a la protección del querer del lesionado, cuya decisión libre es la que determina que el hecho de la concepción pueda eventualmente producirle un daño, aunque para otro pueda significar que ello solo genera beneficios, como lo expresó el Ministerio Público con ocasión de este asunto.*

*(...)*

*(...) la Sala considera que **la vulneración a la libertad reproductiva y sus consecuencias dañosas en el plano personal no pueden, en ningún caso, afectar la dignidad del hijo nacido o del que está por nacer, toda vez que poseen a nivel del derecho interno e internacional una protección jurídica reforzada.***

*(...) el verdadero daño susceptible de ser reparado tiene que ver con la vulneración del derecho a la decisión libre de procrear o no y sus consecuencias en el plano personal del titular de esa garantía, desligada de los derechos inherentes al nuevo ser, que siguen siendo protegidos. **En suma, el daño no se erige por el hecho de la vida en gestación o por el nacimiento de un nuevo ser humano, sino por las consecuencias lesivas que puede producir la transgresión a la garantía de los padres de decidir en materia reproductiva y la repercusión de esos hechos en su proyecto de vida.***

*(...)' Resalta la Sala fuera del texto original.*

Conforme con lo anterior, el daño susceptible de ser reparado, en casos donde el método anticonceptivo realizado a un paciente ha fallado, es el relacionado con la vulneración del derecho a la decisión libre de procrear o no y las consecuencias que ello pueda traer en el plano personal al titular del derecho, es decir, *"la vulneración al derecho a la libertad reproductiva puede generar un daño antijurídico bajo los estándares de cierto, concreto, determinado o determinable, susceptible de ser imputado al Estado, en los términos del artículo 90 de la Constitución"*.

En este orden de ideas, el daño no se erige por el hecho de la vida en gestación o por el nacimiento de un nuevo ser humano, sino por las consecuencias lesivas que puede producir la transgresión a la garantía de los padres de decidir en materia reproductiva y la repercusión de esos hechos en su proyecto de vida.

De manera que, el estudio de los elementos de responsabilidad que se le imputan a una entidad prestadora de servicio de salud sexual y reproductiva no debe circunscribirse únicamente a determinar los eventos de errores o falencias en el método utilizado, de su administración o de la praxis quirúrgica cuando ella tiene lugar, sino que también debe contemplar un estudio de aquellos casos en los que la falta de información suficiente impide

al paciente la adopción de una decisión informada sobre el anticonceptivo a utilizar y, sobre todo, conocer los eventuales riesgos del método escogido. De tal suerte que, ante la acreditación de la omisión de la entidad en alguna de las denotadas eventualidades, corresponderá declarar su responsabilidad administrativa extracontractual.

#### **IV. CASO CONCRETO.**

##### **1. Precisiones del caso.**

Teniendo en cuenta el escrito integral de la demanda, su subsanación y posterior adición, la Sala entiende que la parte demandante persigue la declaratoria de responsabilidad administrativa y extracontractual de la E.S.E. HOSPITAL DE SUBA II NIVEL, con la consiguiente condena al pago de los perjuicios morales que le fueron ocasionados producto de una falla del servicio médico brindado a la paciente VIVIANA PINZÓN CHAVARRO en la cirugía de esterilización quirúrgica, denominada "pomeroy", que le fue practicada el 22 de octubre de 2009, con la que se le causaron diferentes complicaciones de salud, representadas en "*dolores... amenazas de aborto...sangrado permanente... fiebres y...muerte de la bebé que esperaba*".

Siguiendo este derrotero que marca el estudio del caso que se debe hacer en el presente asunto, ha de precisarse que la parte demandante, no concibe el embarazo no deseado, como un daño antijurídico por el que persiga indemnización, pues, aunque en el presente caso podría ser discutido como daño antijurídico, de las pruebas que obran en el proceso y el enfoque que se le dio a la demanda, se infiere con claridad que, aunque la bebé de los señores VIVIANA PINZÓN CHAVARRO y ÁLVARO OCTAVIO VELASCO TOVAR no fue planeada, trajo para la pareja y su entorno familiar, sentimientos de alegría y entusiasmo, de manera que no se percibió como un daño (Pruebas 2.6/2.7/2.8).

Bajo el anotado contexto, la Sala infiere que los demandantes buscan que el estudio del caso se haga bajo en el entendido de que los daños antijurídicos censurados obedecen a las complicaciones y consecuencias que les trajo la cirugía de pomeroy practicada el 22 de octubre de 2009, representados en los dolores, las amenazas de aborto, el sangrado permanente, las fiebres y la muerte de la bebé que esperaban.

En el estudio del caso, el *a quo* abordó en un primer plano, como daño antijurídico, la muerte de la bebé de los señores VIVIANA PINZÓN CHAVARRO y ÁLVARO OCTAVIO VELASCO TOVAR en el vientre materno, frente a lo cual consideró que, ante la falta de prueba de que el mal procedimiento en el que se incurrió en la cirugía del 22 de octubre de 2009 haya sido la causa de la muerte del feto, no había lugar a declarar la responsabilidad de la entidad demandada. De igual manera, se refirió a las complicaciones presentadas por la paciente con posterioridad a la práctica de la anotada cirugía, y concluyó que el dictamen pericial rendido por Medicina Legal resulta concluyente frente a la causa y origen de estas complicaciones y, el por qué éstas mismas no pueden considerarse directamente proporcionales con la cirugía de ligadura de trompas fallida.

La parte demandante cesura la sentencia del *a quo* porque considera que, contrario a lo decidido, el único daño no fue el aborto, sino además todas las complicaciones de salud que se reportaron en la historia clínica representadas en las más de 7 ocasiones en que la paciente tuvo que acudir al servicio de urgencias por dolor pélvico y sangrados irregulares, entre otras afecciones. También cuestiona que no se haya tenido en cuenta que la paciente

ni su núcleo familiar no recibieron apoyo psicológico, por parte del Hospital de Suba, por la pérdida de su bebé.

Así las cosas, corresponde a la Sala entrar a estudiar el material probatorio relevante para la solución del caso concreto, y procederá a estudiar si, contrario a lo decidido por el juez de instancia, se encuentran acreditados los elementos de responsabilidad en el presente caso como lo afirma la parte demandante y hay lugar a atribuir que las complicaciones de salud manifestadas por la paciente, entre ellas, la pérdida de su bebé, fueron o no, producto de la fallida ligadura de trompas de Falopio practicada por el Hospital de Suba II Nivel E.S.E. el 22 de octubre de 2009.

Si bien es cierto en el recurso en estudio solo se hace referencia a ciertas pruebas que no fueron valoradas integralmente por el *a quo*, también lo es que es imprescindible y necesario, en virtud del principio de la comunidad de las pruebas, que su análisis no se restrinja a las que señaladas en el recurso porque ninguna de ellas tienen un valor absoluto sino que todas se encuentran interrelacionadas, de tal forma que cuando se afirma que una prueba no es valorada o se evaluó de manera incorrecta, es deber del Juez resolver si efectivamente se omitió tener en cuenta esa prueba de manera absoluta, en el sentido que no se hizo ninguna referencia en el fallo o porque se le dio un valor diferente al que debía tener, pero la única manera de saberlo es interrelacionándola con la comunidad de las pruebas recaudadas que construyen las premisas sobre las que se debe estructurar la decisión judicial.

## **2. Medios de prueba relevantes.**

En el curso del proceso fueron allegadas las siguientes pruebas, a las cuales se confiere mérito probatorio conforme a la ley y a la jurisprudencia<sup>21</sup>:

- 2.1.** Reporte de patología No. A092902-09-13-3936, fechado del 4 de diciembre de 2009, correspondiente al análisis de las "trompas uterinas" de la paciente VIVIANA PINZÓN CHAVARRO, de 24 años de edad, suscrito por la patóloga del HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E, muestra obtenida en la cirugía practicada en dicha entidad el 22 de octubre de 2009 (fl. 68, c1):

*"DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:*

*Se recibe 1 fragmento cilíndrico de tejido que miden 1.5 x 0.5 cm, de color pardo, blando al corte luz central virtual. Se procesa todo.*

*DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:*

*Los cortes muestran pared de trompa uterina congestiva sin alteraciones histológicas.*

*DIAGNÓSTICO: SEGMENTOS DE TROMPA UTERINA: -ESENCIALMENTE NORMAL."*

- 2.2.** Artículo médico sobre "esterilización quirúrgica femenina" allegado por la parte demandada junto con su contestación a la demanda (fs. 69 a 93, c1).

---

<sup>21</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sala Plena. Magistrado Ponente Dr. Enrique Gil Botero. Sentencia del 28 de agosto de 2013. Expediente 25.002.

**Pruebas del llamamiento en garantía del HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E. (ahora SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E.) contra LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

- 2.3.** Certificado de "expedición" del Contrato de seguro de responsabilidad civil para clínicas y hospitales instrumentalizado en la póliza No. 1005168 expedida por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS el 20 de agosto de 2010, con una vigencia que comprende entre el 23 de agosto de 2010 y el 23 de agosto de 2011, cuyo tomador y asegurado corresponde al HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E., de cuyo contenido y anexos se destaca (fs. 122 a 133, c1):

*"...RCP-006-3 –PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL... SE EXPIDE LA PRESENTE PÓLIZA EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y/O CONDICIONES DE LA VIGENCIA ANTERIOR DE ACUERDO AL OFICIO No. 970 DEL 17/08/2010 DE PIZANO ECHEVERRI ASOCIADOS..."*

*FECHA DE RETROACTIVIDAD: AL 23 DE AGOSTO DE 2002 FECHA EN QUE INICIÓ VIGENCIA LA PÓLIZA N. 1005926... LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRIMERA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL HOSPITAL DE SUBA II NIVEL... EXPEDIDA POR LA PREVISORA S.A. Y QUE NO SE HAYAN PRESENTADO PERIODOS DE INTERRUPCIÓN, ES DECIR, SOLO SE CUBREN HECHOS OCURRIDOS CON POSTERIORIDAD A DICHA FECHA (23/08/2002).*

*(...)*

*LA PRESENTE PÓLIZA ES CONTINUIDAD DE LA No. 1007534 DE LA SUCURSAL BOGOTÁ."*

### **Testimonios**

- 2.4.** Declaración del señor **Álvaro Pico Velasco**, de profesión comerciante, quien aseguró ser el abuelo paterno del menor David Santiago Velasco Pinzón, hijo de la señora VIVIANA PINZON CHAVARRO, quien en relación con los hechos materia de debate refirió (fl. 142, c1):

*"...Sé que en Octubre de 2009 a la señora Viviana Pinzón se le practicó una cirugía para no tener más hijos y según el nombre técnico médico se llama pomeroy... sé que le trajo consecuencias entre ellas un embarazo no deseado debido a que la intervención médica fue mal practicada y por consecuente daños físicos, psicológicos y Morales al quedar embarazada... me consta que debido a la intervención el feto murió... las causas fueron los síntomas que ocurrieron debido a la cirugía como inflamación, infección, sangrado y fiebre... el compañero permanente para esa época era el señor Álvaro Octavio Velasco Tovar Mi hijo... el padre de la criatura era mi hijo Álvaro Octavio Velasco Tovar... en lo que he tenido trato personal siempre he constatado de que los daños morales emocionales han sido bastante acentuados y por consecuencias trastornos psicológicos... cuántos hijos tiene la señora Viviana. Contestó: me consta que tiene dos hijos... para la época de los hechos el cuidado de los dos niños estuvo a cargo de los abuelos maternos y de nosotros los abuelos paternos y en particular el caso de David Santiago Velasco... estuvimos acompañándola en el proceso del Duelo por la cercanía de los hogares Y las relaciones permanentes amenera de consejos y comprensión... Preguntado:Cuál fue el suceso de las cenizas*

*del bebé. Contestó: Una vez cremada la bebé, los padres y nosotros por todos los medios tratamos de dejarla en el sitio indicado pero debido a la insuficiencia económica de los progenitores para darle cristiana sepultura La determinación fue dejarlos enterrados en una finca de los abuelos maternos en el municipio de La Paz Santander donde ahora reposa.... hasta ahora no me consta que ella haya tenido el apoyo médico psicológico de parte de hospital de suba... el núcleo familiar de la señora Viviana estaba integrado por ella, el señor Álvaro Octavio Velasco Tovar, La niña Brenda Pinzón y el niño David Santiago Velasco, y ahora está integrado por ella, la niña Brenda y el niño David Santiago... me ha tocado compartir el duelo con sus padres y sus hermanos, brindarles el apoyo necesario moral para este caso...Ella me ha confesado que el sufrimiento moral y psicológico ha sido bastante acentuado y que aún no lo ha podido superar..."*

- 2.5.** Declaración de la señora **Blanca Miryam Chavarro**, ama de casa, quien aseguró ser la madre de la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO, y en relación con los hechos materia de proceso indicó (fs. 143 y 144, c1):

*"...Le hicieron la cirugía para no tener más bebés; se la tenía que hacer un doctor el día que yo la llevé para que le hicieran la cirugía, salió una doctora que no me acuerdo el nombre de ella, entonces preguntamos qué si estaba el doctor y no me acuerdo tampoco del nombre del doctor, qué le iba a hacer la cirugía para no tener más bebés, entonces la doctora nos dijo que ella le hacía la cirugía que porque el doctor no se encontraba en ese momento, le hicieron la cirugía y yo esperé a la parte de afuera de la sala de cirugía no recuerdo la hora que me la entregaron, yo me la llevé para la casa y ya ella empezó con alergias, con sangrado, manchaba y Manchado Entonces como en el mes de enero apareció con alergia con un brote en todo el cuerpo y nosotros pensamos que se había intoxicado con algo, alimento o algo, entonces el esposo con un primo la llevaron por urgencias al Simón Bolívar, Entonces los doctores la atendieron, empezaron a hacer exámenes para de que dependía la alergia, cuando le hicieron los exámenes el doctor Le dijo que estaba embarazada y mi hija les contestó que no, que ella estaba operada para no tener más hijos, Entonces el doctor Le dijo que ella estaba embarazada, era increíble, no podíamos creer que ella estaba embarazada, le recetaron unos óvulos que ella tenía infección bueno después ella siguió constantemente con su sangrado, pero cuando les dijeron que estaba embarazada ellos se aferraron a su bebecito y luego de tanto seguir con el sangrado volvieron al hospital entonces precisamente fueron porque tenía otra ecografía para saber cómo seguía el bebé cuando le tomaron la ecografía, el doctor le dijo que el bebé estaba muerto Entonces mi yerno me llamó al trabajo y me dijo suegra mi bebé está muerto...Entonces inmediatamente Yo pedí permiso, yo trabajaba con una doctora, yo llegué al hospital Simón Bolívar y mi hija estaba como loca gritando y ella dijo que la dejaran ir a la cafetería y ella se escapó y se salió del hospital y la cuñada y la amiga de la cuñada la encontraron por allá andando, ella estaba como loca cuando ella se encontraron conmigo, Ella me abrazó y me dijo el médico dice qué mi bebé está muerto, Entonces yo le dije mamita si el doctor Le dijo eso es porque él sabe y ella lloraba, yo y me qué no que ella sentía que se le movía en el estómago, Entonces yo le dije mamita para que usted esté más segura salimos y la llevé a la 34 con Caracas en profamilia la doctora le hizo una ecografía porque ella no creía entonces la doctora le tomó la ecografía*

*y yo estaba al lado de mi hija y la doctora le dijo mamita tiene que resignarse la bebé lleva 8 días de muerta por eso la infección que ella tenía, Entonces cuando la doctora nos dio esa respuesta, yo no hallaba Cómo controlar a mi hija y yo la convencí de que nos dé volviéramos para el hospital Simón Bolívar, llegamos y los doctores de ahí la iban a remitir otra vez para el hospital de suba y ella no quiso y yo tampoco la dejé ir entonces ahí en el hospital Simón Bolívar había un muchacho que nos ayudó para que no la remitiera qué trabaja en la parte administrativa, ella se me prendía de la mano y me decía mamita no me deje sacar para ese hospital porque ya tenía mucho miedo por lo que le había pasado... entonces la dejaron internada en el hospital y nos turnamos con Miller para cuidarla y en el momento que ya le pusieron el pitocin para que tuviera el bebé Yo estaba con ella en el momento del parto ella tuvo un bebecito encima de la camilla y los doctores se lo iban a llevar para hacerle estudios y ella se les aferró que se lo entregaran a ella, el parto Fue normal, yo cogida de mi hija Ella pujaba normal, nació el bebé Entonces el doctor lo recibió, Eso pareció una gelatina estaba el cuerpo completo Entonces el doctor se iba a llevar y ella se sentó en la camilla y le dijo al doctor que se la diera y el doctor se la entregó y ella lo cogió y se lo llevó al pecho y le daba besos El doctor dijo primer mamá que me pide eso, Entonces el doctor Le dijo que tenía que llevárselo para hacer estudios y ella le dijo que no lo cogiera para experimento ni nada de eso, Entonces el doctor Le dijo tranquila mamá yo te lo voy a entregar como tú lo ves ahí, lo y ahí en el Hospital los que se encargan de la funeraria, Ellos nos dieron el cajoncito, mi yerno y mi hija llevaron una cobijita y volvieron y lo echaron dentro del cajón luego al cementerio central allá donde la cremaron nos entregaron las cenizas luego mi hija duro con las cenizas en el apartamento un año porque no teníamos los recursos para pagar y meterlo en un osario nos pedían como más de 4 millones de pesos, durante ese año ella era con su cajón alzado para lado y lado y nosotros le decíamos que lo dejaran en un lugar sola y viajaron hasta Vélez Santander tampoco se pudo hacer nada entonces ella Habló con mi mamá, nosotros teníamos una finquita en Santander y le dijo a mi mamá que si por favor se la dejaba sepultar allá en la finca y mi mamá le dijo que sí, te hablo con el sacerdote del pueblo la aguada Santander del Sur el padre fue a la finca toda la gente de las veredas se reunieron y la niña está sepultada debajo de un árbol, se le hizo la misa todo como una persona adulta y en realidad mi hija no ha tenido nadie ayuda de parte del hospital ni psicólogo ni nada Y ahorita pues peor la separación es otro golpe más encima para ella no hace sino llorar yo hablo con ella y le digo tranquilícese dejemos todo en manos de Dios... hasta donde yo sé a ella en tenían que hacerle una cirugía según los dibujos que nos mostró el doctor en el hospital Simón Bolívar Según a ella le habían cortado las trompas y quemada para no tener más hijos, luego al poco tiempo de la cirugía fue cuando ella resultó embarazada y ahí fue donde empezó el desangrado, las alergias las complicaciones de mi hija, fue al hospital Simón Bolívar y le dijeron que estaba embarazada.*

Cuando se le preguntó sobre el estado anímico de su hija ella respondió "Mal muy mal es como si se le hubiera destruido todo por dentro lo único que decía era mamita si yo me muero por favor cuídame a mi niña y a mi niño, Yo le dije mamita pídele mucho a Dios que no te vaya a pasar nada porque

*tienes tus hijos Por quién vivir y ella lloraba mucho, Te el a mí, nos pedía tanta ayuda tanto a ellos como a mí que no la dejáramos sola pero ella no soltaba el cajón de las cenizas de la niña para nada, ella me decía que se quería morir, irse con su chinita para el cielo y al fin Ella tanto yo hablarle y todo entendió y ya después que la sepultamos ya empezó a estar un poquito más tranquila pero ella no ha superado eso y ella siempre dice que todo es por culpa qué le hizo esa doctora y es verdad porque yo digo que si el doctor le hubiera operado no hubiera pasado eso, en realidad yo digo que esa doctora era un aprendiz"*

Frente a la pregunta de la conformación del núcleo familiar de su hija actualmente contestó *"Pues anteriormente ellos llevaban un hogar muy bonito pero hace un año todo se derrumbó y ella está viviendo en mi casa con sus dos niños..."*

- 2.6.** Declaración de la señora **Ederleth Tovar García**, ama de casa, madre del señor ÁLVARO OCTAVIO VELASCO TOVAR, y suegra de la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO, sobre los hechos materia de proceso refirió como aspectos relevantes (fl. 145, c1):

*"...El feto murió, a ella la intervinieron ese día de la cirugía para la pomey Y es que la iba a operar no la operó entró otra médica que no estaba programada... eso fue infarto placentario por la intervención mal hecho, ella supuestamente fue intervenida para no tener más hijos y quedó en embarazo, fue llevada a varias veces por urgencias al hospital Simón Bolívar después del pomey Y a ella le dio un brote y pensamos que era un virus, resulta que ella después le sacaron resultados de sangre y salió positivo para embarazo ahí fue cuando nos sorprendimos porque ya estaba operada para no tener más embarazos pues al ver que ya estaba el feto pues lo aceptamos y nos alegramos, después fue cuando tenía una cita de control a los 5 meses cuando se dieron cuenta en la ecografía que el bebé que venía había muerto hace 8 días atrás y que tocaba intervenir la rapidísimo para no infectarse pero yo digo que ya se alcanzó a infectar porque ya estaba muy mal demasiada fiebre entonces ahí fue cuando tenía que intervenirla para sacarle el bebé, tenían que sacarse a pedazos y ella dijo que no y le aplicaron la inyección y lo tuvo normal pero la niña nació y no la dejaron poner ni siquiera vestido pero ellos no tenían medios como enterrar la niña Entonces le dijeron que salía más económico cremar la y guardar las cenizas y las cenizas se las llevaron a Santander dónde es la familia de ella, a raíz de eso ellos han tenido muchos problemas psicológicos, a ella no se le ha podido olvidar lo de la niña, Ella sufrió en carne viva Y cómo fue tratada en esos hospitales nadie le puso cuidado ni psicológica ni nada, mi hijo estuvo muy triste en ese tiempo y sin trabajo y yo me preocupaba de verlo así..."*

Frente a la pregunta de qué pasó con los hijos mientras ocurrieron los hechos contestó *"Yo me hacía cargo de Santiaguito y la mamá de ella se hacía cargo de la niña mayor... yo estuve pendiente de todo ella estuvo muy enferma con muchas hemorragias, yo le cocinaba, le llevaba toallas higiénicas, frutas, le daba mucha fiebre...Nosotros éramos muy Unidos y ahora todo ha sido diferente tanto que ellos se separaron...yo quedé totalmente mal... un tantas cosas que le hacen a una persona y nadie responde... ella está mal porque no duerme casi, tiene como problemas psicológicos uno lo de los hijos no lo olvida, más ella que lo vivió en carne propia que la tocaban le miraban y la dejaban ahí un rato me decía ella hasta cuándo ellos quisieran seguirla atendiendo..."*

En relación al Estado anímico de su hijo Álvaro Octavio contestó *"Estaba muy triste y sin dinero para afrontar la situación y yo de verlo así la situación fue muy terrible, todo se complica porque él estaba buscando desde vestido porque no tenía para el entierro, no tenía para el entierro, mucho menos para el traje y no comía ni dormía pensando, yo le brindaba algo y nada..."*

- 2.7.** Declaración de la señora **Yuderly Velasco Tovar**, técnica en educación preescolar, de ocupación "independiente", asegura se la hermana del señor ÁLVARO OCTAVIO VELASCO TOVAR, y en relación con los hechos de la demanda refirió (fs. 172 a 174, c1):

*"...Me consta que a mi sobrinito de nombre David Santiago, a raíz del nacimiento de mi sobrino en el hospital de suba a mi cuñada le hicieron pomeroy para no tener más hijos el niño Tenía ya unos meses de vida, él nació en marzo, él tendría como 8 o 9 meses y nos da la noticia que estaba de nuevo embarazada, Entonces la sorpresa de todos fue grande debido a que ella se había hecho la cirugía para no tener más bebés entonces la sorpresa para todos fue grande de todas maneras, pues la situación se asumió de responsabilidad por ser los padres y en parte en la ilusión que ya llegaba otro bebé porque en ese momento no sabíamos que era una niña, pasaditos los meses siempre fue complicado el embarazo de ella y cierto día mi hermano me llamó llorando y me comenta que por favor le colabore que Viviana estaba en el hospital y que el bebé que ella estaba esperando estaba muerto y el trauma fue muy complicado para todos porque se supone que le estaban tratando el embarazo de alto riesgo pero nunca nos imaginamos el desenlace de la situación, el embarazo era de alto riesgo, es a mí pero no sé cuándo les dijeron, lo que sé es que ella había estado con un sangrado días anteriores, ya después me dirigí al hospital a recoger a Viviana porque ella estaba destrozada con la noticia y llegamos a la casa En ese momento recuerdo que ellos lloraban En parte el dolor para la familia estábamos con mis padres A ella le dijeron que tenía que regresar porque tenían que realizarle un proceso de parto normal A ella le indujeron el parto ese día la bebé nació en la noche a ella le dijeron que era una bebé Cuando nació y a ella le dijeron que tenía que dejarla en el hospital pero decidieron cremarla, y ya lo que sigue es lo del cementerio eso fue difícil y duro. ya con las cenizas se las llevaron para donde un familiar de Viviana y ella tuvo después de eso complicaciones de salud, tuvo dolores bajitos, luego Tuvo una cirugía no recuerdo bien pero era por problemas de ovarios. no nos dijeron porque la bebé se murió y lo que sé es que la cirugía de la pomeroy la habían practicado mal..."*

Cuando se le preguntó sobre la convivencia de los demandantes refirió: *"Desde que ella quedó embarazada de mi sobrinito desde septiembre de 2008 hasta octubre de 2014"*

En cuanto los perjuicios que percibió le fueron causados a su hermano indicó: *"De momento fue tristeza mucha tristeza para mi hermano en esos días estaba callado, él no entendía porque decía que habían tomado una decisión en ese momento de no tener más hijos después enterarse que ella estaba embarazada el apoyo en todo momento Y hoy en día él está muy apegado a una de mis hijas porque tiene más o menos la edad que debería tener su hija y uno le ve ese cariño a la niña ya que mi niña tiene 5 años y la de ellos tendría 6 años"*

Cuando se le preguntó sobre los posibles motivos de separación entre los demandantes refirió: *"Yo creo que lo que vi en ellos pues también problemas*

y fueron diferentes a la situación que yo tenga entendido”.

En relación a la situación presentada una vez se entera del embarazo inesperado manifestó: "Lo que yo entendía era que el embarazo era de alto riesgo pero no sé porque los controles prenatales los tuvo en el hospital Simón Bolívar..."

- 2.8.** Historia clínica de la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO correspondiente a la atención médica brindada en el HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E., de la cual se puede destacar como aspectos relevantes los siguientes (fs. 1 a 3, c2 y 148 a 153, c1):

Tipo de servicio	Fecha de valoración	Datos clínicos reportados	Médico tratante
Servicio de ginecología y obstetricia - Hospital de Suba II Nivel E.S.E.	17/sep/2009 (fs. 148 y 149, c1)	Examen físico: TAS: 120.00 mmhg; TAD: 70.00 mmhg; TAM: 86.70 Mmhg; FC: 78 pulsos/ min; FR: 18.00 /min. Respuesta verbal: 5.00 Ptos.; Respuesta motor: 6.00 Ptos.; Respuesta ocular: 4.00 Ptos; Glasgow total:15.00 Ptos. Estado mental: alerta; Cabeza: mucosa oral húmeda Abdomen: blando depresible no, no irritación Peritoneal Estado general: buen estado general Información general. Motivo consulta: MC deseo de paridad satisfecha paciente G2P2V2, con deseo de paridad satisfecha. Antecedentes: Partos no quirúrgicos; embarazo ectópico; alérgica al ibuprofeno, <b>Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos:</b> Menarquia 12 años, Ciclos menstruales: 30*4; Plan: INSECCIÓN; Fecha última regla: 10 de septiembre; Fecha de último parto: hace 6 meses; citología vaginal: pendiente reporte. <b>Plan diagnóstico y terapéutico:</b> se solicita hemograma; prueba de embarazo, valoración pre anestésica, indicaciones de programación de cirugía se explican riesgos y complicaciones	Dr. Sain Peña Zea ginecólogo y obstetra
Anestesiología -Hospital de Suba II Nivel E.S.E.	21/sep/2009 (fs. 151, c1)	Examen físico: TAS: 130.00 mmhg; TAD: 70.00 mmhg; TAM: 48.00 mmhg; FC: 64.00 pulsos/ min; FR: 12.00 /min. Motivo consulta: Paciente programada para pomeroy.	Dr. José Luis Melo Barrera. Anestesiólogo
Quirófano ginecología y obstetricia- Hospital de Suba II Nivel E.S.E.	22/oct/2009 (fs. 152 y 153, c1)	<b>Procedimiento a realizar:</b> sección y/o ligadura de trompas de Falopio (cirugía de pomeroy) por mí minilaparotomía sod. <b>Anotaciones de enfermería:</b> <b>15:00.</b> Ingresa paciente al servicio de ginecología para procedimiento de pomeroy programado, consciente alerta y orientado caminando por sus propios medios, se viste con ropa quirúrgica y se canaliza vena con yelco 18 en miembro superior izquierdo pasando lactato de ringer a mantenimiento con consentimientos informados firmados, pendiente pasar a sala de cirugía. <b>17:00:</b> ingresa paciente a sala No. 2 deambulando por sus propios medios consciente alerta orientada con 23 años de edad, se ubica paciente en mesa quirúrgica, se monitoriza y se le administran 3 litros de oxígeno por cánula nasal por orden médica <b>17:12:</b> Dra. Ripoll da inicio de anestesia raquidea con técnica aséptica en sitio de punción utilizando spinikat 27 bupiroop Pesado al 5% <b>17:20:</b> Dra. González realiza lavado quirúrgico en sitio de cirugía, coloca Sonda vesical para evacuar vejiga, se coloca placa de electrobisturi en miembro inferior derecho. <b>17:25:</b> se viste paciente con Campos estériles y se inicia procedimiento, se toman muestras de fragmentos de trompa izquierda, te marca, se rotula debidamente y se deja en cuarto de patología <b>17:40:</b> termina procedimiento de cirugía, se realiza cierre por planos dejando herida quirúrgica cubierta con apósito seco, se traslada paciente a salas de recuperación en camilla bajo efectos de anestesia raquidea con líquidos endovenosos permeables, herida quirúrgica cubierta en buen estado, Sonda vesical para evacuar vejiga, historia clínica completa.	Enfermera Yenny Alexandra Gil Romero Cirujano: Karina Paola González Anestesiólogo: Adriana Patricia Ripoll González

		<p><b>Información quirúrgica:</b>  <b>17:36:</b> Hallazgos: ausencia quirúrgica de trompa uterina derecha, trompa uterina izquierda asepsia y antisepsia, colocación de Campos quirúrgicos, incisión transversal tipo phanestiell, disección hemostática por planos. Identificación de hallazgo, pinzamiento, doble ligadura, corte y cauterización de trompa uterina izquierda, cierre por planos: Aponeurosis con vycril 1 piel con prolene. No complicaciones, patología fragmento de trompa uterina izquierda</p> <p><b>Posoperatorio:</b> Diagnóstico principal: esterilización  <b>Indicaciones generales:</b> retiro de puntos en 10 días, control con patología.  <b>Estudios anatomopatológicos de órganos o tejidos:</b> fragmento de trompa uterina izquierda.  <b>Interconsulta</b> por medicina especializada –ginecología y obstetricia, control con patología</p>	
--	--	--	--

**2.9.** Historia clínica de la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO correspondiente a la atención médica brindada en el HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E., de la cual se puede destacar como aspectos relevantes los siguientes (digitalizada en DVD visible a folio 160, c1. Algunos segmentos de esta misma historia clínica visibles de folios 3 a 8, c2):

Tipo de servicio	Fecha de valoración	Datos clínicos reportados	Médico tratante
Servicio de Urgencias - Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.	27/abr/08 hasta 29/abr/08	<p>Paciente quien consulta por cuadro de 5 horas de evolución consistente en dolor en fosa iliaca derecha al que califica 9/10, asociado refiere sensación de masa en vagina y sangrado oscuro posterior a colposcopia realizada hace mes y medio.</p> <p>Drenaje de hemoperitoneo y lavado con 1000 cc, cierre abdominal por planos, complicaciones ninguna.</p> <p>Diagnóstico preoperatorio: Embarazo ectópico roto.          Diagnóstico postoperatorio: IDEM ampular derecho.</p> <p>Procedimiento quirúrgico obstétrico: salpingostomía derecha          Dx. Embarazo ectópico resuelto.</p> <p>29/abr/08: Se da salida con signos de alarma y recomendaciones generales, cita control y fórmula médica.</p>	
		<p>Reporte de patología entregado el 6 de mayo de 2008, a través del cual se informa que: "rotulado embarazo ectópico trompa derecha, se recibe fragmento cilíndrico de tejido pardo oscuro entremezclado con áreas amarillentas que miden 1.8x0.4 cm. No se reconoce trompa uterina. Se procesa todo 1 bloque...          Dx.: 1. MATERIAL ENVIADO COMO EMBARAZO ECTÓPICO, TROMPA DERECHA;          2. RESTOS OVULARES Y ESCASO TEJIDO DE MUCOSA DE TROMPA UTERINA."</p>	
	07/may/08	<p>Paciente refiere sangrado vaginal abundante, quien viene el día de hoy con dolor en fosa iliaca derecha, antecedente posoperatorio de laparotomía por embarazo ectópico hace 8 días refiere disuria y urgencia urinaria.</p> <p>Examen físico: buen estado general... abdomen dolor a nivel de fosa iliaca derecha, genitales se evidencia sangrado procedente de cavidad vaginal. TV se palpa anexo derecho... útero aumentado de tamaño.</p> <p>Nota de evolución: se recibe uroanálisis, con nitritos (-)... bacterias (+)... ecografía transvaginal que muestra líquido libre en el fondo de la pelvis a correlacionar con la clínica y antecedentes quirúrgicos, ovario derecho 39x22mm ovario izquierdo 27x16mm, no se evidenciaron masas ni colecciones (ininteligible) BHCG de 0.88 dentro de límites normales.</p> <p>Se da salida con recomendaciones y signos de alarma, cita control y fórmula médica con analgesia.</p>	
	16/may/08	<p>Paciente refiere 3 días de dolor en hipogastrio, asociado a episodios febriles (39°C) y a distensión abdominal. Refiere sensación de masa en FIO, cirugía 29/abr/08 por embarazo ectópico. Por sistemas, refiere disuria y tenesmo vesical.</p> <p>Nota de evolución: paciente quien actualmente refiere disminución de dolor en región pélvica, actualmente asintomática, por lo que se decide dar salida con recomendaciones y signos de alarma.</p>	

04/ago/08	<p>Dolor abdominal bajo. Paciente con cuadro de 1 semana de evolución, consistente en dolor abdominal bajo y de seno izquierdo, refiere retraso menstrual de 20 días. Antecedente G2 P1 A0 V1 C0 M0 E1 FUR 24/069/08 ciclos de 30*4.</p> <p>Nota de evolución: paciente con mejoría de dolor abdominal, reporte de paraclínicos. Ecografía transvaginal que reporta embarazo temprano de 5.5 semanas. BHCG informado por laboratorio verbalmente (+). Se da salida, con recomendaciones y signos de alarma y ecografía transvaginal de control en 1 semana.</p> <p>Plan manejo ambulatorio: salida con cita de control prenatal, eco transvaginal en 1 semana, signos de alarma y recomendaciones.</p>	
25/sep/08	<p>Paciente con cuadro de +/- 3 días de dolor en hipogastrio, niega sangrado ni síntomas urinarios. Asociado a cefalea, náuseas y emésis en múltiples episodios, actualmente en manejo con metoclopramida ocasional y c/8h.</p> <p>Impresión diagnóstica: amenaza de aborto y embarazo de 12 semanas x ECO. Se solicita ECO transvaginal.</p> <p>Nota evolución y reporte de ECO: útero aumentado de tamaño por presencia de saco gestacional de implantación normal con adecuada reacción...embrión único vivo, Embriocardia 154 x'. no evidencia desprendimientos o colecciones... embarazo de 13 semanas. Paciente refiere mejoría de cuadro clínico, se decide dar salida con fórmula médica, recomendaciones generales y signos de alarma.</p>	Dr. Giovanni López – Ginecobstetra
25/nov/08	<p>Cuadro clínico de 4 días de evolución de estreñimiento asociado a flatulencias y dolores en hipogastrio. Refiere no sentir movimientos fetales desde el día de ayer.</p> <p>Dx. Estreñimiento; embarazo de 21 semanas por FUR y antecedente de embarazo ectópico y aborto.</p> <p>Nota de evolución: se formula fidugel por 2 días para mejorar sintomatología de estreñimiento, se da salida con recomendaciones y signos de alarma y control prenatal.</p>	
18/dic/08	<p>Motivo de consulta: "me duele". Paciente con 6 meses de embarazo, que consulta por cuadro de 12 horas de evolución consistente en dolor de 12 horas de evolución consistente en dolor el fosa iliaca izquierda, niega síntomas urinario... (parte ininteligible)</p> <p>Dx de ingreso: vaginosis en tratamiento, IVU en tratamiento, embarazo de 25.1 semanas x ECO y dolor pélvico.</p> <p>Nota de evolución: se valora paciente, se realiza ET completo, se realiza TV con leve flujo blando, se dan indicaciones y signos de alarma con tratamiento analgésico x 3 días con acetaminofén. Se recomienda continuar con tratamiento antibiótico ampicilina y tratamiento vaginosis con Metronidazol óvulos. Se da salida con recomendaciones generales y signos de alarma.</p>	Dra. Dora Suárez – Ginecobstetra
16/feb/09 Hasta 18/feb/09	<p>Motivo de consulta: "contracciones". Cuadro clínico de aproximadamente 12 horas de evolución, actividad uterina irregular, no asociada a otra sintomatología. Niega sangrado, no amenorrea, niega expulsión tapón mucoso, niega síntomas vasoespasmos, FUR 24/jun/08, IVU + vaginosis en diciembre de 2008.</p> <p>Dx. Actividad uterina pretérmino; y embarazo de 32 semanas por ECO</p> <p>Nota de evolución: paciente estable, afebril, eco obstétrica, feto único vivo... se decide hospitalizar para estudio de infección, se inició manejo médico con tocolisis y maduración pulmonar...Gram de orina bacilos... de inició manejo antibiótico con cefalexina ...</p> <p>17/feb/2009: paciente hemodinámicamente estable...reporte flujo vaginal frotis negativo, continúa manejo médico vigilancia x UMMF</p> <p>18/feb/2009: paciente estable, sin dinámica uterina, afebril, buena respuesta clínica a manejo médico.</p> <p>19/feb/2009: paciente estable, sin signos de infección sin documentación dinámica uterina en el día de ayer, se suspende uteroinhibición tolerando adecuadamente. Continúa manejo médico con antibiótico. D3. Se confirma... ambulatorio por lo que se decide dar salida con recomendaciones general y signos de alarma, cita control UMMF, cefalexina por 7 días.</p> <p>Dx. De egreso: actividad uterina pretérmino resuelta, infección de vías urinarias en tratamiento y embarazo de 33.1/7 semanas por FUR</p>	
21/feb/09	<p>Motivo consulta: "dolor bajito". Cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en actividad uterina irregular, movimientos fetales positivos, no</p>	

	<p>amenorrea, no sangrado, hospitalización previa 16-feb-09 cuadro de actividad uterina pretérmino, infección de vías urinarias en tratamiento con cefalexina</p> <p>Examen físico: útero grávido, feto único vivo, longitudinal, FCF 142xp ESP: cuello posterior, sano, flujo escaso no fétido, V cuello largo, OCE abierto OCI cerrado, no sangrado.</p> <p>Diagnósticos: Actividad uterina pretérmino (presunto); Infección de vías urinarias en tratamiento (confirmado) y Embarazo de 33.2 semanas por ECO (confirmado).</p> <p>Nota de evolución: se toma monitoría fetal No reactiva, no se evidencia actividad uterina. Se da salida continuar manejo antibiótico, recomendaciones y signos de alarma.</p>	
24/feb/09	<p>Cuadro clínico de aproximadamente 15 horas de evolución, consistente en sensación de quemazón en abdomen, asociado a fiebre, dolor lumbar, movimientos fetales aumentados. Niega sangrado genital, niega amenorrea. Antecedentes de infección de vías urinarias tratamiento con cefalexina 500 mgs c/6h.</p> <p>Revisión por sistemas: múltiples consultas: 30 dic/08 VDRL no reactiva, GLUC pre 83.5, post 91.1; 29 de agosto de 2008 Igg No reactivo; 4 de septiembre de 2008 VIH negativo.</p> <p>Buen estado general... abdomen grávido, altura uterina de 30 cm, feto único vivo.</p> <p>Dx. Actividad uterina pretérmino          Plan: monitoreo fetal          Embarazo de 34.3 semanas x ECO          Nota evolución. Paciente estable...NST reactiva sin dinámica uterina actual ....          Se explica a paciente, se decide dar salida con recomendaciones generales y signos de alarma.</p>	
12/mar/09	<p>Cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en salida de orina constante (goteo), refiere movimientos fetales positivos, niega amenorrea, niega sangrado.</p> <p>Impresión diagnóstica: Ruptura precoz de membrana?          Embarazo de 37.4 semanas x FUR y 37.1 semanas x ECO.          Plan: ecografía obstétrica y monitoria fetal.</p>	
14/03/09	<p><b>19:04. Motivo de consulta:</b> paciente quien consulta por sangrado leve y salida de coágulos de 1 hora de evolución, asociado a disminución de movimientos fetales hace 1 hora; refiere cefalea; sensación de calor; mareo; actividad uterina irregular, con antecedentes de salpingectomía izquierda; infección de vías urinarias en tratamieto A/B; FUR 24/junio/2008; EGX FUR: 38 3/7 semanas, serología no reactiva; IgG toxo: No reactivo; VIH negativo; AgsHB: negativo.</p> <p><b>Dx.</b> Parto y embarazo de 38 3/7 semanas.</p> <p><b>Nota de evolución:</b> se recibe reporte de monitoria fetal, línea de base: 150. Aceleraciones positivas, Desaceleraciones (-); actividad uterina irregular; 1/20 min. NST reactiva, se da salida con recomendaciones y signos de alarma.</p>	
11/sep/09	<p><b>10:50. Motivo de consulta:</b> hace 1 hora con cefalea en región occipital irradiada a región cervical con gran intensidad</p> <p><b>Examen físico:</b> conjuntivas normocrómicas, esferas anictéricas, mucosa oral húmeda, no ingurgitación yugular...</p> <p>Nota de evolución: paciente presenta mejoría de la sintomatología, se decide dar salida con naproxeno y metoclopramida...</p>	<p>Dra.          Francynne          Caicedo          Med.          Cirujano</p>
03/nov/09	<p><b>19:05 Motivo de consulta:</b> "me operaron" dolor en la herida. Paciente refiere pre cuadro de 13 días de realización de pomey, manifiesta intenso dolor en región abdominal a nivel de herida quirúrgica en manejo con acetaminofén, con lo cual no ceden los síntomas. Pomey realizado en Hospital de Suba.</p> <p><b>Antecedentes personales:</b> Niega legrado obstétrico. Pomey – salpinguotomía derecha por embarazo ectópico.</p> <p><b>Examen físico general:</b> auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, herida quirúrgica en adecuado proceso de cicatrización. Con cicatriz que loide de dolor a la palpación en tercio y extremo izquierdo de herida quirúrgica, no dehiscencia de herida quirúrgica. TV Vagina NT/NE cuello posterior largo, cerrado, útero de tamaño y forma normales, anexos no palpables.</p> <p><b>Dx.</b> Dolor pélvico agudo; dolor en herida quirúrgica.</p> <p><b>Nota de evolución:</b> paciente con dolor a nivel de herida quirúrgica sin otros hallazgos diferentes a tumefacción a nivel de extremo izquierdo.</p>	

	<b>Plan:</b> se decide dar salida con analgesia, recomendaciones y signos de alarma.	
09/nov/09	<b>Motivo de consulta:</b> dolor pélvico agudo. No obran más reportes de esta atención médica	Dr. Félix Andrés Toro Gineobstetra
03/ene/10	<p><b>Motivo de consulta:</b> dolor abdominal.          Paciente con cuadro de 4 días de evolución de dolor en hipogastrio, tipo picada, urgencia urinaria poliuria y tenesmo vesical, con fiebre cuantificada en 39°C, astenia, adinamia, náuseas y 1 episodio emético.          Alerta, orientada, afebril, con mucosa oral húmeda, color a la palpación en fosa iliaca izquierda.          Diagnósticos de ingreso: dolor abdominal, Infección de vías urinarias y descartar embarazo.</p> <p><b>Nota de evolución:</b> paciente en buen estado general, con CH de 12000 leucos, sin anemia, prueba de embarazo positiva, parcial de orina sin signos de infección y eco transvaginal que muestra embrión de 8 semanas, posiblemente anembrionado, por lo que se interconsulta a ginecología.</p> <p><b>Reporte ecografía transvaginal:</b> útero aumentado de tamaño por presencia de saco gestacional de implantación normal con adecuada reacción coriodesidual, de 30 mm para una edad gestacional de 8 semanas 4 días. <b>Se evidencia vesícula vitelina, sin embargo aún o se observa embrión.</b> No hay evidencia de desprendimiento o colecciones retrocoriónicas. Canal cervical libre y cerrado. Anexos ecográficamente normales. <b>OPINIÓN:</b> Embarazo de 8.4 por diámetro promedio de saco gestacional; se sugiere correlacionar hallazgos con estudios ecográficos previos y niveles de BHCG para descartar la presencia de embarazo anembrionado.</p>	
04/ene/10	<p>El servicio de ginecología toma BHCG con resultado de G2201, por lo que da salida por control en consulta externa con signos de alarma.</p> <p><b>14:02:</b> Respuesta de interconsulta a Ginecología: Paciente de 24 años, con cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en dolor en hipogastrio, náuseas y 1 episodio emético, con antecedentes de pomey salpinguotomía... evidenciándose en paraclínicos prueba de embarazo positiva y ecografía con embrión de 8.4 semanas y sugieren correlacionar con BCHG, motivo por el cual interconsulta. Rx. Refiere náuseas, vómito... (parte ininteligible)</p>	Dr. José Vicente Barrera Med. Cirujano
07/ene/10	<p>Cuadro de dolor en hipogastrio de 8 días de evolución, asociado a tenesmo vesical, prueba de embarazo positiva, niega sangrado genital y antecedente de embarazo ectópico roto.</p> <p><b>Diagnóstico de ingreso:</b> dolor pélvico y amenaza de aborto.          Se reciben paraclínicos: CH con leucos (2.000 N=63.7x HB 14. Parcial de orina: contaminado, Gram de orina con bacilos gram negativos, sugestivo de infección de vías urinarias por cuadro clínico), se da salida con maneja cefalexina recomendaciones y signos de alarma. Cita por alto riesgo.</p> <p><b>Eco transvaginal:</b> muestra útero grávido, levemente aumentado de tamaño, con saco gestacional único, normoinserto, tónico, con adecuada reacción coriodesidual de 32 mm de diámetro mayor promedio, para una edad gestacional de 8 semanas 6 días. Dentro de este saco gestacional se identifica plo embrionario único, con una LCC de 5.9 mm para una edad gestacional de 6 semanas 3 días. El ovario derecho es de aspecto normal, con pequeña lesión quística en su interior de 15 mm, el ovario izquierdo no se visualiza. <b>Opinión:</b> embarazo de menos de 7 semanas 5 días por biometría (embrión de 6 semanas 3 días); embrión único vivo; pequeño hematoma subcoriónico menor al 10%.</p>	Dr. Luis Carlos Franco-Gineobstetra Dra. Luisa Acosta Fernández – Radióloga
11/ene/10	<p>Paciente con embarazo de 7.4 semanas por ecografía, Actualmente se encuentra en tratamiento por infección de vías urinarias. Consulta el día de hoy por persistencia de dolor en hipogastrio tipo ardor y marcados síntomas (ininteligible) Abdomen blando no doloroso.</p> <p><b>Nota de evolución 16:00:</b> evolución 6/0... se recibe reporte de uroanálisis; negativo para infección, GRAM de orina... se evidencia por win laboratorio negativo para microorganismos. Actualmente hemodinámicamente estable con signos vitales de TA 120/67 FC 77 FR 20. Por lo que se decide dar salida con signos de alarma y recomendaciones. Urocultivo de control postratamiento de orina... Control por consulta externa en 10 días.          Plan de manejo ambulatorio con buscapina, cefalexina.</p>	
24/ene/10	<p><b>12:33. Motivo consulta: dolor abdominal.</b> Paciente con cuadro clínico de 2 días de evolución, consistente en dolor abdominal generalizado, asociado a dolor lumbar, niega disuria y/u otra sintomatología urinaria. Además de cefalea tipo picada. Niega sangrado, no amenorrea.</p> <p><b>Examen físico:</b> TA 122 ib3 FC 76 FR 20, especuloscopia se observa abundante flujo vaginal amarillo-verdoso fétido. TV: vagina NT/NE cuello largo, posterior cerrado, útero aumentado de tamaño, no se palpan anexos.</p>	Dra. María Lara –Dr. Diego López. Gineobstetras

	<p><b>Diagnósticos de ingreso:</b> vaginosis (confirmada); infección de vías urinarias a descartar (presunto); y embarazo de 10.1 semanas (confirmado).  <b>Plan:</b> parcial de orina +gram  <b>15:20. Nota de evolución:</b> paciente en adecuadas condiciones generales, hemodinámicamente estable, sin SIRD, sin SDR, a quien se solicita parcial de orina no sugestivo de infección de vías urinarias, razón por la cual se decide dar salida con recomendaciones generales y signos de alarma, se da manejo antibiótico ambulatorio para vaginosis evidenciada en el examen físico. Cita de control con ginecología.</p>	
27/ene/10	<p><b>Motivo consulta:</b> dolor pélvico. Cuadro de dolor pélvico. Infección de vías urinarias tratada con cefalexina, persistencia del dolor abdominal.  <b>Examen físico:</b> abdomen blando, no doloroso, flujo fétido antecedente de amenaza de aborto.  Dx: amenaza de aborto  <b>Nota de evolución:</b> ECC muestra feto vivo de 9.2 semanas, parcial de orina y GRAM de orina no sugestivo de infección de vías urinarias. Se decide dar salida con signos de alarma y analgesia. Metronidazol óvulos por las noches.  <b>Reporte ecografía transvaginal:</b> útero aumentado de tamaño por presencia de saco gestacional de implantación normal con adecuada reacción coriódécidual, en el cual se observa embrión único, con un LCC de 27 mm para edad gestacional de 9 semanas 4 días. Embriocardia positiva con frecuencia cardíaca de 160/m. <b>Se evidencia mioma intramural de 17x14mm a nivel de la cara anterior.</b> No hay evidencia de desprendimiento o colecciones retrocoriónicas. Canal cervical libre y cerrado. Anexos ecográficamente normales. <b>OPINIÓN:</b> Embarazo de 9.4 por LCC; embrión único vivo y miomatosis uterina.</p>	Dr. Manuel Fernando Becerra - Radiólogo
04/mar/10	<p>Cuadro de 1 hora de evolución de sangrado vaginal que inicia escaso y progresa a moderado, con expulsión de coágulos no fétidos asociado a leve dolor en hipogastrio.  Antecedentes: miomatosis uterina... hace 2 meses cirugía salpingectomía, pomey 5 meses, alérgica al ibuprofeno, infección vaginal tratada en enero.  Planificación: pomey. Peso 57.8 kg. TA 123/63 FC 81 FR 18.  TV: cuello largo, cerrado... útero aumentado de tamaño por encima de pubis. Flujo amarillo con secreción hemática antigua.  <b>Diagnósticos de ingreso:</b>  Amenaza de aborto, embarazo de 16 semanas, miomatosis uterina por historia clínica, vaginitis.  Se solicita ecografía obstétrica, cuyo resultado llega a las 20:00 con la que se reporta feto único vital en situación longitudinal presentación cefálica con movimientos fetales positivos, actitud normal y tono adecuado...placenta...anterior sin áreas de hematomas ni desprendimientos. Gestación de 15 semanas y vitalidad fetal satisfactoria.  <b>20:00</b> Se decide dar salida con signos de alarma y recomendaciones y cita de control con ginecología y obstétrica y manejo médico para vaginitis.  <b>Diagnóstico de egreso:</b> amenaza de aborto descartada, embarazo de 15 semanas por ECO, antecedente de miomatosis uterina y vaginitis.</p>	
10/03/10 Control prenatal	<p><b>Motivo de consulta y embarazo actual:</b> Paciente con pomey hace 5 meses. Actualmente embarazo... amenaza de aborto y hematoma en enero, actualmente con escaso sangrado.  Genitales externos: normoconfigurados; SPC: leucorrea amarillenta verdosa; TV: sangrado oscuro, escaso, procedente de cavidad ; cuello largo posterior cerrado; no edemas  Idx: Amenaza de aboto, vaginosis, embarazo de 16.2 semanas; antecedente de pomey; antecedente de embarazo ectópico +salpingectomía.  P/ss: CH, UDRL; IgG toxoplasma, glicemia, parcial de orina, urocultivo, metronidazol óvulos, eco obst.  ® reporte prueba... VIH, micronutrientes, cita...  <b>UMMF:</b> Paciente con antecedente de pomey y en octubre 21/2010 en Hospital de Suba estuvo en urgencia por amenaza de aborto en enero de 2010.  <b>Antecedentes:</b> refiere manchado genital, diuresis positiva, tolera vía oral</p>	Dra. Laura Torres Ginecóloga y obstetra
12/mar/10	<p><b>12:09. Motivo de consulta:</b> "estoy sangrando". Paciente quien refiere cuadro de 1 día de evolución de sangrado con expulsión de coágulos, asociado a dolor en hipogastrio tipo picada desde el día de ayer. Refiere disuria. Paciente niega flujo. <b>Hace una semana consultó por síntomas similares dando manejo con metronidazol el cual no se realizó.</b>  <b>Examen físico:</b> salpingectomía derecha hace 2 años, infecciosos, vaginosis sin tratamiento, FUR 7 de noviembre de 2009 FG 17.5 semanas. TA 126/71 FC 86x FR 18x, <b>cuello eritematoso, congestivo, posterior cerrado con abundante flujo verdoso fétido...</b>  <b>Diagnóstico de ingreso:</b> amenaza de aborto (presuntivo), vaginosis y embarazo de 17.5 semanas (confirmados).</p>	

	<p>Se da tratamiento para vaginosis... se decide dar salida con recomendaciones, signos de alarma control por consulta externa...</p> <p><b>Diagnóstico de egreso:</b> amenaza de aborto descartada; vaginosis en tratamiento y embarazo de 17.5 semanas por fecha de última regla.</p>	
24/mar/10	<p><b>Ecografía obstétrica:</b> embarazo de 17 semanas por biometría combinada. Feto con pérdida de la actitud, ascitis y derrames pleurales bilaterales. Ausencia de latido cardíaco. Aborto retenido.</p>	Dr. Mauricio Carillo Ginecobastra
25/mar/10 Urgencias	<p><b>Motivo de consulta:</b> "mi bebé está muerto"</p> <p><b>Enfermedad actual y antecedentes pertinentes:</b> cuadro clínico de 1 día de evolución, consistente en dolor en hipogastrio irradiado hacia región lumbar. La paciente refiere que el 24/03/10 asiste a control ecográfico, evidenciado feto muerto, con pérdida de la actitud, ascitis y derrame pleural bilateral, ausencia de frecuencia cardíaca, lo describen aborto retenido.</p> <p><b>Antecedentes:</b> pomero y hace 5 meses, salpingectomía derecha por embarazo ectópico. 5 gestaciones, 2 partos, 1 aborto, 2 partos vaginales, 0 cesáreas, 1 embarazo ectópico.</p> <p><b>TA:</b> 115/64; <b>FC</b> 29x'; <b>FR:</b> 18x'; regular estado general, abdomen blando, depresible; altura uterina de 15 cm, vagina normotérmica, cuello corto... entreabierto</p> <p><b>Diagnóstico de ingreso confirmado:</b> aborto retenido.</p> <p><b>Solicitud de interconsulta por el servicio de Psiquiatría:</b> paciente quien asiste el día de ayer a control ecográfico, donde se reporta feto muerto de 27 semanas, quien cursa con trastorno adaptativo secundario a pérdida.</p> <p><b>13:20.</b> Paciente clínicamente estable, se recibe reporte de paraclínicos, CH: leu.10.400, N76.7%, L 14.5%, hb 14.9... se decide solicitar pruebas de coagulación, pendiente iniciar misoprostol por trámites administrativos ya que la paciente iba a ser trasladada pero al fin no se realiza dicho traslado.</p> <p><b>14:10</b> se administran 600 mcg de misoprostol intravaginal para maduración cervical, se explica...y pronóstico a la paciente</p> <p><b>16:00</b> se reciben reportes de p. coagulación PI 12.2 segundos... se reservan 2 unidades de sangre</p> <p><b>17:55.</b> Paciente en el momento en maduración cervical. Continua en vigilancia.</p> <p><b>19:30.</b> Paciente refiere aumento del dolor en hipogastrio tipo cólico, niega pérdidas uterinas. Paciente en buenas condiciones generales, alerta, afebril, hidratada, consiente... mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, cuello móvil... no sangrado ni pérdida vaginales. Plan: se continúa vigilancia del cuadro y pérdidas uterinas...se administra 600 mcg intravaginal</p> <p><b>21:30</b> paciente a quien se le colocan 3 tabletas de misoprostol en fondo de saco posterior. Se espera evolución.</p> <p><b>23:00.</b> Paciente refiere aumento de dolor en hipogastrio con diaforesis generalizada. Paciente en buenas condiciones generales, alerta, febril, deshidratada, mucosas secas, conjuntivas rosadas, diaforesis generalizada. SU FC 102x' FR 23x' TA: 100/70. Dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, vagina normotérmica/NE cuello intermedio, D=1cm, B +/- 50%, blando, se palpan membranas ovulares íntegras, extremidades normales. Resto del examen físico clínicamente normales.</p> <p><b>Plan:</b> lactato de ringer. Bolo de 1000cc a chromo. Se continúa vigilancia de pérdidas vaginales y estado materno.</p> <p><b>23:20</b> paciente refiere sentirse bien, dolor tipo cólico en hipogastrio, hemodinámicamente estable...no sangrado genital...</p> <p><b>23:40.</b> En el momento refiere exacerbación del dolor suprapúbico, no sangrado... buenas condiciones generales...muco oral hpumeda...al tacto vaginal se evidencian membranas abombando en OCC, se fomenta el pujo, evidenciándose feto en cavidad amniótica, cordón umbilical violáceo, feto sexo femenino, Peso 100 gr, talla 20 cm. Se pinza cordón y se llama a anestesia para legrado.</p>	Dra. Dora María Suárez Juan y Diego A. López Ginecobastras
26/mar/10	<p><b>01:00</b> se realiza legrado obstétrico, se extrae placenta en forma manual, abundantes restos ovulares, histerometría comparativa de 12 cm.</p> <p><b>Legrado:</b> bajo anestesia general, previas medidas de asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos, se realiza tacto vaginal encontrando cuello abierto, se procede a extracción manual de placenta, se procede a especuloscopia, se identifica y pinza labio anterior de cuello uterino, se extraen restos de pinza de falsón... y se realiza raspado de cavidad uterina con cureta de SIMS #4 hasta obtener llanto uterino, recorriendo cavidad en contra</p>	Drs. José Ángel Piñeros Daza – Germán R. Tovar Ginecobastra

	<p>manecillas del reloj. Histerometría comparativa 12 cm. Sangrado total +/- 200 cc (escaso); No complicaciones. Placenta y restos ovulares, cordón umbilical.</p> <p><b>07:10</b> paciente con adecuada evolución, con escaso sangrado vaginal, hemodinámicamente estable, sin SIRS, se da salida con recomendaciones y signos de alarma, acetaminofén +Bromcriptina. Cita de control por por consulta externa. Fórmula médica.</p>	
13/ago/10	<p>Paciente de 24 años de edad, quien tuvo una salpingectomía en esta institución en el año 2008 por embarazo ectópico derecha, no aparece historia clínica anterior, luego en el Hospital de Suba en octubre de 2009 y presentó embarazo el cual perdió en marzo de este año. Desde entonces, cólico hipogastrio 3 veces por semana, no toma analgésicos, no acompañado por ningún otro síntoma, no relacionado con la menstruación.</p> <p>Dx. Dolo pélvico crónico. Pomeroy fallido?</p>	
08/sep/10	<p>Laparoscopia diagnóstica y fotocoagulación de trompa de Falopio izquierda, si no está ligada: paciente con cuadro de 5 meses de evolución de dolor en hipogastrio, tipo cólico: asociado a hipermenorrea; paciente refiere cuadro anterior relacionado con legrado obstétrico por aborto retenido. Hoy ingresa para laparoscopia exploratoria. (consentimiento informado en pág. 141 del documento digital)</p> <p><b>6:45</b> Paciente en buen estado general, con signos vitales: TA 106/78 FC 72x FR 20x. abdomen blando, doloroso a la palpación en hipogastrio. Tacto vaginal: dolor a la inmovilización del útero, anexo negativos. Se pasa a salas de cirugía sin complicaciones. Fulguración y corte de trompas derecha e izquierda.</p> <p>Hallazgos operatorios: se observa muñón proximal de 1 cm y muñón dista 2 cm con salpingectomía parcial izquierda.</p> <p>Procedimiento operatorio: fulguración y corte de trompas bilateral (de nuevo). Se da salida con recomendaciones, signos de alarma, orden médica con analgesia.</p>	Cirujano Dr. Toro
Ginecología 17/sep/10	<p>Paciente en postoperatorio día 8 de ligadura de trompas por laparoscopia. Actualmente paciente asintomática. Refiere escalofríos anoche y posible inicio de ciclo menstrual.</p> <p>Al examen físico abdomen grávido, depresible, heridas quirúrgicas en adecuadas condiciones sin signos de infección... vagina normotérmica, útero pequeño, no dolor a la movilización cervical.</p>	Dr. Felix Andrés Toro Moreno Ginecólogo Obstetra
8/ene/2011 (CD fl. 160, c1)	<p>Hora de ingreso: 2:50 pm / Edad: 25 años        Régimen subsidiado empresa salud total        Motivo de consulta: "dolor abdominal". Paciente con cuadro de 11 horas de evolución, consistente en dolor abdominal tipo cólico generalizado, asociado a distensión abdominal, náuseas, deposición líquida #1 en la mañana, y presentó pico febril #2, 38°C</p> <p><b>Examen físico:</b>        Signos vitales: PA 115/92, FC 95x, SAT O2: 91%        Antecedentes relevantes: patológicos niega, alérgicos ibuprofeno, quirúrgica embarazo ectópico, pomeroy.</p> <p>C/C Mucosa oral húmeda conjuntivas normocromicas...Ruidos cardíacos rítmicos no soplos ruidos respiratorios presentes, no ausculta sobreagregados. Abdomen blando, depresible, dolor de modo cólico, ruidos intestinales positivos, los signos de irritación peritoneal... Glasgow 15/15</p> <p><b>Impresión diagnóstica:</b> 1. dolor abdominal; 2. síndrome colon irritable?</p> <p>Conducta inicial: reinicia hidratación, cuadro Hemático, parcial de orina, antiespasmódico</p> <p><b>18:58:</b> reporte de cuadro hematico, sin leucocitosis, ni neutrofilia, persiste con distensión abdominal, dolor intenso. Se ordena... nueva dosis de antiespasmódico analgesia.        Paraclínicos ordenados: parcial de orina.</p> <p>Interconsultas: Se revalora paciente, en el momento con notable mejoría de su sintomatología, no se encuentran Signos Distensión peritoneal, no dolor abdominal, Se decide egreso. No se toma parcial de orina porque paciente no permite el paso de sonda.</p> <p><b>22:05:</b> Paciente con cuadro hemático normal no hay leucocitosis, en momento Sin SIRS con abdomen blando, de depresible, sin signos de irritación peritoneal, no icterico, no deshidratación, no fiebre.        Dx. colon irritable        P/: salida con Buscapina signos de alarma. Control consulta externa, dieta</p>	<p>Dra. Alejandra Guevara médico general cirujano</p> <p>Dra. Angélica Urriago Santos</p>

26/mar/13	Paciente estable clínicamente con persistencia de dolor abdominal, no signos de abdomen agudo, no SIRS, tolerando la vía oral, continua igual manejo médico.	
26/abr/13 Urgencias	<b>Motivo consulta:</b> "dolor bajito". Paciente con cuadro clínico de 2 días de evolución, consistente en dolor en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, irradiado a región lumbar, niega fiebre, niega sangrado vaginal, refiere 2 episodio eméticos de contenido alimentario. TA 120/70 FC 85x FR 22x T36°C G2P2A2E1V2. En aceptables condiciones generales. <b>Diagnóstico presunto:</b> enfermedad pélvica inflamatoria. <b>Nota de evolución:</b> paciente que persiste el día de hoy con dolor abdominal, tolerancia a la vía oral adecuada, no SIRS, niega fiebre, niega náuseas, ni nuevos episodios eméticos TA 112/56 FC 61 FR 20, saturación 96%. Paciente pendiente de parcial de orina no sugestivo de infección. Continua vigilancia clínica.	
28/abr/13	Paciente estable clínicamente con persistencia de dolor abdominal, no signos de abdomen agudo, no SIRS, tolerando la vía oral, continua igual manejo médico.	
29/abr/13	Estable, con mejoría del dolor abdominal, hoy día de tratamiento antibiótico. Se da salida con recomendaciones y signos de alarma	
Epicrisis 15/jun/13	<b>14:20:</b> Motivo de consulta: dolor abdominal. Enfermedad actual y antecedentes pertinentes: paciente quien consulta al servicio por cuadro de evolución de dolor abdominal, localización fosa ilíaca izquierda niega otra sintomatología urinaria.  Examen físico de ingreso hallazgos positivos: dolor a la palpación en fosa ilíaca izquierda. Cérvix de aspecto sano dolor a la movilización del cuello. Útero RUF Anexo izquierdo doloroso.  Diagnóstico de ingreso confirmados: a) dolor pélvico y b) enfermedad pélvica inflamatoria; <b>Diagnóstico presunto:</b> masa cervical izquierda? <b>Nota devolución:</b> Paciente con barrido ecográfico que reporta quiste simple anexial izquierdo de 30 x23x29. Cuadro hemático, sin leucocitosis, parcial de orina positivo... Prueba de embarazo negativa, se decide salida con tratamiento médico ambulatorio, recomendaciones y signos de alarma...	

**2.10.** Reporte de ecografía obstétrica transabdominal de la paciente VIVIANA PINZÓN CHAVARRO, de fecha 24 de marzo de 2010, realizado por médica radióloga de Profamilia, del que se destaca:

*"... Se practica estudio demostrando los siguientes hallazgos: Feto único flotante sin movimientos ni actividad cardiaca... no se observan malformaciones fetales mayores en el presente estudio. La placenta es de implantación fundocorporal anterior grado I/III de maduración, con colección de ecogenicidad heterogénea en la cara fetal con dimensiones aproximadas de 39.5 x 38.1 x 36.2, de grosor normal, sin áreas de desprendimiento. Con volumen de líquido amniótico normal. Cordón umbilical con tres vasos.*

*OBSERVACIONES: Escasa cantidad de líquido pleural y ascítico fetal.*

*CONCLUSIÓN:*

- 1- EMBARAZO DE 16 SEMANAS 5 DÍAS POR BIOMETRÍA FETAL*
- 2- MUERTE FETAL*
- 3- INFARTO PLACENTARIO?"*

**2.11.** Informe pericial de clínica forense No. GCLF-DRB-27896-2017, elaborado por Profesional Universitario forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses –Unidad básica –Sede Central, el día 22 de diciembre de 2017, a través del cual se conceptuó sobre el caso clínico de la señora VIVIANA PINZÓN CHAVARRO, en los siguientes términos (fs. 254 a 260, continuación c1):

*"...*

*MOTIVO DE PERITACIÓN*

- 1. En qué consiste la cirugía de pomey y qué se le practicó a la citada señora.*

2. porque esta señora quedó embarazada. 3. Qué fallas hubo en la cirugía. 4. Cuáles fueron las complicaciones que padeció esta señora después de la cirugía. 5. Cuáles fueron las causas de los dolores y las complicaciones que ella sufrió después de la cirugía. 6. por qué se produjo la muerte de la bebé que ella esperaba de acuerdo a sus conocimientos, experiencia e historia clínica. 7. qué secuelas físicas le quedaron a la señora después de la cirugía. 8. qué secuelas psicológicas le queda a los padres después de este tipo de cirugía y de la muerte del hijo en el vientre materno, de acuerdo a sus conocimientos y experiencia

#### *Información disponible para el estudio*

*Historia clínica del hospital de suba en sus partes pertinentes dice: 22 de octubre de 2009. cirugías: sección y/o ligadura de trompas de falopio por minilaparotomía. hallazgos: ausencia quirúrgica de trompa uterina derecha, Trump izquierda Asepsia y antisepsia, colocación quirúrgicos. incision transversa tipo phanestiell, Disección hemostatica por planos, identificación de hallazgos, pinzamiento, doble ligadura, corte y cauterización de trompa uterina izquierda, cierre por planos: aponeurosis con vicryl 1 piel con prolene, no complicaciones. patología fragmento trompa uterina izquierda...*

*Reporte de patología hospital de suba de fecha 4 de diciembre de 2009...*

*Historia clínica del hospital Simón Bolívar, en sus partes pertinentes dice:*

*3 de noviembre de 2009: paciente con dolor a nivel de herida quirúrgica sin otros hallazgos diferentes a tumefacción a nivel de extremo izquierdo dolor pélvico agudo manejó con diclofenaco intramuscular y egreso con fórmula de acetaminofén vía oral.*

*31 de noviembre de 2009: refiere paciente cuadro de 13 días de realización de pomeroy manifiesta intenso dolor en región abdominal a nivel de herida quirúrgica en manejo con acetaminofén, con lo cual no se ven los síntomas. Pomeroy realizado en suba. examen físico: abdomen blando, depresible, herida quirúrgica inadecuado proceso de cicatrización, con cicatriz que loide con dolor a la palpación en tercio externo izquierdo. No dehiscencia, tacto vaginal: vagina elástica, normotermica, cuello posterior largo, cerrado. útero de tamaño y forma normales anexos no palpables. Impresión diagnóstica: dolor pélvico agudo, dolor en herida quirúrgica. Se solicita analgesia, recomendaciones y signos de alarma. doctora Dora María Suárez Juan ginecobotetra.*

***Epicrisis.*** fecha de ingreso 3 de enero de 2010 fecha de egreso 4 de enero de 2010 Urgencias. paciente con cuadro de 4 días de evolución de dolor en hipogastrio tipo picada, urgencia urinaria poliaquiuriay tenesmo vesical, con fiebre cuantificada en 39°C, astenia, adinamia, náuseas y un episodio emético. Examen físico: dolor a la palpación en fosa ilíaca izquierda. Revisión por sistemas: niega. diagnóstico de ingreso: A) dolor abdominal B) infección de vías urinarias C) descartar embarazo. cuadro hemático: 12.000 leucos, neutros: 63.9% sin anemia, prueba de embarazo positiva, Parcial de orina sin signos de infección y eco transvaginal que muestra embarazo de 8 semanas, probablemente anembrionado por lo que se interconsulta a Gineco.

*4 de enero de 2010. El servicio de ginecología Toma B-hcg (Beta gonadotropina coriónica) con resultado de 62.201 por lo que da salida y control por consulta externa con signos de alarma. diagnóstico de egreso:*

*embarazo de 8 semanas*

*Dra. Nathalia Useche Zaldúa, Médico cirujano.*

*7 de enero de 2010: atención ambulatoria por dolor hipogástrico de 8 días de evolución asociado a tenesmo vesical. no sangrado. ecografía muestra embarazo viable de 7 semanas con hematoma subcoriónico menor al 10%, ovario derecho con quiste de 15 mm., y ovario izquierdo no visualiza ble. cuadro hemático con leucocitosis, parcial de orina contaminado y gram de orina con presencia de bacterias gram negativas. diagnóstico: Infección de vías urinarias. embarazo de 7 semanas, amenaza de aborto. Salida con fórmula de cefalexina y progesterona recomendaciones, signo y consulta por alto riesgo. se solicita urocultivo postratamiento.*

*Dr. Jorge A. Rodríguez O.*

*11 de enero de 2010: atención ambulatoria por Sintomatología urinaria no concluyente, Compartí el de orina normal. Dan salida con fórmula de hioscina+Cefalexina y recomendaciones.*

*24 de enero de 2010: atención ambulatoria por cefalea, dolor abdominal generalizado y dolor lumbar, sin disuria, con parcial de orina normal y diagnóstico de vaginosis en infección de vías urinarias descartada embarazo de 10.1 semanas. seda manejo ambulatorio para vaginosis y salida.*

*Dr. Mauricio Carrillo, Dr. Diego A. López, ginecología obstetricia.*

*epicrisis. fecha de ingreso: 27 de enero de 2010. Fecha de egreso: 27. dolor pélvico. cuadro de dolor pélvico. infección de vías urinarias tratada con cefalexina. persistencia del dolor abdominal. examen físico: abdo abdomen blando, no dolor, flujo fétido. antecedente de amenaza de aborto. diagnóstico de ingreso: amenaza de aborto. eco muestra feto vivo de 9.25 semanas. parcial y gram de orina no sugestivos de infección. Se da salida con signos de alarma, analgesia, metronidazol, óvulos por 10 noches. diagnóstico de egreso: mioma intramural, embarazo de 9.5 semanas. firma la epicrisis: María Lara, ginecología y obstetricia.*

*4 de marzo de 2010: epicrisis de atención ambulatoria: sangrado vaginal con coágulos. antecedente de miomatosis uterina diagnosticada hace 2 meses. examen físico: flujo vaginal amarillo y secreción hemática antigua. ecografía obstétrica muestra embarazo viable de 15 semanas. impresión diagnóstica: amenaza de aborto descartada, embarazo, antecedente de miomatosis uterina, vaginitis. dan salida con signos de alarma y tratamiento para vaginosis. control por ginecobstetricia. Dr. Nino Fernando Solís.*

*10 de marzo de 2010: control prenatal ginecobstetricia: paciente G5 P2 C0 A1 V2 M0 E1. Con pomeroy hace 5 meses, actualmente en embarazo. Tu amenaza de aborto y hematoma en enero, actualmente con escaso sangrado. antecedentes: infección de vías urinarias hace dos meses. en embarazo ectópico, pomeroy, salpingectomia por ectópico Hace 2 años. alérgica al ibuprofeno. grupo sanguíneo A positivo. menarquia 12 años. ciclos 30x4. fecha última menstruación: 7 de noviembre de 2009. edad gestacional por última fecha de regla: 16.3 semanas. Por ecografía: 15.1 semanas. fecha probable de parto: 14 de agosto de 2010. examen físico: leucorrea amarillenta verdosa, tacto vaginal: sangrado oscuro escaso, cuello posterior cerrado. ecografía 27 de enero de 2010: longitud cefalocaudal: 27 mm. cuello posterior cerrado edad gestacional 9.1 semanas. Diagnósticos: 1. amenaza de aborto, 2. antecedente de infección de vías urinarias tratada, 3. vaginosis, 4. embarazo de 16.3 semanas. Solicitaron exámenes de*

*laboratorio ( cuadro hemático, serología, parcial de orina, urocultivo, glicemia, inmunoglobulina G para toxoplasma, VIH), ecografía obstétrica cita para consulta de alto riesgo.*

*12 de marzo de 2010: sangrado. examen físico: flujo vaginal. diagnóstico: vaginosis amenaza de aborto descartada. salida con recomendaciones, signos de alarma, fórmula médica ( bexon ovulos vaginales, metronidazol, tabletas por 500 mg. una tableta vía oral cada 12 horas por 7 días, butilbromuro de hioscina: 10 mg. v.o, cada 8 horas) y control por ginecobstetricia. Dra. Ana Cristina Gómez, Dora Suárez*

*25 de marzo de 2010, con fecha de egreso: 26 de Marzo de 2010: muerte fetal, inducen expulsión con prostaglandinas intravaginales ( 600 mcg de misoprostol) obteniendo un feto no viable del sexo femenino, con un peso de 100 gr y talla de 20 cm y posteriormente practican legrado obstétrico dan salida con acetaminofén y bromocriptina vía oral. diagnóstico de egreso: aborto retenido. salida por adecuado evolución. tiene consentimiento informado de fecha 25 de marzo de 2010 debidamente diligenciado para prueba de VIH. otro del día 26 de Marzo de 2010 para anestesia y otro del 25 de marzo de 2010 para maduración cervical y legrado obstétrico. también se encuentra relato de la paciente según el cual se le practicó una ecografía el 24 de marzo de 2010 evidenciando feto muerto con pérdida de la actitud, ascitis, derrame pleural bilateral y ausencia de latidos cardíacos, por lo que diagnostican aborto retenido. la prueba rápida de VIH, fue reportada como negativa.*

*13 de agosto de 2010: Dolor pélvico crónico. paciente de 24 años de edad quien Tuvo una salpingectomia en esta entidad año 2008 por embarazo ectópico derecho (Dr. E Sastre). no aparece historia clínica anterior. luego en el hospital de suba de octubre de 2009 (sic) y presente, el cual perdió en marzo de este año. desde entonces cólico hipogástrico tres veces por semana, no acompañado de ningún otro síntoma, no relacionado con la menstruación. Examen físico: dolor a la palpación en hipogastrio nómadás. genitales externos: normales. especuloscopia normal. tacto vaginal: dolor a la movilización del útero. no masas. Impresión diagnóstica: dolor pélvico crónico. Pomeroy fallido??. Dr. Félix Andrés Toro.*

*8 de septiembre de 2010. consentimiento informado para laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico y pomeroy fallido, firmado por la paciente y por el Dr. Fernando Niño Solis.*

*8 de septiembre de 2010. epicrisis cirugía ambulatoria: cuadro de 5 meses devolución de dolor en hipogastrio tipo cólico asociado a hipermenorreas. paciente refiere cuadro anterior relacionado con legrado obstétrico por aborto retenido. examen físico: abdomen blando, con dolor a la palpación en hipogastrio. tacto vaginal: dolor a la inmovilización del útero (sic). anexos: Negativos. procedimientos quirúrgicos u obstétricos: laparoscopia exploratoria+ fulguración y corte de trompas derecha e izquierda. diagnósticos de egreso: dolor pélvico, paridad satisfactoria. diagnósticos post quirúrgicos: Salpingectomia parcial izquierda hidrosalpinx derecho. hallazgos: útero normal. anexos: ovario derecho: normal. trompa derecha: Se observa hidrosalpinx. Ovario izquierdo: normal. trompa izquierda: se muy proximal de 1 cm y muñón distal de 2 cm con salpingectomia parcial izquierda. procedimiento: fulguración y corte de trompa bilateral ( de nuevo). cirujano: Dr. Toro. ayudantes: Dr. Solis y Dr. Pinto. anestesia general: Dr. Ayala. profilaxis: cefazolina, sangrado: 20 cc. complicaciones: ninguna. salida con analgesia, recomendaciones y signos de alarma*

17 de septiembre de 2010: día 8 postoperatorio de segunda ligadura de trompas por laparoscopia, abdomen sin dolor, herida quirúrgica en buen estado, cuello uterino sin dolor a la movilización.

8 de enero de 2011: dolor y distensión abdominal. al examen físico se le encontró dolor a la palpación en marco cólico sin signos de irritación peritoneal. El CH fue normal. no permitió pasó de Sonda para tomar parcial de orina. mejoró con líquidos intravenosos. hioscina y analgesia ( vía de administración no determinado). diagnóstico de egreso: colon irritable

26 de abril de 2013. atención hospitalaria hasta el 29 de abril de 2013 con diagnóstico de anexitis infección pélvica inflamatoria. salida con fórmula de sultamicilin vía oral. Dra. Marcela Realpe. ecografía pélvica hospital de engativá, 26 de abril de 2013: hidro hidrosalpinx izquierdo recomienda complementar con eco transvaginal. Dra. Mrtha Johana Castro, radióloga.

15 de junio de 2013: dolor en fosa ilíaca izquierda. al examen físico se le encontró F.C.82x min. dolor a la palpación en fosa ilíaca izquierda, dolor de uterino y engrosamiento endometrial. Hemograma muestra hemoconcentracion, leucocitosis, proteína C reactiva: 2.73 (v.n.: 0-5), normal; parcial de orina+ gram: grave Normales. Serología no reactiva, prueba de embarazo negativa. diagnóstico de egreso: 1. dolor pélvico; 2. enfermedad pélvica inflamatoria (?). 3. quiste anexial simple izquierdo. salida con fórmula ( naproxeno, metro metronidazol, doxiciclina) y signos de alarma, tratamiento antibiótico ambulatorio cita ginecología.

Es la última visita registrada a este hospital, no hay tampoco otros registros de atenciones posteriores en el hospital de suba.

(...)

Examen clínico forense actual

datos generales:

(...)

Enfermedad Actual:

Me hicieron la cirugía de pomeroy a finales de octubre de 2009 en el hospital de suba. después de la cirugía Empecé con mucha hemorragia, me brotaba el cuerpo. me pasaba mi menstruación y como a los 9 días empezaba a manchar café. fui al hospital Simón Bolívar en Bogotá. la doctora me vio y me hicieron una Beta. en porque me habían acabado de pasar la menstruación y me habían practicado la cirugía del pomeroy. efectivamente me salió positiva. me dejaron en la observación y ahí empezó mi Calvario.

Cómo iba evolucionando el embarazo iba evolucionando el sangrado, el dolor de cabeza y el dolor bajito. fui varias veces al hospital Simón Bolívar. cuando me hicieron una ecografía el médico me dijo que el saco gestacional era muy grande para un embrión tan chiquito. Cómo tuve menassa de aborto desde el principio porque manchaba y manchada y ellos me hicieron la ecografía transvaginal y al bebé Se le veía el corazoncito y me explicó que de mil una.

Así continué hasta el 25 de marzo porque asistir al médico porque tenía una ecografía y el doctor me dijo que no se escuchaba nada, qué le subieron al volumen y efectivamente nada. Me dijeron que el bebé estaba muerto Desde hacía como 8 días. me dejaron ahí pero yo me fui porque no creía. y mi mamá me trajo a profamilia y la doctora me vio de una y me dijo que se veía un infarto de placenta.

*Entonces me tocó devolverme al Simón Bolívar y fue parto natural. me tuvieron que poner pastas en la vagina, me dieron a tomar, fue un trabajo de parto terrible, me dio fiebre, me dio diarrea y ya, cuando nació la niña ( dijo que iba a ser una niña) me la entregaron. no tenía ninguna malformación. en la morgue la bauticé. pedí que no le hicieran autopsia.*

*De ahí las secuelas después de eso, me tuvieron que hacer otra pomeroy, cirugía de miomas, se me torció la cara, me aplicaron mucha anestesia y hasta el sol de hoy en el Simón Bolívar me dieron apoyo psicológico.*

*Yo cremé la niña y la tuve conmigo 1 año. han pasado 7 años y todavía la recuerdo. El doctor me explicó que la primera doctora cuando me operó ligó fueron los dedos de la trompa pero no había ligado ni cauterizado arriba. el primer pomeroy fue del lado izquierdo, Donde él me resalta ( muestra el gráfico de la historia clínica el cual muestra útero trompas y ovarios, con una x marcada sobre la base de la trompa derecha, otra del lado izquierdo y otra a nivel de las fimbrias del lado izquierdo. su significado no es claro).*

*revisión por sistemas*

*(...) cefalea derecha intensa después del pomeroy, que mejoró con cafeína y neosaldina vía oral después del segundo pomeroy... estreñimiento después del primer pomeroy, mejoró después del segundo pomeroy... incremento del sangrado menstrual desde el primer pomeroy. antes duraba 4 días, acto actualmen dura 9 días sangrando activamente sin disminorrea. Tuvo manchado de color chocolate después del primer pomeroy hasta la expulsión del feto muerto...*

*Antecedentes personales*

*(...) quirúrgicos: cirugía laparoscópica previa por ectópico derecho el 28 de abril de 2008 en hospital Simón Bolívar. pomeroy por vía abierta en octubre de 2009. inducción de trabajo de parto por fetometría en marzo de 2010. niega legrado. segundo pomeroy vía laparoscópica en septiembre de 2010. miomectomía uterina + ooforectomía, lado no especificado en septiembre de 2011 aproximadamente.... toxicoalérgicos: fumadora de aproximadamente 20 cigarrillos o más al día durante 5 años hasta hace dos semanas. licor ocasional... alergia al ibuprofeno.... ginecoobstetricos: G5 P2 A2 C0 E1 V2. menarquia: 12 años. Ciclos: 30x9. fecha última menstruación: 18 de diciembre de 2017. planificación: pomeroy. fecha citología, agosto de 2016, normal.*

*(...)*

#### **RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS**

##### **1. ¿En qué consiste la cirugía de pomeroy que se le practicó a la citada señora?**

*R/. para empezar es importante que "pomeroy" Es el nombre de una de las técnicas quirúrgicas que se utiliza con más frecuencia para la esterilización quirúrgica femenina la cual también se conoce como ligadura de las trompas uterinas u oclusión consiste en un procedimiento quirúrgico relativamente sencillo mediante el cual se cierran permanentemente las trompas de falopio con el fin de evitar la fertilización existen diferentes abordajes entre ellos la minilaparotomía técnica muy usada en la esterilización quirúrgica de intervalo es decir cuando se hace A partir de la sexta semana (42 días) siguientes al último parto. Este abordaje puede ser difícil cuando la mujer es obesa o si presenta adherencias tubáricas consecutivas a una*

*infección o a una operación previa se realiza de manera ambulatoria consiste en una pequeña incisión abdominal suprapubica ( 3 cm por encima del límite superior del vello pubiano) que compromete todos los planos, con la vejiga vacía y ya dentro de la cavidad pélvica se utiliza una pinza de babcock o los dedos del cirujano para levantar la trompa para ocluir las fuera del abdomen la técnica de ligadura apropiada Durante este abordaje son los métodos de ligadura Y escisión qué consiste en ligar cada trompa con hilo de sutura ( ligadura) cortarla (escisión),y en algunos casos extirpar un segmento (resección). la más frecuente en nuestro medio es la técnica de pomey qué consiste en ligar un Asa de cada trompa con hilo de sutura absorbible y cortarla por la base cerca de la ligadura.*

## **2. ¿Por qué esta señora queda embarazada?**

*R/. la esterilización femenina es un método anticonceptivo sumamente eficaz. la tasa de fracasos ( embarazos sobrevenidos tras la esterilización) no llega al 1% durante el año siguiente a la intervención en el caso de las técnicas más utilizadas con todos los métodos de oclusión tubárica se han registrado fracasos hasta años después de la intervención sin embargo la mayor parte se producen en los dos primeros años en las minilaparotomía es de intervalo con tecnica de pomey casi todas las tasas de fracasos publicadas son del orden de 0,2- 0,4% en el primer año. un embarazo que sobreviene tras la esterilización puede obedecer a tres causas Concepción previa a la intervención recanalizacion espontanea de los extremos de las trompas de falopio o formación de fístulas (aberturas anormales en la pared tubarica) tras la intervención quirúrgica no se conocen bien sus causas y son difíciles de determinar; errores quirúrgicos y problemas técnicos en diversos estudios se han atribuido hasta el 30- 50%De los fracasos puede darse por ligadura de estructuras distintas a las trompas ( ligamento redondo), insuficiente o una mala colocación de los dispositivos de oclusión. En la descripción quirúrgica del procedimiento realizado en octubre the 2009 se deja nota do la ausencia quirúrgica de la trompa uterina derecha que posteriormente en laparoscopia realizada en septiembre de 2010 encuentra con hidrosalpinx por lo que podría concluir que el embarazo de la señora pintón chavarro se debió a un error en la técnica quirúrgica sin embargo es posible que por el antecedente de embarazo ectópico derecho el médico haya asumido que la trompa fue extraída (salpingectomía) y no exprimida (Salpingostomía)*

## **3. ¿Qué fallas hubo en la cirugía?**

*R/. Cómo se mencionó en la respuesta anterior es posible que por el antecedente de embarazo ectópico derecho el médico haya asumido qué la extraída (salpinguetomía) y no exprimida (salpingostomía). la salpingectomia consiste en extirpar total o parcialmente la trompa de falopio Qué contiene el embrión anidado vendría indicado por la evidencia de un adelgazamiento de la pared de la trompa que indicase con alta probabilidad su próxima ruptura debido al incremento de la presión ejercida por el embrión en crecimiento hizo trofoblasto. La salpingostomía se indica cuando el embarazo ectópico es temprano e implica hacer una incisión a lo largo de la trompa de falopio y extraer el embrión.*

## **4. ¿Cuáles fueron las complicaciones que padeció esta señora después de la cirugía?**

*R/. la mayor parte de las personas operadas tienden a experimentar algunas molestias después de la intervención, con frecuencia se observa dolor*

*abdominal bajo. como también náuseas y vómito, que mejora con la administración de analgésicos. Otras complicaciones menos frecuentes pueden ser infecciones, hematomas, hemorragias, síndrome postubérico, que incluye alteraciones menstruales (sangrado abundantes, aumento en la frecuencia de las menstruaciones), dolor con las menstruaciones; embarazo (falla de la técnica), embarazo ectópico y arrepentimiento. Para el caso que nos ocupa, la señora Pinzón Chavarro presentó dolor pélvico en el primer mes luego de la esterilización quirúrgica, que mejoró con la administración de analgésicos y posteriormente presentó falla del método. No se puede considerar la pérdida del embarazo como una complicación secundaria a la esterilización quirúrgica.*

**5. ¿Cuáles fueron las causas de los dolores y las complicaciones que ella sufrió después de la cirugía?**

*R/. Como se mencionó anteriormente, las complicaciones sufridas por la señora Pinzón Chavarro fue la falla del método, posiblemente por error en la técnica quirúrgica y dolor pélvico por la manipulación de los tejidos, que con administración de analgésico. ahora bien, si la autoridad se refiere al dolor pélvico crónico presentado por la señora en mención durante y después de la pérdida gestacional que presentó, Esto no puede ser relacionado con la esterilización quirúrgica realizada. el dolor pélvico crónico, se define como dolor no cíclico, es decir, no relacionado con la menstruación de 3 meses de evolución, en la zona anatómica de la pelvis, la pared abdominal anterior por debajo del ombligo, el periné, el área genital, la región lumbosacra o de la cadera y Qué puede causar discapacidad funcional y/o lleva la paciente a buscar atención médica. sus causas pueden ser ginecológicas ( endometriosis, adherencias, salpingooforitis, síndrome de congestión pélvica, en pélvica) o no ginecológicas ( gastrointestinales, genitourinarias, neurológicas, musculo-esqueléticas, psicosociales).*

**6. ¿Por qué se produjo la muerte de la bebé que ella esperaba de acuerdo a sus conocimientos, experiencia e historia clínica?**

*R/. de acuerdo la ecografía obstétrica realizada en la que se documentó feto con pérdida de la actitud, ascitis y derrames pleurales bilaterales, ausencia de latido cardíaco, se puede concluir que el feto presentaba un hidrops fetal, que se define como la presencia anormal de líquido seroso en al menos dos compartimientos fetales ( derrame pericárdico, derrame pleural, ascitis, edema subcutáneo). Se clasifica en dos grandes grupos etiológicos: y (15%) y no inmune (85%). El hidrops no inmune (HNI) se define por la ausencia materna de anticuerpos circulantes contra las células rojas sanguíneas. El pronóstico es malo, con una mortalidad global muy alta. Es una condición causada por un grupo heterogéneo de patologías cardiovasculares, gastrointestinales, pulmonares, cromosómicas ( se han descrito 14 enfermedades lisosomales asociadas), hematológicas e infecciosas. Las causas infecciosas dan cuenta del 1.6- 5% de todos los casos de hidrops y los microorganismos implicados son parvovirus, toxoplasma, sífilis, citomegalovirus, herpes, enterovirus ( ninguna de causa bacteriana). La mortalidad de esta patología es alta (50-70%) y es mayor en fetos menores de 24 semanas, en Quiénes se presentan anomalías cromosómicas y estructurales con mayor frecuencia. la teología hasta en el 80% de los casos.*

**7. ¿Qué secuelas físicas le quedaron a la señora después de la cirugía?**

*R/. si la autoridad se refiere a la cirugía ligadura de trompas realizada en el año 2009, no genera secuelas, no es posible atribuir el dolor pélvico y la*

*enfermedad pélvica inflamatoria presentados posteriormente, exclusivamente a la realización de la esterilización quirúrgica o a la falla del mismo. la pérdida del embarazo ( el cuál se produjo como falla del método) no es consecuencia de la cirugía; como bien te explico en la respuesta anterior, la muerte fetal fue ocasionada por un hidrops no inmune, esta afirmación se hace teniendo en cuenta los hallazgos ecográficos; dentro de las causas de esta patología, se encuentran las infecciosas, sin embargo, dentro de los gérmenes que la podrían ocasionar no se encuentran las bacterias que son las generadoras de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda.*

**8. ¿Qué secuelas psicológicas le queda a los padres después de este tipo de cirugías y de la muerte del hijo en el vientre materno, de acuerdo a sus conocimientos y experiencia?**

*R/. Esta secuela, si las hubiere, deben ser definidas por los profesionales en psicología y/o psiquiatría forense..."*

**3. Análisis probatorio.**

Conforme a lo consignado en acápites anteriores, el recurso de apelación que convoca el presente pronunciamiento censura la decisión del *a quo* porque refiere que, contrario a lo consignado en la sentencia cuestionada: (i) el único daño antijurídico que causó la fallida esterilización quirúrgica practicada el 22 de octubre de 2009 por galenos del Hospital de Suba II Nivel E.S.E., no solamente fue la muerte del bebé que esperaban los demandantes, sino además las complicaciones y consecuencias que les trajo la cirugía de pomey, representados en los dolores, las amenazas de aborto, el sangrado permanente y las fiebres que presentó la paciente con posterioridad a la práctica del procedimiento quirúrgico; y (ii) que no se haya evaluado la falta de apoyo psicológico por parte del hospital de Suba a la paciente y su núcleo familiar.

Bajo el anotado panorama, en primer lugar, ha de señalarse que, a partir del material relacionado en el acápite que antecede, es posible establecer que se trató de una paciente, quien, para la época de los hechos materia de discusión, contaba con 24 años de edad, y actualmente cuenta con 32 años. A quien el 22 de octubre de 2009 se le practicó un procedimiento de esterilización quirúrgica denominado como "pomey" a través de minilaparotomía en el Hospital de Suba II Nivel E.S.E.

Sobre este tipo de procedimiento, la literatura médica consultada y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, conceptúan que "*Es el nombre de una de las técnicas quirúrgicas que se utiliza con más frecuencia para la esterilización quirúrgica femenina la cual también se conoce como ligadura de las trompas uterinas u oclusión, consiste en un procedimiento quirúrgico relativamente sencillo mediante el cual se cierran permanentemente las trompas de Falopio con el fin de evitar la fertilización existen diferentes abordajes entre ellos la minilaparotomía técnica muy usada en la esterilización quirúrgica de intervalo es decir cuando se hace a partir de la sexta semana (42 días) siguientes al último parto. Este abordaje puede ser difícil cuando la mujer es obesa o si presenta adherencias tubáricas consecutivas a una infección o a una operación previa se realiza de manera ambulatoria consiste en una pequeña incisión abdominal suprapubica (3 cm por encima del límite superior del vello pubiano) que compromete todos los planos, con la vejiga vacía y ya dentro de la cavidad pélvica se utiliza una pinza de babcock o los dedos del cirujano para levantar la trompa para ocluir las fuera del abdomen la técnica de ligadura apropiada Durante este*

*abordaje son los métodos de ligadura Y escisión que consiste en ligar cada trompa con hilo de sutura (ligadura) cortarla (escisión), y en algunos casos extirpar un segmento (resección). la más frecuente en nuestro medio es la técnica de pomeroy que consiste en ligar un asa de cada trompa con hilo de sutura absorbible y cortarla por la base cerca de la ligadura."* (Pruebas 2.2/2.11)

Así mismo, se puede deducir que la paciente en mención contaba con antecedentes ginecoobstetricos para ese entonces de: menarquia a los 12 años, 4 embarazos, 2 partos, 1 aborto, 1 embarazo ectópico y 2 hijos vivos nacidos por parto vaginal. Como antecedentes quirúrgicos reportados se encontró que en abril de 2008 le fue practicada por parte del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E. una cirugía de laparoscopia por presentar embarazo ectópico derecho. A partir de cuyo procedimiento también aparecen múltiples reportes por consultas por el servicio de urgencias manifestando síntomas de dolor abdominal en fosa iliaca derecha tipo cólico de gran intensidad y dolor en herida quirúrgica. (Pruebas 2.8/2.9)

Durante el procedimiento quirúrgico del 22 de octubre de 2009 se describió ausencia quirúrgica de la trompa uterina derecha motivo por el cual realizan solamente la ligadura de la trompa izquierda y se envía el fragmento tubarico izquierdo a patología, cuyo reporte coincide con el procedimiento realizado según reporte oficial del 4 de diciembre de 2009 (Prueba 2.1).

Que el 3 de noviembre de 2009 empieza a presentar dolor en el lado izquierdo de la pelvis, interpretado como dolor de la herida quirúrgica manejado en forma ambulatoria con analgesia; el 31 del mismo mes vuelve a consultar por dolor pélvico sin hallazgos clínicos relevantes, por lo cual es manejada nuevamente en forma ambulatoria con analgesia (Prueba 2.9).

El 3 de enero de 2010 consulta nuevamente al hospital Simón Bolívar por fiebre, dolor pélvico síntomas urinarios agudos, náuseas vómito y decaimiento los exámenes de laboratorio descartar infección urinaria pero muestran elevación de los leucocitos y un embarazo de 8 semanas motivo por el cual es manejada con analgesia y se le da salida al día siguiente (Prueba 2.9).

Vuelve a consultar en 7 oportunidades entre el 7 de enero y el 12 de marzo de 2010 por dolor pélvico y sangrados irregulares con parciales de orina no concluyentes, cultivo de orina negativo y diagnósticos de presunta vaginosis y amenaza de aborto. El 7 de enero también se documentó leucocitosis y el 27 de enero flujo vaginal fétido. El 4 de marzo describen flujo vaginal amarillento, el 10 de marzo encuentran de nuevo flujo vaginal de color amarillo verdoso y el 12 de marzo vuelven a describir flujo vaginal al examen físico en sus diferentes consultas recibe manejo para una vaginosis bacteriana e infección de vías urinarias recurrente, se reporta además en consulta de urgencias del 12 de marzo de 2010 que pese a la indicación de tratamiento para la vaginosis la paciente no se lo realizó.

El 25 de marzo de 2010 con un embarazo de aproximadamente 18.6 semanas se encuentra feto no viable con descripción de feto con derrames pleurales y ascitis motivo por el cual inducen expulsión mediante medicamento intravaginal obteniendo un cuerpo femenino de aproximadamente 20 cm de longitud cefalocaudal y 100 gr de peso, por lo que se hace necesario realizar legrado obstétrico, reportado sin complicaciones, por lo que deciden dar salida al día siguiente con diagnóstico de aborto retenido y fórmula de acetaminofén y bromocriptina vía oral.

El 13 de agosto de 2010 continúa con dolor pélvico crónico y sangrados menstruales aumentados, motivo por el cual se programa para laparoscopia de revisión. Que le es realizada por galenos del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E. el 8 de septiembre de 2010, procedimiento en el que se evidenció ligadura satisfactoria de la trompa izquierda y trompa derecha presente, con "hidrosalpinx" realizando nueva ligadura bilateral de trompas uterinas tiempo desde el cual no ha vuelto a tener embarazos.

Entre el 26 hasta el 29 de abril de 2013 es atendida en forma hospitalaria con diagnóstico de anexitis e infección pélvica inflamatoria (EPI), que es manejado con sulfamicilina vía oral. Para el 15 de junio de 2013 es atendida de nuevo por dolor pélvico izquierdo con diagnóstico de: EPI probable y quiste ovárico simple izquierdo, por lo que se decide dar salida con fórmula de naproxeno, metronidazol y doxiciclina sin volver a consultar al anotado hospital ni al de suba desde entonces, como quiera que no aparecen más reportes médicos en las historias clínicas allegadas al proceso.

De la historia clínica del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E, resulta relevante destacar que la paciente presentó en el año 2008 (diagnosticado el 4 de agosto de 2008) otro embarazo, durante el cual también tuvo varias valoraciones por amenaza de parto prematuro asociado a vaginosis y presuntas infecciones urinarias, para las cuales recibió tratamiento, inclusive, fue necesario practicar maniobras clínicas de maduración pulmonar del feto y vigilar permanentemente el estado fetal del bebé que para ese entonces esperaba.

De igual manera, como se describió en líneas anteriores, en razón al embarazo ectópico derecho "roto" que presentó en abril de 2008, le fue necesaria la práctica de una laparoscopia, en la que se le realizó una salpingotomía para la extracción de los restos ovulares presentes dentro de la tuba uterina, procedimiento que no revistió mayor complicación durante su realización, sin embargo, tras este suceso, se reportar multiplicidad de consultas por dolores relacionados con éste y sus posibles secuelas.

En relación con la **salpingectomía** y la **salpingotomía**, ha de precisarse que *"la diferencia radica en que, en la primera se recorta todo el fragmento de la trompa o tuba uterina derecha con todo su contenido embrionario ligando y fulgurando los dos cabos que quedan con la cual está queda completamente desconectada. En cambio, en la segunda, lo que se hace es sólo una incisión a la pared de la misma, se exprime su contenido embrionario y se cierra nuevamente mediante puntos con lo que se restaura su integridad quedando está completa"* (Prueba 2.11).

A partir de los datos clínicos reportados y conforme al análisis previamente consignado, en primer lugar ha de precisarse que, contrario a lo considerado por la parte demandante, el juzgado de instancia sí contempló dentro de su estudio del caso como daños antijurídicos, la muerte del bebé de los demandantes y las complicaciones o consecuencias que les trajo la cirugía de pomey, representados en los dolores, las amenazas de aborto, el sangrado permanente y las fiebres que presentó la paciente con posterioridad a la práctica del procedimiento quirúrgico del 22 de octubre de 2009, frente a lo cual concluyó que no estaba acreditado que ni la muerte fetal haya sido consecuencia directa de la anotada cirugía, ni que las complicaciones de salud presentadas por la paciente concomitantes con este procedimiento y con el legrado practicado, una vez se conoce la presencia de un aborto retenido, hubiesen obedecido a la fallida esterilización quirúrgica.

De manera que, el primer motivo de censura manifestado en el recurso, pierde fundamento bajo el entendido de que sí fue objeto de pronunciamiento por cuenta del *a quo*, aunado a que las pruebas allegadas efectivamente evidencian que no existe, ni siquiera por indicios, prueba de que la fallida esterilización quirúrgica practicada a la paciente el 22 de octubre de 2009 tenga relación de conexidad alguna con la muerte fetal conocida el 24 de marzo de 2010, o con las infecciones vaginales que presentó con posterioridad a ésta, o con los dolores abdominales agudos por los que consultó posteriormente.

Si bien está acreditado que la paciente tuvo que soportar nuevas intervenciones quirúrgicas y, sin duda alguna la Sala no desconoce el padecimiento físico y emocional que la paciente se vio avocada a soportar, tampoco puede desconocer que las pruebas allegadas son concluyentes a la hora de desestimar la conexión entre dichos elementos.

Sobre este aspecto, vale la pena traer a colación las conclusiones consignadas en su informe pericial el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que precisó:

**“DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO MODO Y LUGAR.**

*1. En el hospital de suba durante el primer pomeroy practicado el 22 de octubre de 2009 debieron revisarse y ligarse ambas trompas uterinas no sólo la izquierda*

**Análisis y discusión:**

*Durante sus diferentes valoraciones posteriores al embarazo ectópico se sumió que a la paciente se le habían realizado una salpingectomía derecha, cuando lo que se le practicó en realidad fue una salpingotomía. la diferencia radica en en la primera se recorta todo el fragmento de la trompa o tuba uterina derecha con todo su contenido embrionario ligando y fulgurando los dos cabos que quedan con la cual está queda completamente desconectada en cambio en la segunda lo que se hace Es sólo una incisión a la pared de la misma se exprime Su contenido embrionario y se cierra nuevamente mediante puntos con lo que se restaura su integridad quedando está completa*

*como resultado de quedar con una trompa uterina permeable se produjo un embarazo inesperado que posteriormente terminó en aborto del cual se describe feto con derrames pleurales y ascitis asitis signo compatible hidrops fetal el cual puede presentarse en cualquier mujer gestante en cualquier momento y requirió inducción para expulsión y posterior legrado. Posteriormente la usuaria continuo presentando sintomatología pélvica motivo por el cual se le practicó una laparoscopia diagnóstica el 8 de septiembre de 2010 encontrando como causa probable un hidrosalpinx derecho, el cual tampoco es posible correlacionar con el primer pomeroy ya que Durante este procedimiento se intervino fue la trompa uterina izquierda durante el mismo procedimiento se decidió practicar un segundo pomeroy*

*si bien la paciente requirió 11 valoraciones posteriores a la primera cirugía de pomeroy desde el 31 de noviembre de 2009 hasta el 13 de agosto de 2010 y una laparoscopia diagnóstica el 8 de septiembre de 2010 también había tenido otras 10 consultas desde el 27 de abril de 2008 hasta el 11 de septiembre de 2009 por síntomas tales como dolor pélvico sangrado vaginal vómito fiebre vaginosis asociada a embarazo infección uterina actividad uterina pretérmino y cefalea lo que indican que estos malestares de salud No necesariamente fueron*

*consecuencia del primer pomeroy.*

*el pomeroy es un método de planificación de libre elección por parte de las pacientes en general es decir que no era mandatorio de realizar durante la laparoscopia diagnóstica del 8 de septiembre de 2010 ya que no existen otros métodos alternativos para continuar planificando*

### **Conclusión**

*1. durante el primer pomeroy practicado a la usuaria el 22 de octubre de 2009 en el hospital de suba peligro únicamente la trompa uterina izquierda mientras que la derecha aún continuaba permeable lo que produjo un embarazo inesperado que terminó en aborto el cual hizo necesario un legrado el 25 de marzo de 2010*

*2. el aborto no tiene una relación causa efecto con esta cirugía*

*3. la usuaria ya presentaba sintomatología pélvica desde antes del primer pomeroy*

*4. dicha sintomatología hizo necesaria una laparoscopia diagnóstica el 8 de septiembre de 2010 durante la cual se identificó un hidrosalpinx derecho como causa probable de la misma y se decidió ligar nuevamente las dos trompas uterinas durante esta cirugía no se llevó a cabo ningún otro procedimiento*

*5. el nuevo pomeroy es una cirugía de planificación efectiva para las usuarias es decir que ella habría podido seguir planificando con algún otro método..."*

Claramente, las pruebas muestran que la esterilización del 22 de octubre de 2009 fue un fracaso, desde el punto de vista de su objetivo, en tanto con esta se buscaba primordialmente evitar, de manera prácticamente definitiva, un embarazo no deseado, sin embargo, se evidenció que la paciente quedó embarazada de nuevo cerca de los 3 meses después de esta cirugía. Embarazo que, sin duda alguna, si bien estaba contemplado dentro de los remotos riesgos de dicho procedimiento, para el caso en estudio, obedeció a una mala praxis médica, conforme a lo concluido por Medicina Legal, en tanto solo se intervino una de las trompas de Falopio, no obstante, no es por sí solo ni la causa directa del aborto ni las complicaciones de salud posteriores, ni el detonante, al menos en grado de probabilidad, de aquéllas.

Nótese que la paciente venía presentando similitud de síntomas con anterioridad a la práctica de la cirugía del 22 de octubre de 2009, como sangrado, dolor en fosa iliaca derecha irradiado hacia zona lumbar, infección de vías urinarias, infecciones vaginales, múltiples amenazas de aborto, un aborto, un embarazo ectópico, mismas dificultades de salud que constituyen sus antecedentes clínicos que no pueden ser desconocidos. Si bien, luego de la cirugía del 22 de octubre de 2009 presentaron diferentes complicaciones de salud, también es cierto que los antecedentes clínicos de la paciente permiten evidenciar que aquellas no son ajenas a su condición clínica y no necesariamente están íntimamente ligadas con el procedimiento sino a situaciones médicas previas que no son materia de proceso.

Por último, en cuanto al aspecto señalado por la parte apelante, relacionado con la omisión del *a quo* frente a la falta de atención psicológica brindada a la paciente luego de la pérdida de su bebé, la Sala precisa que es un tema nuevo, que en un principio no fue planteado dentro de la causa *pretendi*, de manera que no tenía porqué ser objeto de pronunciamiento,

es un aspecto que solo fue debatido en el recurso de apelación y de ninguna manera puede considerarse como daño autónomo o elemento constitutivo de responsabilidad por sí solo.

Así las cosas, la sentencia de primera instancia será confirmada, lo que traduce en la negatoria de las pretensiones de la demanda.

#### **4. Costas Procesales.**

En atención a que el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo contempla la condena en costas únicamente para la parte vencida en el proceso, considera la Sala que en el presente caso no procede tal condena, al no existir prueba que la justifique.

En mérito de lo expuesto, la Subsección "C" del de la Sección Tercera del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

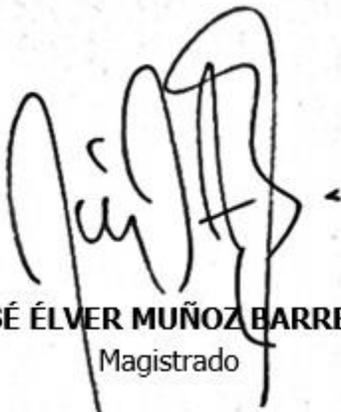
#### **FALLA**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia proferida por el Juzgado 60 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C., por las razones expuestas en la parte motiva de la presente decisión.

**SEGUNDO:** Sin condena en costas.

**TERCERO: DEVOLVER** el expediente al Juzgado de origen para lo de su competencia.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, CÚMPLASE**



**JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA**  
Magistrado



**MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO**  
Magistrada



**FERNANDO IREGUI CAMELO**  
Magistrado