



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Villavicencio, treinta (30) de abril de dos mil veintiuno (2021)

REFERENCIA:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA CAROLINA GUERRERO Y OTROS
DEMANDADO:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.
EXPEDIENTE:	50-001-33-33-002- 2013-00235-00

Procede el Despacho a proferir sentencia en el presente asunto, de conformidad con lo previsto en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011.

I. ANTECEDENTES.

1. SÍNTESIS DE LA DEMANDA

1.1. Medio de control

En ejercicio del medio de control de reparación directa, impetraron demanda DIANA CAROLINA GUERRERO actuando en nombre propio y en representación de sus hijos menores ANDRÉS FELIPE y LAURA SOFÍA BARRERA GUERRERO; por otro lado, ANDRÉS JAIR BARRERA ROA, NELSON BEJARANO GUERRERO, NORBERTO RAMOS GUERRERO, MARÍA OMARÍA RAMOS GUERRERO, MIRYAM GRACIELA RAMOS GUERRERO y ZENAIDA RAMOS GUERRERO, en contra del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E., cuya pretensión es que se declare administrativamente responsable a dicha entidad por los perjuicios causados a los demandantes, como consecuencia de la atención médica brindada a Diana Carolina Guerrero desde el día 30 de septiembre hasta el 9 de noviembre de 2010. Como consecuencia de dicha declaración, se condene al pago de los perjuicios en los términos descritos en el acápite de pretensiones de la demanda.

1.2. Sustento fáctico

La fijación del litigio fue establecida en la audiencia inicial de fecha 22 de abril de 2015, fase procesal que quedó en firme y sobre la cual no hay mérito para declaratoria de nulidad ni sanear situación anormal (pág. 237 a 240 del archivo contentivo del expediente digital¹).

En esa etapa se tuvo por ciertos los hechos que fueron aceptados por el ente demandado, concretamente los contenidos en los numerales 4 a 21 de la demanda (5, 14 y 17 de manera parcial), y se estableció el litigio sobre los aspectos no

¹ TYBA, nombre del archivo [50001333300220130023500_ACT_INCORPORA_EXPEDIENTE_DIGITALIZADO_26-10-2020_8.58.58 P.M..Pdf](#), Certificado de Integridad F96D5A1DDD12224E3370F9314766A0FC500821FE.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

aceptados de los ya mencionados, así como de los supuestos fácticos de los numerales 1 a 3 del libelo.

Básicamente, los hechos aceptados hacen alusión a las atenciones médicas recibidas por la señora Diana Carolina Guerrero, y que constan en la historia clínica allegada con la demanda; de igual forma, los hechos rechazados se refieren a al servicio de salud prestado, aspectos que serán analizados más adelante, al abordar el estudio de fondo del presente caso.

2. ALEGACIONES DE LAS PARTES.

2.1. Parte demandante: Manifestó que se debe acceder a las pretensiones, toda vez que de los dictámenes realizados – concretamente refiriéndose al rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Quindío – resulta claro que, al prestar la atención en salud a la señora Diana Carolina Guerrero, la entidad obró con impericia y negligencia, lo cual se desprende de varios hechos, como que se le hubiera tenido que suministrar 4.500 ml de sangre, cuando en un trabajo normal de parto esta pérdida no puede ser superior a 500 ml, lo cual le generó una anemia severa, y lo que resulta más claro, que se hubiera empleado un hilo calibre 2 para suturar sus heridas, cuando se requiere uno de calibre 1, y producto de estas fallas, debió permanecer 21 días en UCI y 13 en habitación para lograr recuperarse, contando en esa fecha con apenas 25 años de edad.

Indicó que, para estructurar la demanda recibió asesoría de un profesional de la salud suficientemente idóneo, que incluso actualmente se desempeña en una institución hospitalaria de reconocimiento internacional por meritocracia, quien cuestionó el proceder en la atención médica brindada a la demandante, para lo cual transcribió el concepto del galeno en el que se indica, entre otras cosas, que el procedimiento fue muy tardío en dos oportunidades, presentó fallas técnicas y la dejaron sangrar por horas, concluyendo que esto configuró una falla en la atención médica, lo cual guarda consonancia con el dictamen pericial antes aludido.

Se refirió también al dictamen rendido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, que determinó unas secuelas permanentes y limitaciones, determinando que era necesario hacer seguimiento y exámenes rutinarios sobre una patología renal teniendo en cuenta el antecedente plasmado en la historia clínica de *necrosis tubular*.

Por lo anterior, solicitó además de acceder a las pretensiones, al momento de tasar los perjuicios, reconocer por concepto de daño a la salud el equivalente a 400 SMLMV, y en sentido general, los valores de las condenas sean fijados con los



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

valores más altos conforme a la precedentes jurisprudenciales citados in extenso. (Pág. 2-31 expediente digital²)

2.2. El Hospital Departamental de Villavicencio ESE: Señaló que, de acuerdo con la doctrina y la jurisprudencia, el presente caso se enmarca dentro de aquellos de responsabilidad por falla probada del servicio, por lo cual le corresponde a la parte actora demostrar los hechos que sustenta su pretensión, sin perjuicio de que el Despacho pueda decretar pruebas de oficio, como efectivamente se procedió al ordenar el dictamen pericial al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Que de dicha prueba se desprende que a la parte demandante no le asiste la razón, en cuanto a la necesidad de atender el parto por cesárea y en la histerectomía practicada a la paciente, de tal forma que el debate se centra en determinar si hubo falla médica por el manejo dado a la demandante por la hemorragia que presentaba y el shock hipovolémico sufrido entre la 1 a.m. y las 6:00 p.m.

Ahondando en lo antes indicado, citó apartes del dictamen y concluyó que **i)** la decisión de realizar la cesárea por parte del Hospital fue oportuna y acorde con el manejo médico esperado, teniendo en cuenta que se trataba de un parto que no permitía parto vaginal dado que el feto se encontraba en posición transversa, situación que según la perito hace necesaria en ocasiones una incisión adicional bien sea en forma de “T” invertida o una “J”, habiendo optado la médica tratante por la primera; **ii)** respecto del material de sutura, no se encuentra probado el calibre empleado por la médica tratante, tal como la misma perito lo señala, razón por la cual, el punto no recae sobre la técnica empleada pues la “T” invertida es aceptada y tampoco sobre el calibre del hilo, como quiera que no está acreditado en la historia clínica el calibre utilizado; **iii)** en cuanto a la histerectomía, fue una decisión acertada, tal como lo señalaron la perito y el testigo profesional de la salud, Dr. Rodrigo Reyes, como recurso para salvar la vida de la paciente, así como la intervención final para sellar la arteria aorta.

Pasó a hablar sobre las teorías para verificar el nexo de causalidad, inicialmente la de la equivalencia de las condiciones o *condictio sine quanon*, que indica que todas las causas que contribuyen a la producción de un daño se consideran jurídicamente causantes del mismo, la cual fue desplazada por la teoría de la causalidad adecuada, según la cual, se considera que el daño fue causado por el hecho o fenómeno que normalmente ha debido producirlo (hecho relevante o eficiente), es decir, puede suceder en un caso que una sea la causa física o material del daño, y otra la causa jurídica, la cual puede encontrarse presente en hechos anteriores al suceso, pero que fueron determinantes o eficientes en su producción.

² TYBA, nombre del archivo [50001333300220130023500_ACT_AGREGAR MEMORIAL_12-03-2021 8.31.26 A.M..Pdf](#), Certificado de Integridad [9870A34DFC248618138656A6CE38C222E43EF53C](#).



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Conforme a lo anterior, señala que al estar descartada la responsabilidad con base en la prueba pericial respecto del diagnóstico, la decisión de atender el parto por cesárea, la técnica empleada para atenderlo, y la práctica del procedimiento de histerectomía, se ha de verificar la existencia de la causalidad adecuada y su probanza con relación al shock hipovolémico por hemorragia obstétrica postparto.

Así las cosas, indicó que para verificar el nexo causal en el presente caso, se necesita absolver el interrogante sobre si el suministro tardío de sangre fue la causa adecuada para hacer la histerectomía a la paciente, pues el punto recae en la pérdida de sangre que llevó a la paciente a un estado de shock hipovolémico, como quiera que para la perito el sangrado anormal y el estado de shock secundario no fueron oportunamente detectados ni tratados por el obstetra, y en ese entendido, la perito abrió una serie de interrogantes que lejos de resolver el asunto, lo llevan al mundo de las posibilidades, para lo cual se permite citar un aparte del informe pericial, concluyendo que no está demostrado el origen del sangrado, ni por qué no se advirtieron las hemorragias, apoyado en el testimonio del Doctor Rodrigo Reyes en la audiencia de pruebas. (Pág. 2-8 del expediente digital³)

Ministerio Público: No emitió concepto.

II. CONSIDERACIONES

1. Problema Jurídico.

El problema jurídico dentro del presente asunto se circunscribe a determinar si existió falla en el servicio médico prestado por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, a la señora DIANA CAROLINA GUERRERO, a partir del 30 de septiembre de 2010, cuando ingresó para práctica de cesárea con embarazo a término, al final del cual resultó con práctica de histerectomía y grave deformación estética en su abdomen.

2. Presupuestos del presente medio de control

2.1. Competencia

Este Despacho Judicial es competente para conocer del presente asunto, en virtud del numeral 6° del artículo 155 de la Ley 1437 de 2011, pues la pretensión mayor no excede los 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes, y asimismo, los hechos que generan la solicitud de reparación ocurrieron en esta ciudad, lo cual se aviene a lo previsto en el artículo 156 numeral 6° ibídem.

³ TYBA, nombre del archivo [50001333300220130023500_ACT_AGREGAR_MEMORIAL_10-03-2021_5.23.13_P.M..Pdf](#), Certificado de Integridad [8366B7F301CE6EA4303D7C45B917A7701DDE1BA0](#).



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

2.2. Ejercicio oportuno del medio de control

En el asunto, se pretende el resarcimiento de los perjuicios causados a los demandantes, como consecuencia de las afecciones sufridas por la señora Diana Carolina Guerrero, y que fueron generadas por la atención médica recibida entre el 30 de septiembre de 2010 y el 9 de noviembre del mismo año, en el Hospital Departamental de Villavicencio ESE.

La demanda fue radicada el 6 de febrero de 2013 (pág. 86 – expediente digital⁴), lo que indica que la presentación fue oportuna, pues no se habían cumplido los dos años contemplados en el artículo 164 numeral 2 literal i de la Ley 1437 de 2011, para que operara el fenómeno jurídico de la caducidad, teniendo en cuenta igualmente la suspensión durante el adelantamiento del requisito de procedibilidad – conciliación prejudicial – ante el Ministerio Público (pág. 79-81 ibídem).

3. Cuestión previa – Solicitud de reconocimiento de honorarios de perito.

En la audiencia de pruebas – cuyo objeto era la sustentación del dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño – llevada a cabo el pasado 25 de febrero de 2021⁵, el Médico Segundo Morán elevó solicitud de fijación de honorarios, la cual se pasa a analizar en el presente proveído por economía procesal.

Consideró el galeno que le asiste derecho a percibir honorarios adicionales por el hecho de participar en la referida diligencia sustentando el dictamen No. 2004-2020 de fecha 21 de diciembre de 2020, a través del cual se determinó el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral de la señora Diana Carolina Guerrero.

Ante dicha petición tiene que decir que será despachada negativamente, toda vez que la normatividad que regula la materia establece de manera concreta los pagos a realizarse por los servicios que prestan las Juntas, y prohíbe expresamente que sus miembros devenguen una remuneración adicional.

En efecto, el artículo 20 del Decreto 1352 de 2013⁶, establece la forma de financiación de las Juntas de Calificación de Invalidez, así como los honorarios de sus miembros, y respecto de este último punto, dispone:

« **Artículo 20. Honorarios.** Las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez recibirán de manera anticipada por la solicitud de dictamen, sin importar el

⁴ TYBA, nombre del archivo 50001333300220130023500_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_26-10-2020 8.58.58 p.m.

⁵ TYBA, acta de la audiencia con nombre de archivo 50001333300220130023500_ACT_ACTA DE AUDIENCIA_25-02-2021 1.38.21 p.m.

⁶ Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

número de patologías que se presenten y deban ser evaluadas, el equivalente a un (1) salario mínimo mensual legal vigente de conformidad con el salario mínimo establecido para el año en que se radique la solicitud, el cual deberá ser cancelado por el solicitante.

(...)

*En caso que (sic) la Junta Regional de Calificación de Invalidez actúe como perito, **por solicitud de autoridad judicial, los honorarios deberán ser cancelados por quien decreta dicha autoridad. En el evento que el pago no se realice oportunamente, la Junta Regional de Calificación de Invalidez informará de tal hecho al juez quien procederá a requerir al responsable del pago**, sin que sea posible suspender el trámite de dictamen.*

(...)

***Las Juntas de Calificación de invalidez percibirán los recursos de manera anticipada, pero el pago de los honorarios a sus integrantes solo serán cancelados (sic) hasta que el respectivo dictamen haya sido emitido y notificado**, recursos que deben ser diferenciados y plenamente identificables en la contabilidad, la cual estará certificada por el revisor fiscal de la respectiva Junta.*

A los integrantes de las Juntas de Calificación de Invalidez les está prohibido exigir cualquier otro tipo de remuneración por los dictámenes proferidos, así como recibir directamente el pago de los honorarios, so pena de incurrir en sanciones conforme lo establece el Código Disciplinario Único, contenido en la Ley 734 de 2002.

***Los honorarios de las juntas corresponderán a un (1) salario mínimo mensual legal vigente por cada dictamen solicitado, sin importar el número de patologías que se presenten y deban ser evaluadas, del cual un porcentaje será para el pago de honorarios de los integrantes de las Juntas** y otro porcentaje a la administración de la Junta.» (Subrayado con negrilla fuera del texto original)*

De esta manera, resulta claro que la remuneración de los miembros de las Juntas de Calificación de Invalidez deviene de los honorarios que de manera anticipada deben cancelar los interesados – que corresponden a un (1) salario mínimo legal mensual vigente –, y en caso de incumplimiento de esta carga cuando se trata de dictámenes solicitados por autoridad judicial, es deber de la respectiva Junta informar dicha vicisitud al Juez, sin que así se hubiera obrado en el presente caso, por lo cual se asume que la parte actora – a quien el Despacho impuso el deber de sufragar los gastos del dictamen – cumplió con dicha carga, lo cual se desprende igualmente de la solicitud elevada por el Doctor Segundo Morán, quien claramente indica que requiere pago, no por la emisión del dictamen, sino por el hecho de participar en la audiencia para sustentarlo, lo cual como ya se vio, está expresamente prohibido por constituirse en un pago adicional al estipulado por la norma que regula la materia, razón por la cual será negada esta solicitud.

A continuación, se pasa a analizar el fondo de la presente litis.

4. Análisis del caso.

4.1. Régimen de responsabilidad aplicable.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Si bien desde providencia de unificación del 19 de abril de 2012, el Consejo de Estado indicó que en el marco de la Constitución Política de 1991 no se privilegiaba un título de imputación en especial, pues en aplicación del principio *iura novit curia* corresponde al fallador entrar a verificar el régimen aplicable dependiendo de la situación fáctica y las pruebas arrojadas, también lo es, que ha sido pacífica su postura en el sentido de indicar que en los casos de falla en la prestación del servicio médico, el título de imputación por excelencia es el subjetivo, es decir, la falla probada del servicio, lo que se traduce en el deber de quien acude ante el juez para obtener resarcimiento, no solo de probar el daño irrogado, sino la falla en la prestación del servicio por parte de la entidad pública, y el nexo causal entre esta y aquel.

Así lo indicó, por ejemplo, en pronunciamiento de fecha 12 de agosto de 2019, en el que precisó:

“La Sala Plena de la Sección Tercera, en sentencia de 19 de abril 2012, unificó su posición en el sentido de indicar que, en lo que se refiere al derecho de daños, el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar.

*Por ello, la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación para la solución de los casos sometidos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar, frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación. En este sentido, en aplicación del principio *iura novit curia*, la Sala puede analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado aplicable, de cara a los hechos probados dentro del proceso (...) **No obstante que el modelo de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano no privilegió un título de imputación, la posición de la Corporación en esta época se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño**, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

4.2. Hechos probados.

La señora Diana Carolina Guerrero ingresó por urgencias el 30 de septiembre de 2010 a las 9:35 pm al Hospital Departamental de Villavicencio ESE, con embarazo a término en trabajo de parto fase activa con 8 cm de dilatación, 100% de borramiento, por lo que se le practicó ecografía que mostró feto en posición transversa, motivo por el cual fue ingresada para cesárea.

⁷ Sección Tercera – Subsección A, sentencia del 12 de agosto de 2019, radicado 68001-23-31-000-1999-00048-01(49316), Consejera Ponente Marta Nubia Velásquez Rico.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

A las 11:45 pm le fue practicada la cesárea, en la cual nació feto deprimido, flácido, cianótico, sin llanto, por lo cual le fueron practicadas maniobras de reanimación por pediatría, a las cuales respondió y fue dejado en UCI.

Como consecuencia de este procedimiento, a la señora Diana Carolina Guerrero se le produjo desgarro uterino con sangrado abundante secundario, fue cerrada y se concluyó la cirugía, sin embargo, evolucionó mal en el posoperatorio, con palidez marcada, dolor, inestabilidad hemodinámica dada por cifras tensionales bajas y frecuencias de pulso altas, distensión abdominal, sangrado activo por herida quirúrgica y hematuria, reportando además hemoglobina 5 mg/dl, por lo que se ordenó transfusión de 4 unidades de glóbulos rojos, sin mejoría y con aumento de la distensión abdominal.

La Ginecóloga ordenó a las 3:30 am del 1° de octubre de 2010, una ecografía abdominal total, la cual le fue practicada a las 5:50 am, reportando neumoperitoneo importante (aire en cavidad abdominal), por lo cual fue ingresada nuevamente a cirugía, en la que el Ginecólogo, Dr. Reyes, encontró: 1) Sección de músculos rectos y oblicuos abdominales con sangrado activo; 2) Sangrado activo del ángulo izquierdo de la sutura uterina; 3) Sangrado activo proveniente al parecer del uréter izquierdo; 4) Hemoperitoneo de 2000 cc y; 5) Útero atónico, flácido sin respuesta a la oxitócina, razón por la cual le realizó los siguientes procedimientos: 1) Rafia de músculos rectos y oblicuos abdominales con control del sangrado; 2) Histerectomía subtotal; 3) Drenaje de 2000 cc de hemoperitoneo; 4) Orden de transfusión de 4 unidades de glóbulos rojos, 6 unidades de plaquetas, 6 unidades de plasma y pasar a UCI a la paciente.

Ese mismo día la demandante continuó en la UCI en muy malas condiciones, nuevamente con distensión abdominal marcada, por lo que fue valorada por el Dr. Ávila, quien decidió intervenir a las 10:00 am, encontrando sangrado masivo activo con gran hemoperitoneo de 4500 cc, que fue drenado, igualmente, intentó inicialmente ligar las arterias hipogástricas para detener el sangrado, pero no fue posible por la abundancia del mismo y del edema retroperitoneal, en consecuencia, optó por pinzar la arteria aorta logrando contener el sangrado en un 70%, lo cual permitió visualizar las arterias hipogástricas y ligarlas, con el posterior cierre abdominal, previo "empaquetamiento" de la paciente (dos compresas dejadas en cada una de las fosas iliacas).

El 7 de octubre de 2010 a las 10:15 am le fue realizada otra laparotomía para lavado quirúrgico y extracción de empaquetamiento, sin complicaciones, y el 17 de octubre de 2010 se le repitió este procedimiento, hallando absceso en fosas iliacas que fue drenado para realizar nuevo lavado quirúrgico exhaustivo, y se le colocó bolsa de viaflex, sin complicaciones.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

La señora Diana Carolina recibió cuatro intervenciones quirúrgicas más, todas por complicaciones abdominales, presentando además insuficiencia renal aguda que requirió diálisis, al igual que neumonía nosocomial con septicemia que requirió antibióticos de amplio espectro.

Luego de una lenta evolución, la paciente fue dada de alta finalmente el día 9 de noviembre de 2010.⁸

Durante el trámite del presente medio de control, fue practicado dictamen pericial de fecha 15 de mayo de 2017 número de caso interno: DSQ-DROCC-02673-C-2017 sobre la historia clínica de la demandante, por parte de la Doctora Ana María Londoño Zapata en su calidad de Profesional Especializado Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Dirección Seccional Quindío (pág. 9 a 17 expediente digital⁹), en el que realizó las siguientes precisiones:

“(…)

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

-Historia clínica del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. **(que se nota incompleta – ausencia de folios desde 02 hasta 26/oct/2010- y cuyos folios se encuentran dispuestos en absoluto desorden).**

- Copia de un folio de remisión originada en la E.S.E. Departamental “Solución Salud” Centro de Atención Cumaral.

OTROS RECURSOS UTILIZADOS

- Distocias. Capítulo 15, Texto de Obstetricia Integral siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia año 2009.

- Operación cesárea. Capítulo 16, Texto de Obstetricia Integral siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia año 2009.

- Cesárea e histerectomía periparto. Capítulo 25, Texto Obstetricia de Williams, 22da edición, año 2005. Editorial Mc Graw Hill.

- Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo, vigente para la fecha de los hechos. Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción y Prevención, Colombia.

- Coagulación intravascular diseminada y embarazo. Capítulo 12, Urgencias en obstetricia y medicina materno-fetal. Editorial Distribuna, 2da edición, año 2017.

EXAMEN CLÍNICO FORENSE ACTUAL

No se cuenta con reporte de estudio histopatológico de útero y anexos.

RESUMEN DEL CASO.

Se trata de secundigestante de 25 años (para la fecha de los hechos), con historia de un parto vaginal 18 meses atrás (hijo vivo), sin antecedentes patológicos, quirúrgicos o de otro tipo para resaltar; registro de cuatro (4) controles prenatales, fecha de la última menstruación (FUM) 06/ene/2010. Consulta a la E.S.E. Departamental “Solución Salud” Centro de Atención Cumaral el día 30/sep/2010 a las 18:50 horas, con embarazo de 38 semanas 1 día por FUM (concordante con edad gestacional por ecografía tardía),

⁸ Hechos tenidos como ciertos en la fijación del litigio por ser aceptados por la entidad, además de contar con soporte probatorio en la historia clínica de la paciente, visible en las páginas 38 a 741 del expediente digital que obra en TYBA, nombre del archivo [50001333300220130023500_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_26-10-2020 9.00.38 p.m.](#)

⁹ Nombre del archivo [50001333300220130023500_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_26-10-2020 8.59.08 P.M..Pdf](#), Certificado de Integridad [4FD9951A64E848507C7A40C3BA571B1975E9C601](#).



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

refiriendo actividad uterina y expulsión de tapón mucoso, percibiendo movimientos fetales. Registran ecografía obstétrica realizada el 24/jun/2010 a las 23 semanas y exámenes de laboratorio realizados en febrero y marzo/2010: hemoglobina 10.5 (anemia leve), plaquetas normales, primer uroanálisis con signos de infección, segundo normal, ELISA VIH y antígeno de superficie de hepatitis B negativos, anticuerpos IgG para toxoplasma positivos, no hay reporte de IgM. Se encuentra con signos vitales normales, frecuencia cardíaca fetal (FCF) 140 LATIDOS POR MINUTO (lpm) –normal–, feto en situación transversa; al examen genital: leucorrea abundante y vagina caliente; dilatación cervical 6 cm, borramiento 90%, membranas íntegras, no se palpa polo céfalico. Diagnóstica: embarazo de 38 semanas 1 día, pobre control prenatal, sospecha de toxoplasmosis, vaginosis y trabajo de parto fase activa. Indica administrar líquidos endovenosos (LEV) y remite a institución de mayor complejidad para valoración por obstetra. Al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. ingresa el mismo día a las 21:35 horas con signos vitales normales. Recibe atención médica a las 22:15 horas, registra edad gestacional 39 semanas 5 días a partir de ecografía de la semana 23; altura uterina 31 cm, FCF 140 lpm, feto en situación transversa verificado con rastreo ecográfico, dilatación cervical 8 cm, borramiento 100%, membranas íntegras. Diagnostica embarazo de 41 semanas 1 día y feto en trasnversa. Indica llamado a pediatría y preparar a la paciente para cesárea. La descripción quirúrgica tiene fecha 01/sep(2010 (error en el mes), no tiene hora registrada (según nota de enfermería, el procedimiento inicia a las 23:56 horas); el diagnóstico prequirúrgico es: embarazo de 41 semanas 1 día, paridad satisfecha y “presentación transversa”. **No registra diagnóstico posquirúrgico.** Recibe anestesia raquídea. Informa incisión tipo Pfannenstiel e histerotomía tipo Kerr con dificultad para la extracción del bebé (dice que por situación transversa con ‘dorso posterior’), por lo cual es necesario ampliar la incisión en “T” invertida (como un ancla) y extrae al bebé en podálica; registra líquido amniótico escaso, ‘Apgar de 5/10’, género femenino, se entrega recién nacido al pediatra. Con respecto al resto del procedimiento menciona: ‘se realiza rafia de útero con cromado 2/0, doble sutura perforante invaginante. Regisión de hemostasia. Se encuentra útero bicornue. **Se sutura con cromado 2/0,** revisión de hemostasia. Se realiza invaginante 2/0. Se revisa hemostasia. Rafia de lig redondo con cromado 2/0. Se revisa hemostasia, se realiza Pomeroy sutura cromado 2/0. Cierre por planos. Cierre peritoneo con cromado 2/0...Sangrado 800 cc, sangrado abundante, diuresis clara al final procedimiento. Paciente en POP inmediato requiere inotrópico’. Las ordenes médicas registradas en la nota operatoria incluyen: hospitalizar en unidad de cuidados intermedios (UCIM), oxitocina 10 Ud/1000 cc de lactato de ringe (LR) a 80 cc/hora, dopamina, analgésicos, sonda vesical a cistoflo, transfundir 3 Ud de sangre, vigilar tono uterino y sangrado genital, solicita hemograma. De la nora de anestesiología, cuya hora es ilegible, es posible extraer: ‘pte en malas condiciones generales por sangrado masivo por cirugía cruenta. Sangrado aprox 2000 cc. Diuresis 400 cc. Se inicia dopamina en...ilegible...a dosis 10...ilegible...se solicita transfundir 4 UD GRE...ilegible...coloides, cristaloides...ilegibles...para llevar a cirugía exploratoria. Se solicita traslado a UCI’, **resto de nota ilegible.** La siguiente información se obtiene de las notas de evolución durante la madrugada, tanto de medicina como de enfermería: Enfermería menciona dificultad para la extracción del bebé; a las 00:30 horas registra que continúa sangrando, se reserva sangre, signos vitales: tensión arterial (TA) 76/45, frecuencia cardíaca (FC) 104 lpm, saturación (SO2) 100%, canaliza segundo acceso venoso. 01:30 horas toman nueva muestra de sangre para hemograma **por daño de la anterior.** TA 76/47, FC 105 lpm, SO2 100% con aporte por cánula a 3 lt/min, reporta hemoglobina 5 gramos, que **la sangre está sin cruzar por lo que deciden no transfundirla todavía,** TA 85/48, FC 100lpm, SO2 100%. **Informan recuento de compresas incompleto (faltan 2), revisan cavidad abdominal y no las hallan,** continúa sangrando. 01:45 horas innicia cierre de herida quirúrgica. TA 76/44, fc 97 lpm, SO2 100%. 02:00 horas termina cirugía, el abdomen se encuentra distendido. 02:10 horas orden de obstetra de administrar coloide. 02:15 horas paciente pálida, diaforética, con abdomen distendido, sangrado genital moderado, herida quirúrgica seca. TA 73/41, FC 84 lpm, SO2 97%, obstetra ordena transfusión sanguínea. 02:20 horas se inicia transfusión de primera unidad de sangre O positivo. TA 84/52, FC 87 lpm, temperatura (T°) 36°C. 02:45 horas abdomen más distendido y con equimosis, duro y doloroso. TA 90/50, FC 80 lpm, T° 36°C. 02:50 horas



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

se inicia transfusión de segunda unidad de glóbulos rojos (GRE). TA 84/52, FC 87 lpm, SO2 100%; anestesiología ordena dopamina a 15 cc/hora. 03:15 horas inicia transfusión de tercera unidad de sangre O positivo. **La cuarta unidad no se aplicó porque no coincidían los datos registrados con la paciente.** TA 116/85, FC 77 lpm, T° 36°C, abdomen más distendido. **Llaman al servicio de radiología para que realice ecografía abdominal total por orden de obstetra, pero no es posible comunicación.** Nota de obstetra a las 03:30 horas menciona distensión abdominal marcada, hipotensión, palidez mucocutánea, describe llamado a radiología, solicita a anestesiólogo insertar catéter venoso central (CVC) quien decide esperar reporte de tiempos de coagulación. 04:30 horas nota de obstetra registra TA 110/60, FC 75 lpm, no presenta sangrado genital, tiene distensión abdominal, pendiente ecografía abdominal e insertar CVC. Por presentar hematuria (sangrado en la orina) franca decide realizar laparotomía exploradora. Nota enfermería 06:00 horas pálida, diaforética, con cianosis distal, hematuria y distensión abdominal. TA 70/43, FC 137 lpm, SO2 99%, recibe dopamina. Nota médica retrospectiva del 01/oct/2010 a las 07:55 horas de otro obstetra, menciona que a las 05:45 horas recibe llamado de médico hospitalario para ayudar al obstetra tratante. **A las 06:00 horas encuentra a la paciente en mal estado general, evidencia clínica de hemoperitoneo masivo.** Es llevada a laparotomía, la cual se realiza bajo anestesia general, inicia a las 06:15 horas y termina a las 08:00 horas, presenciado por dos obstetras y dos anestesiólogos. Diagnósticos prequirúrgicos: shock hipovolémico, hemoperitoneo, sospecha de coagulación intravascular diseminada (CID). Diagnósticos posquirúrgicos: los mismos. Es necesaria una incisión mediana infraumbilical para lograr un adecuado campo operatorio. En los hallazgos describen: hemoperitoneo 2000 cc, sangrado activo por la histerorrafia (ángulo izquierdo), desgarros de músculos rectos y parte de oblicuos mayores, útero atónico y flácido refractario al manejo (no se encuentra orden de manejo médico ni lo describen, excepto un registro de administración de oxitocina 20 Ud entre las 00 y las 01:00 horas del 01/oct/2010), sospecha de lesión de uréter izquierdo. Realizan drenaje de hemoperitoneo, histerectomía subtotal (describen corte y ligadura de ligamento útero. ovario derecho y de ligamento infundíbulo-pélvico izquierdo) y rafia de músculos de la pared abdominal. Las ligaduras vasculares se realizan con Vicryl 1. Revisan hemostasia, peritonizan y lavan cavidad. Cierran fascia con Vicryl 1, reforzada con Prolene 0, cierran piel con sutura colchonera de Prolene 2-0. Orina hematurica, recuento de compresas completo. La hoja de anestesia registra TA 80/57, FC 120 lpm, SO2 100%, ventilación mecánica, diuresis 100 cc, sangrado intraoperatoria 2500 cc, recibe 1000 cc de cristaloides, 10 Ud de plaquetas, 6 Ud de plasma y 5 Ud de GRE durante el procedimiento. En el mismo tiempo operatorio, anestesiólogo inserta CVC. Reporte de tiempos de coagulación de las 03:05 horas normales (TP 10.6, TPT 27.4). A las 09:30 horas solicitan valoración por urología ante la sospecha de lesión ureteral, especialista que decide no reintervenirla dado su estado clínico. Solicita urotac. El mismo día a las 10:00 horas (según epicrisis de UCI) requiere nueva laparotomía por parte de cirugía general (presencia de dos cirujanos), con diagnósticos prequirúrgicos: hemoperitoneo y shock hipovolémico; diagnósticos posquirúrgicos hemoperitoneo y coagulopatía. Encuentran hemoperitoneo aproximado de 4500 cc, gran hematoma y edema retroperitoneal. Requieren ampliar la incisión mediana abdominal por encima del ombligo, con el fin de clampear (comprimir con instrumental) la aorta abdominal, logrando visualizar las arterias hipogástricas (seda 2-0) y ligándolas para realizar hemostasia (detener el sangrado). No encuentran lesión ureteral. Empaquetan con dos compresas en fosas iliacas. Describen paciente en mal estado, hipotensa, hipotérmica y con acidosis metabólica; recibe 5 Ud de GRE en el transoperatorio. La siguiente nota es un ingreso al servicio de medicina interna el 26/oct/2010 en donde mencionan además de lo descrito en líneas anteriores, que recibió factor VIIa recombinante, permaneció en UCI por 23 días, requirió hemodiálisis por falla renal aguda (FRA), múltiples lavados abdominales para drenaje de colecciones, tuvo neumonía asociada a la ventilación mecánica (VM) y sepsis, recibió piperacilina + tazobactam y meropenem, estuvo intubada por 13 días y fue reintubada por edema pulmonar, se dejó con laparostomía (abdomen abierto, contenido pro viaflex o bolsa de Bogotá). Notas médicas del 25 y 27/oct/2010 de nefrología donde registra que recibe hemodiálisis por FRA secundaria a necrosis tubular aguda, por shock hipovolémico. El 30/oct/2010 cirugía general anota mejoría, no signos de respuesta inflamatoria sistémica, herida



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

quirúrgica limpia, retira viaflex y encuentra abdomen congelado, para cierre por segunda intención. El 02/nov/2010 cirugía general decide cierre por tercera intención y control por consulta externa; es valorada por clínica de heridas y continúa manejo por nefrología, especialidad que suspende hemodiálisis al día siguiente y da de alta del 06/nov/2010, con orden para control en 2 semanas con reporte de creatinina, BUN, potasio y hemograma. Controles por cirugía general: - 17/abr/2012 posoperatorio de eventrorrafia con malla, retira dren y sutura, cita a control en 1 mes. - 15/may/2012 cicatriz en buen estado. Cita a control en 6 meses. - 18/sep/2012 reporte de patología de masa ovárica derecha: cuerpo lúteo quístico. Cita a control en 6 meses. Dentro de los documentos aportados se encuentran los siguientes formatos de consentimiento informado: - Cesárea + Pomeroy: es un formato de consentimiento general, no lista las posibles complicaciones. Firma Diana Carolina Guerrero C.C. 1.032.365.952. No registra fecha ni lugar, firma ni nombre del médico. - Formato sin firma de paciente o representante; no registra fecha, lugar ni nombre del proceimiento. Aclara que se trata de urgencia vital por atonía uterina. Firma anestesiólogo Julio Bolívar. - Formato sin firma del paciente o representante; no registra fecha, lugar ni nombre del procedimiento. Aclara que se encuentra intubada y con soporte inotrópico. Firma anestesiólogo Julio Bolívar. - Formato para transfusiones sanguíneas: los del 01/10/2010 no firmados por tratarse de urgencia. Uno del 27/oct/2010 firmado por Diana Carolina G. C.C. 1032365952. Dentro del expediente no se recibe reporte de estudio histopatológico de útero y anexos, ni historia clínica del recién nacido.

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

- **DISTOCIAS DEL TRABAJO DE PARTO:** el término distocia significa trabajo de parto o parto difícil. Las distocias pueden ser: pélvicas óseas, de tejidos blandos, fetales, debidas a los anexos ovulares y dinámicas. Las distocias fetales son ocasionadas por alteraciones en la situación, presentación, posición y actitud fetales (en conjunto, ubicación del feto); por macrosomía fetal, por tumores fetales (hidrocefalia, mielomeningoceles, higromas, tumores abdominales) o por número de fetos (embarazo múltiple, siameses). Las distocias absolutas son aquellas que no permiten el nacimiento vaginal sin poner en riesgo la vida materna o fetal; entre estas se encuentran: la situación transversa, la macrosomía fetal, la hidrocefalia y los siameses. Existe situación transversa cuando el eje longitudinal del feto es perpendicular al eje longitudinal de la madre. Como causas se invocan: prematuridad, multiparidad, tumores uterinos, úteros con alteraciones anatómicas, inserción baja de placenta y fetos con malformaciones o tumores. El diagnóstico se hace por palpación abdominal y tacto vaginal siendo fácil la confirmación con ecografía obstétrica. Por tratarse de una distocia absoluta es necesario practicar operación cesárea siempre.

- **PROCEDIMIENTO CESÁREA:** la operación cesárea es el procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de obtener el nacimiento de un feto, usualmente vivo, a través de una incisión en el abdomen que permita acceder al útero. Por lo general, se utiliza una incisión uterina, la mayoría de veces, se realiza de manera transversa en el segmento uterino inferior aunque, en ocasiones se puede usar una incisión vertical en este sitio. La llamada incisión clásica es una vertical en el cuerpo del útero por arriba del segmento uterino inferior y que alcanza el fondo, rara vez se usa en la actualidad. Las ventajas de la incisión transversa son: es más fácil de reparar, hay menor probabilidad de ruptura uterina en el siguiente embarazo y menor formación de adherencias en intestinos o epiplón sobre la incisión. La incisión clásica se prefiere cuando: el segmento se encuentra ocupado por un mioma o tumor, la vejiga está adherida al segmento, existe cáncer invasivo del cuello uterino, existe placenta previa anterior, el feto se encuentra en situación transversa con dorso inferior o es muy pequeño y no se ha adelgazado el segmento uterino. Una vez lograda la extracción fetal y realizado el secado y estimulación del recién nacido, se pinza y liga el cordón umbilical. Se procede al alumbramiento dirigido, con tracción sostenida del cordón umbilical y masaje uterino externo para obtener la placenta. Se verifica la extracción completa de la placenta, se limpia la cavidad uterina con una compresa y se procede a practicar la histerorrafia promoviendo la contracción uterina con una infusión de cinco unidades de oxitocina. Después del alumbramiento, **se revisan con cuidado los bordes cortados superior e inferior y cada ángulo lateral de la incisión uterina en**



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

busca de vasos sangrantes; los grandes se pinzan y se ligan de manera individual. Se cierra la incisión uterina mediante uno o dos planos de sutura con material absorbible **calibre 0 o 1**. Casi todos los obstetras utilizan catgut cromado, pero algunos prefieren suturas sintéticas no absorbibles. La sutura inicial se coloca sobre un ángulo de incisión uterina. Después se hace una sutura continua cruzada con cada punto penetrando el grosor total del miometrio (músculo uterino), la cual persiste hasta rebasar el ángulo opuesto de la incisión. Cuando el segmento inferior es delgado, se puede lograr la aproximación satisfactoria de los bordes cortados con un plano de sutura. Si ésta no es satisfactoria después de su colocación o si persiste hemorragia, se requieren más suturas. Se pueden aplicar suturas, sea en otro plano continuo simple invaginante o por puntos separados en “ocho” o “colchoneros” en los sitios sangrantes. Por lo general, los bordes de la serosa que cubre útero y vejiga se aproximan con una sutura continua de catgut cromado calibre 2-0, aunque este paso puede omitirse. Antes de cerrar la pared abdominal, se limpian las goteras parietocólicas y el fondo de saco posterior, y se retiran las compresas. Después de que se haga el conteo de compresas e instrumentos y este resulte completo, se cierra la incisión abdominal por planos. Muchos obstetras omiten el cierre del peritoneo parietal. Conforme se cierra cada plano, se localizan, pinzan y ligan los vasos sangrantes. Se revisa cuidadosamente la hemostasia del espacio subaponeurótico (el que está por debajo de la vaina que envuelve los músculos abdominales). La aponeurosis subyacente de los rectos abdominales y los oblicuos mayores se cierra con puntos separados de material no absorbible calibre 0 o 1, o mediante una sutura continua simple con material absorbible de larga duración. El plano subcutáneo por lo general no necesita cierre y la piel se cierra con puntos verticales de colchonero con seda 3-0 o 4-0, con una sutura semipermanente subcuticular continua 4-0, o con grapas cutáneas. Si el tejido celular subcutáneo tiene más de 2 cm de espesor, se afronta con puntos separados de catgut simple 2-0 para evitar el espacio muerto y disminuir el riesgo de hematomas o infecciones superficiales del sitio quirúrgico. Cuando se requiere una incisión clásica es frecuente encontrar en el miometrio numerosos vasos que sangran de manera profusa. En este caso se emplea un plano de sutura continua con catgut cromado 0 o 1 para unir las mitades profundas de la incisión. A continuación se cierra la mitad externa de la incisión con material de sutura similar utilizando una sutura continua o puntos en “ocho”. Para lograr una buena aproximación e impedir que la sutura se desgarre a través del miometrio, es útil que el ayudante comprima el órgano a cada lado de la herida hacia la línea de sutura conforme se coloca y anuda cada punto. Si después de este plano, no se han aproximado los bordes de la serosa uterina, se unen con catgut cromado 2-0 en sutura continua.

-HEMORRAGIA DEL POSPARTO INMEDIATO: se define como la pérdida sanguínea mayor de 500 cc en las siguientes 24 horas posparto (Organización Mundial de la Salud –OMS- 1996), la caída del hematocrito mayor a 10% (Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología – ACOG- 2000), la pérdida de cualquier magnitud que produzca alteración hemodinámica no compensada y que podría llevar a daño tisular (OMS-1996). Es severa cuando la pérdida sanguínea es mayor de 1000 cc en 24 horas. Estas definiciones son de difícil aplicación clínica ya que no es fácil medir cuantitativamente la cantidad de sangrado y existe gran variabilidad en los estimativos. La perfusión uterina en el posparto inmediato puede llegar a 500 cc por minuto. Este hecho determina que la magnitud del sangrado posparto sea catastrófica y obliga a iniciar el manejo en forma inmediata. Las principales causas de hemorragia posparto se resumen en cuatro “T”s: tono, tejido, trauma y trombina. Las alteraciones del tono uterino son responsables de 90% de las hemorragias anormales del posparto. Tejido involucra la retención de restos ovulares o placentarios, como en el caso del alumbramiento incompleto o el acretismo placentario. Trauma: desgarros genitales, ruptura uterina o dehiscencia de cesárea y, trombina por alteraciones de coagulación, como la coagulación intravascular diseminada (CID) secundaria a feto muerto retenido, a desprendimiento de placenta o a la misma hemorragia. Lo principal es hacer un diagnóstico precoz para un adecuado tratamiento y prevención de complicaciones. Para considerar que existe un sangrado posparto anormal se requiere que el médico, con base en la observación, su experiencia y la presencia de signos clínicos de compromiso hemodinámico determine si a hemorragia es inusual. El siguiente cuadro resume la estimación del sangrado con base en la evaluación del estado de shock:



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Compensado Leve Moderado Secero Pérdida sanguínea 500-1000 cc 10-15% 1000-1500 cc 10-25% 1500-2000 cc 25-35% 2000-3000 cc 35-40% Cambio en la presión sistólica Ninguna Caída leve 80-100 mmHg Caída marcada 70-80 mmHg caída profunda 50-70 Signos y síntomas Palpitaciones y taquicardias Diaforesis – debilidad – taquicardia palidez – oliguria – desasosiego Colpaso – asfixia – anuria **Cuando se detecta un sangrado posparto anormal se debe buscar prontamente su causa y, de inmediato, iniciar tratamiento, el cual debe hacerse mientras se encuentra la causa del sangrado ya que la magnitud del sangrado no da espera.** El criterio clínico es el que orienta el diagnóstico: **se debe buscar la causa más frecuente (atonía uterina)** mediante la palpación del útero: un útero tónico será fácilmente encontrado en el hipogastrio (el globo de seguridad uterino). Si se confirma una atonía, se procede a revisar y masajear el útero. En caso de parto vaginal, la revisión uterina puede detectar lesiones uterinas como ruptura o dehiscencia de cicatriz anterior. Luego, siempre debe buscarse otras causas como los desgarros cervicovaginales. La CID se debe sospechar cuando hay sangrado en otras zonas como cavidad oral, piel, tracto gastrointestinal, o cuando el sangrado persiste a pesar de manejo adecuado, y se debe confirmar con exámenes de laboratorio. Cuando el sangrado posparto se ha instaurado, el esquema de tratamiento sugerido es el siguiente: una vez identificada la hemorragia anormal intra o posparto, deben involucrarse cuatro pasos en forma simultánea: - Comunicación: el primer paso ante un sangrado anormal es avisar y solicitar ayuda. Idealmente se debe tener conformado un equipo de enfermería y médico preparado para esta eventualidad, ya que se trata de una urgencia vital. – Resucitación: canalizar una segunda vena e iniciar resucitación con cristaloideos tibios. – Monitorización e investigación: tomar una muestra de sangra para hemograma completo, hemoclasificación, plaquetas, reserva de sangre y pruebas de coagulación, y monitorizar a la paciente con sonda vesical, tensión arterial, frecuencia cardíaca y pulsioximetría donde esté disponible. – Detención del sangrado: excluir otras causas diferentes a la atonía uterina y si se confirma atonía uterina iniciar inmediatamente: masaje, revisión uterina e infusión de oxitocina. Estas medidas deberán instaurarse inmediatamente y perseverar en su uso hasta controlar la situación o entregar a la paciente en el sitio de referencia. Se recomienda el uso de oxitocina: 30-40 Ud en 500 cc de cristaloideos a 125 cc/hora, para garantizar expansión de volumen y llegada de la oxitocina a la fibra meometrial. **Si no hay respuesta, se puede administrar 10 Ud intramiométriales a través de la pared abdominal.** Si persiste la hemorragia, continuar con alcaloides derivados del cornezuelo de centeno: metilergonovina a dosis de 0.25 mg vía intramuscular (IM) repetido cada cinco minutos, hasta una dosis máxima de 1.25 mg, no se debe usar en pacientes hipertensas. También puede usarse misoprostol a dosis de hasta 1.000 microgramos por vía intrarrectal. Ante la persistencia del sangrado, se puede hacer una prueba de taponamiento uterino mediante un dispositivo específico para esto (si está disponible), o artesanalmente con un catéter urológico o una sonda de Foley. Al respecto de la CID, se hará referencia en líneas posteriores. De acuerdo a la experiencia del equipo interviniente y al estado clínico de la paciente, el tratamiento quirúrgico involucrará desde alguna de las siguientes técnicas: ligadura de arterias uterinas y/o ilíacas internas, suturas hemostáticas intramiométriales (tupo sutura de B-Lynch), masaje directo del útero, torniquete uterino y aplicación de oxitocina intramiométrial, hasta la histerectomía (en casos de shock severo) para el control de la hemorragia evitando llegar a hipoperfusión de órganos vitales e hipoxia tisular. Así, la histerectomía es generalmente el último recurso para tratar la atonía, pero no debe ser retardada en mujeres quienes requieren pronto control de la hemorragia uterina para prevenir muerte. ‘La elección de un procedimiento quirúrgico específico depende de varios factores de los cuales el más importante es la experiencia y la capacidad del cirujano, si bien es importante intentar preservar la fertilidad de lagunas mujeres, en especial las nulíparas, la demora frente a la hemorragia difusa puede incrementar el riesgo de morbi-mortalidad’. Tomado de TE LIDE GINECOLOGÍA QUIRÚRGICA, Octava edición, JOHN A. ROCK. JOHN D. THOMPSON. La embolización arterial es un tratamiento apropiado para sangrado persistente en una paciente hemodinámicamente estable en quien la capacidad de reemplazo de sangre excede la hemorraiga en curso. Generalmente, este procedimiento no debe ser intentado en pacientes inestables ya que tienen que ser



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

transferidas al área de radiología para el procedimiento y no debe ser considerado un procedimiento de urgencia para el manejo de una hemorragia posparto no controlada.

- COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID): es un síndrome caracterizado por la activación sistémica no controlada de la coagulación, que produce trombosis de los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre comprometiendo el flujo sanguíneo a diferentes órganos. Se asocia a aumento de la degradación y a alteración de la síntesis de factores de coagulación, lo que finalmente produce trombosis, disfunción orgánica y hemorragias no controladas que pueden llevar a la muerte. Se presenta secundaria a complicaciones propias del embarazo como desprendimiento de placenta (40%), hemorragia posparto (29%), preeclampsia/eclampsia y síndrome HELLP (13%), sepsis materna (6%), hígado graso agudo del embarazo (8%) y embolismo de líquido amniótico (6%). Las principales manifestaciones clínicas de la CID son hemorragias, trombosis, o ambas, las cuales, frecuentemente terminan provocando disfunción de uno o varios órganos. **Se pueden presentar como hemorragias genitales, intraabdominales, sangrados por sitios de venopunción o sangrado de mucosas; se pueden presentar signos de choque como taquicardia, hipotensión o alteraciones de la conciencia.** El daño orgánico se presenta como **falla renal aguda**, insuficiencia hepática, lesión pulmonar aguda o disfunción neurológica. Las anormalidades de laboratorio encontradas con mayor frecuencia son: **disminución del recuento de plaquetas**, aumento de los productos de degradación fibrina, prolongación de los tiempos de coagulación y disminución del fibrinógeno. Los principios básicos del manejo de la paciente obstétrica con CID incluyen: el manejo de la condición que ocasionó la CID, cuidados de soporte de funciones vitales con hemoderivados, vigilancia clínica y paraclínica regular, y manejo multidisciplinario oportuno.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

a) Para la fecha 30/sep/2010, la señora Guerrero cursaba con embarazo a término, feto en situación transversa y se encontraba en trabajo de parto. Ante dichos hallazgos, la decisión tomada en el centro de atención local de remitir a la paciente a una institución de mayor nivel de complejidad para que fuera avalorada por obstetra, y la decisión tomada en el Hospital Departamental de Villavicencio de realizarle cesárea ante dicha situación fetal, fueron oportunas y estuvieron acordes con el manejo médico esperado.

b) En el ítem 'PROCEDIMIENTO CESÁREA' del numeral 8 del presente documento, se explica la técnica para la realización de una cesárea. Ante la dificultad para extraer al feto por diversas causas, en ocasiones es necesaria una incisión adicional, que puede ser una "T" invertida o una "J". En este caso, el médico tratante realizó una "T" invertida. Esta incisión se extiende hasta el fondo a través del cuerpo uterino, con mayor riesgo de sangrado y mayor dificultad para el cierre o sutura del útero, debiéndose hacer con sumo cuidado y con la técnica adecuada. **El material de sutura para cerrar la pared uterina debe tener un calibre adecuado (1 o 0). La sutura utilizada por el obstetra tratante (2-0) era de pequeño calibre, lo cual hace menos posible lograr una sutura hemostática y más posible la ruptura del hilo. Aunque no se encuentra referido específicamente este hecho dentro de las descripciones quirúrgicas, si se menciona sangrado activo a través de la histerorrafia, entonces existe la posibilidad de que hubiera ocurrido. La descripción quirúrgica realizada por el obstetra tratante no es específica en la técnica usada para el cierre de la pared uterina. No hay congruencia en los registros al final de la descripción quirúrgica: 'sangrado 800 cc, sangrado abundante... requiere inotrópico'; lo menciono porque la pérdida sanguínea permitida en una cesárea es de 1000 cc, además porque teniendo en cuenta las notas de enfermería donde registran los signos vitales durante la cirugía encontrándose hipotensión y taquicardia, donde además mencionan que justo antes de finalizar el procedimiento, la paciente continua sangrando, el registro de anestesia menciona sangrado de 2000 cc y hubo requerimiento de soporte inotrópico al finalizar la cirugía.** Todo lo anterior permite establecer el diagnóstico de shock hipovolémico moderado (ver ítem 'HEMORRAGIA DEL POSPARTO INMEDIATO'). En el transoperatorio se obtuvo muestra de sangre reportando anemia severa, se ordenó transfundir 3 Ud de GRE, sangre que no se administró porque no tenía aún pruebas cruzadas. Cuando tenemos en frente a una paciente con shock hipovolémico por hemorragia obstétrica, se debe



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

iniciar la transfusión con GRE tipo O negativo o tipo específico SIN pruebas cruzadas hasta que la sangre tipo específico con pruebas cruzadas esté disponible. La transfusión sanguínea inició solo hasta media hora después de haber terminado la cirugía. Hubo recuperación de los signos vitales posterior a la aplicación de la segunda unidad de GRE. **La paciente persistió en shock hipovolémico (a pesar del inotrópico ordenado por anestesiólogo) al menos durante 3 horas, asociado a distensión progresiva, equimosis y dolor abdominal, todos signos clínicos de sangrado intraabdominal; no se requería una ecografía abdominal para el diagnóstico. De hecho, justo en el momento de cierre del abdomen, éste ya se encontraba distendido y la paciente continuaba con signos de shock. Hasta aquí entonces e independientemente de la técnica utilizada por el obstetra para el cierre de la pared uterina, es posible afirmar que el sangrado anormal y el estado de shock secundario no fueron oportunamente detectados ni tratados por el obstetra.**

c) La dosis de oxitocina en infusión ordenada en el posoperatorio y registrada en la hoja de medicamentos, cuyo objetivo es evitar la atonía uterina y la hemorragia consecuente, **fue inadecuada. No se manejó la hemorragia posparto inmediata porque no se detectó.** Es posible que la detección oportuna del origen del sangrado y su manejo adecuado, hubiera evitado el siguiente paso en el tratamiento de la señora Guerrero: histerectomía abdominal subtotal. Igualmente, es posible que a pesar de brindarle el tratamiento adecuado y oportuno al detectar la hemorragia obstétrica, hubiera requerido también el procedimiento histerectomía abdominal como medida salvadora ante la ausencia de respuesta a las demás intervenciones.

d) La primera intervención ocurre a las 06:15 horas del 01/oct/2010 en la cual, el obstetra tratante es asistido por un colega; se requiere una incisión adicional en el abdomen para lograr un adecuado campo operatorio. Encuentran sangrado activo por histerorrafia (sutura o cierre uterino), útero atónico, desgarro de músculos de la pared abdominal (que no fueron descritos en el tiempo quirúrgico de la cesárea) y hemoperitoneo 2000 o 2500 cc. Ante los hallazgos y estado clínico de la paciente (quien persistía en shock) deciden realizar histerectomía subtotal y reparar los músculos de la pared abdominal para intentar el control del sangrado, procedimientos válidos y salvadores en este momento de la evolución.

e) Por persistencia del estado de shock y signos de hemoperitoneo, requirió una segunda intervención, ahora por parte de cirugía general, con la necesidad de ampliar la incisión mediana abdominal para lograr el control del sangrado mediante la ligadura de arterias hipogástricas, encargada del aporte sanguíneo a la pelvis, en el empaquetamiento pélvico. Lo anterior se adecuaba al manejo esperado en este escenario clínico.

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

1. Si el procedimiento practicado a la señora DIANA CAROLINA GUERRERO, identificada con C.C. 1.032.365.962 fue adecuado y se realizó en forma oportuna, por la ESE HOSPITAL DPTAL DE VILLAVICENCIO. R/ Esta pregunta puede ser resuelta con base en el desarrollo del presente informe pericial. Si la autoridad requiere el concepto del manejo recibido por médicos de UCI, por nefrología o por cirugía general a partir del 01/oct/2010, dicha opinión debe ser solicitada a especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo, medicina interna y/o nefrología, y cirugía general.

2. Si las complicaciones que llegaron a surgir en la salud de la paciente DIANA CAROLINA GUERRERO, fueron producto de la mala praxis en el procedimiento del parto por el cual fue atendida la señora. R/ Esta pregunta puede ser resuelta con base en el desarrollo del presente informe pericial.

3. Si se observa error de diagnóstico o tratamiento tardío en la atención de la señora DIANA CAROLINA GUERRERO. R/ Esta pregunta puede ser resuelta con base en el desarrollo del presente informe pericial.

4. A qué se debió la histerectomía que le fue practicada a la señora DIANA CAROLINA GUERRERO y si esta genera consecuencias en su calidad de vida e incide en su desempeño laboral. R/ El motivo final que generó la decisión de realizar histerectomía fue la presencia de atonía uterina asociada a shock hipovolémico. Con base en las herramientas obtenidas de la historia clínica y la correlación de esta con el manejo esperado para el escenario clínico, **y en el evento de que la autoridad decida atribuir**



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

*daño en la salud de la señora Guerrero al acto médico, es posible determinar las siguientes secuelas médico legales: **Pérdida anatómica del órgano de la gestación y perturbación funcional del órgano de la reproducción, ambas de carácter permanente.** Con el fin de establecer secuelas estéticas y psíquicas, en caso de que la autoridad lo considere necesario, la señora Guerrero debe ser valorada por médico forense y psiquiatra forense, respectivamente, dirigiéndose con oficio petitorio y copia del presente informe pericial, al área de clínica forense de la Dirección Seccional Meta. Para determinar la incidencia en su desempeño laboral, dicha solicitud debe elevarse ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Departamento correspondiente.*

(...)” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Dentro de la audiencia de pruebas, al realizar la sustentación del dictamen, la Doctora Ana María Londoño Zapata procedió a realizar lectura completa del documento contentivo, al tiempo que absolvió las dudas planteadas inicialmente por el Despacho, y luego por las partes, en los siguientes términos:

“PREGUNTADO: *¿Teniendo en cuenta que nuestra paciente ya estaba en un shock severo era el procedimiento indicado la extracción del útero para preservar su vida?*

CONTESTADO: *En ese momento sí, y eso lo vamos a ver ahora en las discusiones, pero en el momento que el obstetra que fue a ayudar la encontró en mal estado, con sangrado abundante, con sangrado activo, ESE era el manejo en ESE momento, lo que pasa es que durante toda la madrugada se hicieron cosas...se demoraron, se esperó hasta las seis de la mañana que la señora....vamos a hablar en la discusión, en el análisis porque vamos a ir punto por punto para yo poderles explicar, yo creo doctora.”*

Continuó la profesional de la medicina leyendo el dictamen, y al llegar a la parte en la que se resalta que no se administró a la paciente la sangre ordenada porque no tenía pruebas cruzadas, procede a explicar en qué consiste esto, en los siguientes términos:

“Las pruebas cruzadas son las pruebas que se hacen de compatibilidad de sangre, entonces si a mí me tiene que poner sangre A+ que es mi tipo, hay que cruzar esas pruebas y hacerle unas pruebas inmunológicas para ver que esa sangre es compatible conmigo, entonces acá dicen que no se le transfundieron porque no se le habían hecho las pruebas cruzadas”

También explicó que el cuadro de EQUIMOSIS que presentó la paciente en su abdomen, correspondía a la sangre producto de la hemorragia que había en la cavidad, que se estaba infiltrando por la pared abdominal y llenando el tejido por debajo de la piel dando la apariencia de un gran hematoma (morado el abdomen).

Se prosiguió con el interrogatorio en los siguientes términos:

PREGUNTADO: *entiende el Despacho que es en el momento del posoperatorio de la cirugía de la cesárea en donde se considera que no se dio la atención indicada conforme a la bibliografía y a sus conocimientos, esto es, entiendo que ya la histerectomía fue como la decisión final y se entiende que era la indicada para preservar la vida de la paciente en ese momento, pero pasó mucho tiempo desde que entró en el shock inicialmente moderado (que se debe tratar igual que el severo según entendí),*



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

ahí es donde entiende el Despacho que se presentó la situación médico que originó que la paciente terminara con la histerectomía y las demás complicaciones, quiero preguntarle si esto que acabo de resumir es acertado? **CONTESTADO:** Si, lo entendió bien, la cesárea estaba indicada, la histerectomía también y son los dos polos de la situación, yo no puedo juzgar lo que yo le explicaba de la incisión uterina, de porqué al bebé lo sacó así y no lo sacó mejor por una incisión corporal, porque hubo mucha dificultad y parece que fue muy traumático, fue tan traumática la extracción del bebé que se desgarraron los músculos del abdomen, o sea ¿cómo hace uno para desgarrar los músculos del abdomen en una cesárea? Entonces yo tendría dos dudas con respecto a la cesárea que no puedo ratificarlo porque no fui quien estuvo ahí, y no está escrito: 1) ¿Cómo era el dorso del bebé? Si era un dorso inferior y lo vieron en el ecógrafo, debieron haberle hecho una incisión corporal y no transversal, pero no hay manera de saberlo, porque el médico escribe que el dorso estaba hacia atrás y eso no es lo mismo; y 2) ¿cómo fue que suturó el útero? Porque solo dice: 'sutura perforante, revisión de hemostasia' repetidas veces pero no explica como...es decir, eso depende también de cada obstetra, uno por estos problemas médico legales, uno tiene que ser muy cauteloso en describir adecuadamente cómo fue que lo hizo, porque uno no sabe cuándo uno va a terminar en un estrado judicial por la paciente, entonces uno tiene que ser muy cuidadoso, si yo sé que un útero que se corta verticalmente hay que suturarlo con mucho cuidado, tal cual lo anoto en la descripción quirúrgica, entonces la primera rafia se hizo perforante, cruzada, hemostática (todo lo que diga hemostático es para parar el sangrado), la segunda rafia se hace aproximando bien los bordes, la tercera rafia se hace de tal manera, porque esa es la manera como está descrito, entonces, probablemente hay unos obstetras que no son tan cuidadosos y simplemente escriben que cosen el útero y ya, pero estas son las complicaciones posteriores, que no sabemos realmente como lo suturó, yo estoy asumiendo eso, porque utilizó una sutura muy delgada, y esa sutura o no le daba una tensión adecuada para afrontar absolutamente el músculo, o se podía romper por lo delgadita, entonces esa sutura no era la adecuada, lo que pasa es que yo no se lo puedo atribuir porque es que en la descripción quirúrgica después dice que sangra y sangra y sangra por la histerorrafia, pero no dice por ningún lado ni que se rompió, ni que la sutura estaba floja, eso no dice, ni nunca lo va a escribir nadie, porque si lo escriben entonces casi que se están echando la culpa, entonces esos dos puntos nos vamos a quedar qué fue lo que pasó, listo, digamos que la sutura se hizo bien hecha, digamos que se utilizó el material de sutura que ese sí estuvo mal utilizado, ese no era el material que se requería, pero qué pasó: la señora siempre estuvo chokeada en la cirugía ¿por qué estaba chokeada, por qué seguía sangrando? La señora nunca paró de sangrar, porque cuando terminaron y le cerraron el abdomen, el abdomen ya estaba distendido nuevamente y la señora seguía shockeada, shockeada, shockeada, y duró shockeada de la una de la mañana a las seis de la mañana cuando llegó el obstetra y clínicamente se dio cuenta que la señora estaba shockeada y que estaba sangrando, y no se necesitaba una ecografía, porque es que yo leí en la historia que decía que llamaron al radiólogo y que el radiólogo dijo que él no estaba de turno, y que mejor llamen al otro radiólogo ¿y entonces ahora la culpa es del radiólogo? ¡No! El radiólogo no tiene nada que hacer en una urgencia obstétrica, la señora estaba sangrando ¡estaba sangrando! Y había que ver de dónde estaba sangrando, y probablemente el útero ni siquiera se le podía tocar, porque estaba tan distendida que uno no se puede dar cuenta si el útero está atónico o está flojito, entonces todo ese procedimiento de una a seis de la mañana, todo, todo, todo ese tiempo no cumplió ningún estándar, por todo lo que explicado, y le repito lo que dice en uno de los ítems al final: puede ser que todo eso, que haberlo hecho a tiempo y haber vuelto a abrir y haber detectado la atonía uterina que ellos



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

mencionan hubiera hecho que la manejaran con el misoprostol, con el metergin, metil ergonobina es lo mismo, con más oxitocina, con masaje uterino, con una sutura de belinch, o con una histerectomía temprana, o qué sé, pero haberlo hecho en el momento oportuno, y puede ser que a pesar de que el doctor obstetra hubiera hecho eso a las dos de la mañana cuando la señora seguía chockeada y cuando la señora seguía distendida, sangrando, puede ser que igual no le hubiera servida ni la oxitocina ni el misoprostol ni las suturas hemostáticas ni nada, y hubiera terminado en una histerectomía también, pero hubiera estado justificada en ese momento, probablemente, el problema es no hacer paso a paso lo que se debe hacer y terminar en un mal resultado, el problema no está en cuando termina en un mal resultado y yo hice todo paso a paso como se debía hacer porque ahí si nada qué hacer, le tocaba, como dice la gente, pero otra cosa es no hacer nada adecuadamente y terminar en un mal resultado, que finalmente, digamos que no se murió, pero sí se quedó sin su útero, mejor dicho, no sé cómo no se murió, realmente, eso es muy apreciación mía, pero la señora estuvo muy mal, tuvo una coagulación intravascular diseminada, que eso es altamente mortal, probablemente en la UCI le hicieron un adecuado manejo, no sé porque no tengo la historia clínica de ese pedazo pero hubiera podido ser peor el final. **(Procede a interrogar el apoderado del Hospital Departamental de Villavicencio)** PREGUNTADO: Yo me voy a referir al ítem que usted determina como 'Análisis y discusión' y me voy al literal C donde usted hace referencia al manejo de la hemorragia posparto, y dice usted que no se manejó la hemorragia posparto inmediata porque no se detectó, y dice que es posible que la detección oportuna del origen del sangrado y su manejo adecuado hubiera evitado el siguiente paso en el tratamiento de la señora Guerrero, es decir, la histerectomía, que es el punto central con el que usted ha terminado la explicación dando respuesta a la pregunta que hace el Despacho, pero la pregunta mía va al siguiente sentido: usted aquí deja abierto en este literal C es una posibilidad, ('es posible que no se haya detectado') mientras que cuando le responde a la señora Juez con absoluta firmeza ya no pasa del cuestionamiento sino a la afirmación de que no se detectó. **CONTESTADO:** Yo no dije y no escribí 'es posible que no se haya detecta', escribí: 'es posible que la detección oportuna del origen del sangrado y su manejo adecuado hubiera evitado el siguiente paso, no dije 'es posible que no se haya detectado', es que no se detectó. PREGUNTADO: Excúseme, entonces leí mal: 'es posible que la detección oportuna del origen', 'es posible', usted está viendo una posibilidad mientras que cuando le responde al Despacho está haciendo una afirmación, entonces yo si quiero que usted por favor aclare eso. **CONTESTADO:** No, no estoy haciendo una afirmación, es que el ítem es muy claro, y se lo repito: 'es posible que la detección oportuna'... estoy diciendo un condicional: si se hubiera detectado a tiempo y se hubiera manejado el origen del sangrado, es posible que se hubiera evitado el siguiente paso, claro, yo no lo puedo decir con certeza, jamás, en medicina no puedo decir nada con certeza. PREGUNTADO: Perfecto, entonces usted deja abierta una posibilidad, ¿estamos claros en eso? **CONTESTADO:** Sí. PREGUNTADO: Usted acaba de señalarle al Despacho también que el procedimiento de la 1 a las 6 de la mañana no cumplió un estándar, ¿cuál es ese estándar? **En este momento el Despacho interviene:** Perdón Doctor, creo que la doctora específicamente se refirió: 'se requiere un tipo de sutura de mayor calibre...no se detectó a tiempo', ¿si Doctora, esos son los estándares? **CONTESTADO:** El origen de todo el procedimiento y toda su evolución fue una hemorragia posparto; hablé en el ítem 'HEMORRAGIA POSPARTO' del estándar de manejo de hemorragia posparto, pero si yo no detecto una hemorragia posparto no puedo darle manejo a una hemorragia posparto porque no la detecto, y hemorragia posparto en este caso que fue una cesárea incluye el sangrado dentro de la cavidad abdominal, porque puede que yo tenga una atonía uterina y el útero me esté sangrando



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

*hacia afuera pero también hacia adentro, entonces es una paciente shockeada, con distensión abdominal, que al final decido llevarla a cirugía porque la orina me le está saliendo con sangre, la orina empezó a salir con sangre, porque la sangre empezó a infiltrar la vejiga, no porque hubiera habido una lesión vesical, entonces para responder al Doctor, que fue la pregunta exacta, ‘¿cuál es el estándar de manejo?’, el estándar de manejo cuando se detecta una hemorragia posparto es el que se refiere en la hemorragia del posparto inmediato donde hablé de todo, de cómo se detecta el shock, como se debe reanimar, cuáles son los motivos del sangrado que se deben buscar, cuándo está indicada la transfusión, cuáles son los medicamentos que se deben utilizar, a eso me refiero. **(Vuelve a interrogar el apoderado de la entidad).***

PREGUNTADO: Si, excúseme, yo la voy a ubicar en la última respuesta que usted le dio al Despacho, usted dice: ‘a la paciente la dejaron de una de la mañana a seis de la mañana cuando aparece el Gineco-Obstetra, ¿cierto? Entonces usted dice: ‘hubo un descuido en la paciente entre una y seis de la mañana. **CONTESTADO:** Yo no dije que hubo un descuido. **PREGUNTADO:** Ah bueno, pero yo lo entendí así, porque usted dijo: ‘la dejaron de una a seis de la mañana que llega el Gineco-Obstetra, y usted dice que no se cumplió un estándar entre ese horario, la pregunta mía es ¿cuál es el estándar? **CONTESTADO:** El estándar, si quiere, le vuelvo a leer el ítem de hemorragia posparto, ese es el estándar, a lo que yo hago referencia es: si, claro, a la señora se le tomaron signos vitales y toda la mañana estuvo hipotensa, solamente mejoraron los signos vitales por las transfusiones de sangre y por la inotropía que adecuadamente le puso el anesthesiólogo; se le pone inotropía a un paciente que está shockeado, que la reanimación con líquidos y la reanimación con sangre no mejora, y si un paciente está shockeado y está sangrando pues tengo que detenerle el origen del sangrado, yo no estoy diciendo, y lo aclaro a la señora Juez, si lo dije de mala manera, que hayan dejado a la paciente y que no le hayan hecho nada, porque de hecho tiene muchas notas seguidas, y parece ser que la obstetra estuvo pendiente de ella toda la noche, pero no es suficiente con que yo me desvele al lado de la paciente toda la noche y le ponga sangre y le ponga sangre y le ponga sangre, y el anesthesiólogo le ponga inotrópico, inotrópico, inotrópico, y la señora esté con su abdomen distendido y persista shockeada, y ya, ¡había que volverla a abrir! **PREGUNTADO:** Doctora, pasando a otro punto, ¿en el momento en el que se encontraba la paciente a esa hora, a las seis de la mañana, era justificada la histerectomía? **CONTESTADO:** Si, si era justificada y también lo escribí, y lo leí y lo he dicho. (Resalta el Despacho)

De igual forma, en la continuación de la audiencia de pruebas, se recibió el testimonio técnico del Doctor Rodrigo Reyes Méndez, quien funge desde el 1° de abril de 1993 como Médico Especialista en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental de Villavicencio ESE, en carrera administrativa; en el caso de la señora Diana Carolina Guerrero, fue quien la atendió luego de que sufriera el sangrado interno producto de la cesárea, y al deponer el interrogatorio del Despacho y las partes, indicó lo siguiente:

“PREGUNTADO: Yo le voy a poner en conocimiento parte de la historia clínica que obra en el expediente, en la cual está detallada la atención que usted le hizo a la paciente, quiero pedirle por favor que me haga usted mismo un relato de dicha atención.

CONTESTADO: Mil gracias señora Juez, me hace llegar la historia clínica en la cual doy testimonio de mi actuar, ahí figura una acotación de...dice: 1° de octubre de 2010 Ginecología Dr. Reyes, a las 5:45 recibo llamado del Dr. Moreno, médico hospitalario de sala de partos, que me informa que la Dra. Saavedra necesita ayuda en salas de



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

*cirugía, que hay una paciente en posoperativo de cesárea en mal estado; a las seis de la mañana ingreso en salas de cirugía y recuperación, encuentro paciente en compañía de la Dra. Saavedra y del Radiólogo, Dr. Monsalve, paciente en muy mal estado general, con marcada palidez mucocutánea, francamente distendida y con drenaje hemático por sonda vesical; ante evidencia de hemoperitoneo masivo se ordena pasar paciente a cirugía; Dr. Pérez inicia anestesia general y catéter central, previa asepsia y antisepsia se realiza incisión media infraumbilical hasta caída, evidenciando los siguientes hallazgos: hemoperitoneo 2000, sangrado activo del ángulo de sutura izquierda, sección de músculos rectos y parte de oblicuo mayor sangrantes, útero a tónico, flácido, como cuarto hallazgo, sin respuesta a oxitócicos, por lo que se procede a: histerectomía subtotal, drenaje hemoperitoneo, sutura de músculos rectos y oblicuos. NOTA: durante el procedimiento, se encuentra compromiso de ligamento ancho e infundíbulo pélvico izquierdo con hematoma, gran edema y sangrado en capa, por lo cual, por el sangrado en capa (CID), no se explora, no se puede evidenciar integridad del uréter izquierdo, pero por presencia de material de sutura previo, en dicho territorio en cirugía anterior, se sospecha compromiso uretral izquierdo, una vez controlado el sangrado activo, se cierra por planos, y dejo como ordenes: nada vida oral, transfundir cuatro unidades de glóbulos rojos, seis unidades de plaquetas, tres unidades de plasma extra, traslado a UCI, y demás órdenes por anestesia. **PREGUNTADO:** Ahora sí quiero que me cuente lo que corresponda al caso de la señora Diana Carolina Guerrero, su intervención y lo que considere respecto del testimonio. **CONTESTADO:** Primero que todo dejo claro que para el momento de los hechos yo no estaba de turno, ni tampoco era la persona que ingresaba de turno, pero era el médico Coordinador del Hospital y como muchas veces sucedía, no solamente con la colega, sino con otros colegas en caso de que necesitaran apoyo, de que necesitaran alguna colaboración me llaman, y aún me siguen llamando de ahí, de otros sitios a veces donde trabajo, para brindar apoyos en caso de sangrados masivos con pacientes complicadas. Fui llamado por el Dr. Jaime Moreno que era el Médico Hospitalario, me llama y me dice: Dr. Reyes hay una paciente que está en muy mal estado, la paciente prácticamente está muerta, esa paciente está coagulopática, la está manejando la Dra. Saavedra, pero me imagino que por las horas, a mí me llamó alrededor de las cinco pasadas –a esa hora la doctora debió estar, primero con un estrés terrible, con un cansancio terrible, estaba 24 horas– véngase doctor a ver qué puede hacer por la paciente, yo ni siquiera me baño sino que arranco pa'l hospital, y llego a allá a salas de recuperación y encuentro a una paciente que le están haciendo en ese momento la ecografía el radiólogo y está con la Dra. Saavedra, y hay una paciente en muy pero muy malas condiciones generales con una gran distensión, yo: '¡no la paciente está sangrando hay que pasarla ya!', el Dr. Pérez, que era el Anestesiólogo dice: 'no, pues hay que pasarle un catéter, porque o sino esta paciente se nos va'. Iniciamos la intervención y están descritos los hallazgos, y realmente se entró a controlar el sangrado que presentaba en ese momento la paciente, era una paciente que nosotros ya considerábamos prácticamente en fase premorte, una paciente que estaba ya muy coagulopática, había perdido prácticamente toda la volemia, que ya la habían transfundido, a ese momento ya le habían puesto no sé con precisión pero al menos unas tres o cuatro unidades de sangre, más toda la sangre que tenía en la cavidad abdominal, o sea que más del recambio; cuando una paciente pierde más del 35% de la volemia la condición es muy crítica y la posibilidad de salvamento muy grande, **y era una paciente que en teoría estaba crítica desde mucho antes, nosotros tenemos una ley que se llama 'La hora dorada', que es que una paciente empieza a sangrar y si el sangrado digamos, no se controla en los primeros 20 minutos se pierde el 40% de las pacientes y si el sangrado no se controla en la primera hora, que por eso se llama 'La hora dorada' más del 90% de las pacientes van a morir**, solamente se puede rescatar el 10% de las pacientes,*



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

si van a estar coagulopáticas, van a presentar signos de sangrado por herida por todo, y realmente esta paciente, como figura en la historia clínica, se estaba operando alrededor de media noche, y yo llegó a intervenirla a las seis de la mañana, o sea ella ya llevaba seis horas en donde la estaban manejando con todo, o sea, ya había sido intervenida de su cesárea, y le estaban poniendo sangre, plaquetas y todo, **pero no se había compensado y nunca se compensó, siguió sangrando, siguió coagulopática**, yo ya la encuentro coagulopática, entro y encuentro estos hallazgos en que hay compromiso de la musculatura de pared abdominal, **hay compromiso del ángulo de la sutura**, que hay un gran sangrado en cavidad, que el útero ya está muy flácido, un útero después de que se le pone cierta cantidad de oxitócicos, que está hipoperfundido pues no responde a las drogas que normalmente se colocan para que deje de sangrar, y entonces ya no había ninguna opción, la opción era extraerle la matriz y tratarle de mirar si el sangrado paraba que es muy difícil, una vez ya uno pierde más del 35% de la volemia, ha estado en condición muy crítica pues ha perdido muchos factores de coagulación y la sangre no le coagula. La intervino, ya ingresó el grupo de las siete de la mañana y yo estaba interviniendo, se entregó al grupo, estaba en la UCI, ya estaba puesto el personal que usualmente entra a las siete y se discutió el caso y se decidió entrar como último rescate para salvar a la paciente, tratar de volverla a intervenir con cirujanos, con todo a ver si se le podían ligar las hipogástricas y las hipogástricas pues es una cirugía bastante complicada y que puede tener grandes repercusiones, pero es mejor una paciente viva con secuelas a una paciente muerta, y la paciente nuevamente se metió, lógicamente el deterioro aún era mayor, se le había reemplazado más, no coagulaba, mucha más sangre, o sea ella recibió cantidad, cantidad de lo que tenía el banco en sangre, plasma lo que había de disponibilidad, no fue fácil ubicar las hipogástricas por la gran infiltración de la sangre porque no coagulaba, y como medida 'rescatoria' (sic) el cirujano ligó la arteria aorta por debajo de la renal, para tratar de salvarle la vida a la paciente, y una vez ahí eso se pudo controlar más o menos el 70% de todas las colaterales de todo el sangrado y se pudo con mayor entrar a buscar la hipogástrica, se le ligaron las hipogástricas, se taponó la paciente, ya como quien dice 'ya lo último y saquémosla para la UCI' y después fue una serie de cosas que son las secuelas de esto que es, o sea uno puede ahí perder el riñón, puede uno perder las suprarrenales, puede uno perder la hipófisis, puede uno perder absolutamente todo, una mujer que haga una gran hipotensión pues puede quedar con muchas secuelas, y realmente, pues lo que yo pienso ahora es que es un milagro que la paciente esté viva y que esos bebitos tengan mamá, o sea ella, la posibilidad que tuviera de morir era muchísimo pero muchísimo más de que sobreviviera, es más, cuando yo entré, yo no estaba de turno, cuando yo vi la paciente, con todo respeto uno entra a veces 'ya no hay caso pero bueno, hagámosle', porque es que usualmente nuestras pacientes son supremamente jóvenes y uno piensa en el bebé que acaba de nacer, y si a uno le dicen que hay otro bebé y que ese bebito tiene de pronto un añito dos añitos, entonces uno dice 'no, hagámosle porque así no haya paciente hay que lucharle', y a veces suceden los milagros, porque muchas veces pudo haber sucedido...este es un caso afortunado entre comillas, discúlpeme, disculpen la expresión, este es un caso afortunado porque lo que uno ve es que una paciente que lleva cuatro horas en una hipotensión severa, cuatro horas que perdió la sangre, la sangre es fundamental para conservar la temperatura, que está en hipotermia, que está en acidosis, que está en todo, o sea, la sangre fundamental para que le funcione el cerebro, el riñón, el pulmón, el corazón, todo nos funciona es a base de sangre, y lamentablemente no hemos inventado a pesar de todos años y el avance de la ciencia algo que la reemplace, la sangre solo se reemplaza con sangre y los recursos hemáticos en este país pues son demasiado limitados. **PREGUNTADO:** En cuanto a los términos, ¿es tan amable y me regala una definición menos técnica de



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

'coagulopática? CONTESTADO: O sea, cuando uno habla que una paciente es coagulopática o coagulación intravascular diseminada, es que entró en una fase en que la sangre ya no coagula porque se acabaron los factores de coagulación, las plaquetas se agotaron, los factores 7 los factores 12, todos los factores de coagulación se deplejan, el hígado no es capaz de producir y en la sangre ya no hay. Entonces es una paciente que si tiene una vena canalizada, por la vena va a sangrar, el solo hecho de pasar una sonda, por la sonda puede salir la sangre hematórica, si hay que pasarle una sonda para aspirarle las secreciones que uno acumula por estar dormido con anestesia y acumula saliva, si hay que pasarle una sonda puede empezar a sangrar por la nariz, por la boca, por donde uno intervenga puede sangrar, entonces ya uno habla de 'coagulopática', entonces a veces uno para controlar el sangrado al limpiar o algo, más sangra, eso es como digamos que tratar uno de tapar un jagüey donde el nivel freático es muy bajo, haciendo más roto, como que entre más escarbe uno más agrava el problema, pero si tu no tapas de donde salen los chorros principales, nada, entonces como que lo que uno hace es tapone, pegue, haga, amarre, como para que los más grandes no...y esperar a solucionar el problema de buscar la fuente de dónde es el sangrado, si no hay factores de coagulación, no hay sangre, entonces póngale sangre, póngale factores de coagulación y esperar a que el organismo produzca, pero el organismo no va a producir, uno forma sangre todos los días y factores de coagulación pero muy lentamente, y si a uno le sacan todo de una vez no los puede producir ahí mismo, entonces ese es más o menos como el término para que ustedes entiendan qué es una paciente cuando entra en coagulopatía. (Procede a interrogar el apoderado del Hospital) PREGUNTADO: Doctor Reyes, tenga la bondad de indicar, de acuerdo a los datos de la historia clínica de la paciente, si para el caso de ella era indicada la cesárea. CONTESTADO: Si, la cesárea francamente tenía una indicación, la paciente venía referida de Restrepo con un embarazo a término con un feto en situación transversa, pues uno lo que mira es en qué etapa de avanzado está y si tiene antecedentes de multiparidad o no, pero normalmente uno dice de una vez: cesárea y dependiendo de los factores de riesgo o alguna cosa, o de la pericia de la persona que está diciendo: 'mire, esta es una situación transversa pero la paciente es multipara, tiene muy buena pelvis, la cabecita está un poquito bajada, voy a darle una prueba de trabajo de parto, o yo sé hacer versión voy a cuadrar el chino, tengo la anestesia, tengo las cosas, las indicaciones, el bebito está en perfecto estado de salud trato de hacer una versión y ubicar al bebé para que el parto sea normal', ya que la cesárea de todas maneras implica más peligro que el bebé, pero en términos prácticos nos dicen: 'hay una paciente que tiene una situación transversa', comprueba uno la situación transversa y más si es dorso inferior, es cesárea. Entonces sí estaba indicada la cesárea. PREGUNTADO: ¿Y para esta paciente estaba indicada la histerectomía? CONTESTADO: Para cuando yo ingresé, pues sí, uno mira y uno entrando va mirando y dice: 'bueno este músculo está sangrando, aquí hay un vasito', lo pinza uno, lo amarra, este músculo está roto, está sangrando, lo amarra, mira uno el útero, este ángulo está sangrando, pinza uno, y mira uno el comportamiento del útero y hace uno las pruebas porque son pacientes jóvenes, o sea uno de entrada se la juega y dice: 'bueno, este útero responde, contrae, porque el principal mecanismo de una paciente en un posparto, una pos-cesárea, por la cual se controla en sangrado, es porque el útero se contrae, el útero cierra sus vasos, la contracción del útero que forma el tono, ni siquiera en ese momento entran a jugar los factores de coagulación sino la contracción del útero, y para eso pues uno usa los oxitócicos o uterotónicos varias drogas que se colocan, se coloca oxitocina, metergin, misoprostol, lo que uno tenga a disposición para que el útero se contraiga, si uno entra y encuentra un útero flácido, atónico, mal perfundido, le coloca oxitocina, y el útero no se contrae, le coloca metergin y no se contrae, lo masajea, le da calor y no se contrae, ese útero va a matar la



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

paciente, entonces lo más práctico es la histerectomía, y uno prefiere hacer eso, luego, hay medidas salvadoras, si una paciente es nulípara, es el primer bebé, el bebito falleció, uno ve que el útero aún está rosado, está perfundido así esté flojo, trata uno de ligar las uterinas primero, si puede uno y la liga uterina no funcionó, liga las hipogástricas para tratar de salgar el útero, hoy en día uno hace una técnica que se llama técnica de belinch, hace uno un taponamiento uterino, pero depende de las condiciones, si uno ve a una paciente que de entrada está muy crítica, muy mal perfundida, no tiene sangre, no tiene factores de coagulación, ve un útero fofo, ve un útero que entre comillas ya se le hizo una cesárea, se le hicieron varias maniobras, que la extracción del bebito fue difícil, que de pronto le hicieron varias incisiones uno ve que no va a contraer, uno no se pone a bobear, es mejor paciente viva, chinos con mamá, a paciente que se quede con el útero y en el cementerio y los bebitos sin mamá. Cuando yo entré, miré, controlé, miré ese útero muy mal perfundido, yo no le di ninguna prueba porque no lo consideré y con la experiencia dije: 'no, esto no hay chance, va pa'fuera'.

PREGUNTADO: Doctor, a propósito de la experiencia ¿usted puede ilustrar a este Despacho los años de experiencia suya como especialista en estas materias?

CONTESTADO: Yo salí del Hospital Militar y me formé en un hospital que se atendían demasiadas maternas, nosotros llegábamos a atender hasta 120 partos y en mis turnos llegábamos a hacer 12, 15 cesáreas en el Hospital Clínica San Rafael, que era dependiente del Hospital Militar en la Universidad Militar Nueva Granada, y desde que salí estoy nombrado de planta en el Hospital Departamental y allí me posesioné, gané el concurso, no fue nombrado ni política ni nada, el 1° de abril del año 93, a los poquitos meses me nombraron Coordinador del servicio, y he sido coordinador en muchos lados, y me retiré por problemas de salud, por tres coronarias tapadas, tres stents, sin embargo aún ejerzo y aún me llaman para complicaciones, no solamente en hospital sino en clínicas.

PREGUNTADO: ¿Para esta paciente las complicaciones pudieron ser objeto de la evolución de la intervenida, o pudieron ser objeto de la misma patología que presentara, verbigracia falla renal, otro tipo de complicaciones?

CONTESTADO: Nosotros llamamos a estos casos 'hemorragia posparto' o 'hemorragia pos-cesárea', se sale de lo normal cuando en un parto normal se pierden más de 500 o en una cesárea se pierden más de 1.000, es como la regla hasta lo que uno permite que se pierda, lo usual, una paciente una vez pierde más de 1.500 empieza a tener problemas y eso es una cascada, eso va a una cascada, se pierden 2.000, se pierden 3.000, la cesárea tiene mucho más riesgo de sangrado que en un parto normal, y cualquier paciente, así sea una cesárea programada, la más boba la más simple, la paciente más delgadita en mejores condiciones de salud, que viene con la hemoglobina más alta, muy bien alimentada, su peso ideal, en excelentes condiciones, los controles adecuados, todos los exámenes normales, incluso con reserva de sangre, todo, una paciente ideal, puede sangrar y puede hacer un shock hipovolémico y puede terminar en una coagulación intravascular diseminada y puede quedar en falla renal, y puede hacer edema pulmonar, y puede hacer necrosis de la hipófisis, puede hacer necrosis de la suprarrenal, todo lo que ustedes quieran, la cesárea más boba, **a veces uno por cansancio cualquier cirujano... somos humanos**, puede verificar una vez y quedar todo perfecto, cierra uno a la paciente, un vasito, se sube la tensión, un esfuerzo, alguna cosa, suelta un vasito, y puede empezar a sangrar y se va llenando **y si no se está atento** ese sangradito y si la paciente está en malas condiciones o tiene alguna coagulopatía de base, alguna discrasia, puede desencadenar una coagulopatía, una paciente con una preclamsia hace MACID, una paciente que venga con un óbito fetal, una paciente con alguna enfermedad de base, nosotros no sabemos, una enfermedad de Von Willebrand, que no tiene factor 7 y uno no sabe, aquí puede haber alguien con la enfermedad Von Willebrand y no haber tenido ningún problema, pero nos van a operar y en la cirugía puede suceder eso, que a pesar de la hemostasia y de lo que se



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

*hace comúnmente, puede sangrar, y el sangrado puede llevar a un deterioro progresivo a una falla multisistémica, que si no hay las condiciones puede uno fallecer, entonces, cualquier cesárea, por boba que sea, planeada, no planeada, programada, no programada, de urgencia extrema se puede complicar con un sangrado posparto, con una atonía uterina, la atonía puede desencadenarle una coagulación intravascular, que se agoten los factores de coagulación, que entren en falla renal y después ya por el manejo todas las complicaciones, ahora, una paciente que se entuba, que va a la UCI muchos días, por ejemplo esta paciente hizo una neumonía no socomial, hizo muchísimas complicaciones derivadas, puede tener complicaciones con la transfusión, o sea manejar mucha sangre, muchos derivados, esta paciente también hizo una complicaciones con las transfusiones, o sea, uno no está exento así le hagan las pruebas cruzadas y uno diga, no, yo soy A+ y la sangre que está es A+, y que le hicieron el chagas, el VIH, todo, y me la colocan y yo puedo hacer un trali, hacer unas fallas, una coagulación, un problema pulmonar por la sangre que me pusieron, porque al fin y al cabo es como un injerto, como una cosa que no es mía, a esta paciente no se le pusieron una, sino que, yo creo que entre todo: sangre, plasta, plaquetas, yo creo que más de 40, se le puso factor 7, cada ampolla de factor 7 para la época valía como 13 millones de pesos y a esta mamita se le pusieron como cinco o siete los primeros días, también tiene sus factores de riesgo, o sea, hay muchas cosas que en el manejo se pudieron haber presentado y decir que pueden ser derivados de las cesáreas, que pudieron ser derivados del sangrado de los vasos, del sangrado del útero, y de cualquier cosa. **(Pasa a interrogar el apoderado de la parte actora) PREGUNTADO:** ¿Usted cree a su juicio y experiencia profesional que es normal que un parto, algo tan natural dure 23 días, 15 días en la UCI? **CONTESTADO:** Yo diría que es un caso excepcional pero se puede dar, o sea, incluso uno puede entrar para cirugías de menos complejidad, un simple legrado puede terminar en una UCI, puede terminar en grandes complicaciones y durar un jurgo, y durar un gran tiempo y pasar por muchos servicios, necesitar de muchas especialidades, una paciente puede entrar a su parto normal, presentación normal, tamaño normal, pelvis normal, atendersele el parto entre comillas normal, a la hora estar la paciente supremamente normal y de un momento a otro complicarse, de un momento a otro hacer un tromboembolismo pulmonar, y a través del tromboembolismo pulmonar hacer un síndrome de dificultad respiratoria, una CID, terminar en UCI, y durar mucho tiempo con apoyo ventilatorio, o requerir tromboprofilaxis, complicaciones de la tromboprofilaxis, requerir transfusión, complicaciones de la transfusión, etc, etc, siendo un parto normal. Qué es lo que usualmente uno ve, que afortunadamente las pacientes que se complican son la minoría, usualmente lo que uno ve es que si hoy ingresan 15 señoras a trabajo de parto, las 15 salen en uno o dos días, pero si nosotros acumulamos las 15 diariamente a una semana, en la semana puede uno encontrar una paciente que dura siete días, 10 días hospitalizada, y de vez en cuando tiene uno casos como estos que afortunadamente puede ser uno o dos al año, o pacientes que duran muchísimo menos pero salen muertas (...) entonces este es un caso que en teoría uno dice me mandan una china de Restrepo, embarazo a término, china joven, 25 años, qué espera uno, que salga bien tanto mamá y bebé, y es lo usual, pero puede suceder que entre bien y en tres o cinco minutos complicarse, enredarse el cordón y el bebito salir muerto o terminar un caso así el bebé y todo está bien, que es lo jarto de nuestra profesión. **PREGUNTADO:** ¿Por qué no se advirtió a tiempo la presencia de dos hemorragias que significaron la pérdida de 6.500 cc y por qué fue masiva esa coagulación? **CONTESTADO:** Lo que uno presupone es que la Dra. hizo su cesárea en conjunto con su anesthesiólogo y durante el procedimiento si el doctor verifica hubo dificultades en la extracción del bebé que se puede presentar en una situación transversa, según las notas en algún lado figura que tuvieron que hacerle varias manipulaciones al útero y la paciente siempre*



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

estuvo hipotensa y trataron de recuperarla, entonces estaba el manejo de fluidos, el manejo de consecución de sangre, y ya es como a criterio, ya le tocaría a la doctora que estaba manejando el caso que explicara qué parámetros la llevaron a ella diferir la conducta si reintervenía o no, porque a veces puede suceder que uno espera, o el anesthesiólogo le da la orden: 'no, esta paciente está muy mal, espere la recupero, le ponemos sangre, le subo la tensión, no la dejo abrir hasta que no esté el plasma, porque usted la abre y se me muere', y a veces son dilemas que se encuentran en conjunto, el cirujano a veces dice: 'no, la responsabilidad es mía' y va uno en contra del anesthesiólogo y le dice: 'no, así usted diga que no, yo me meto con mi paciente, porque mi paciente prefiero que se me muera en quirófano a que se me muera aquí en recuperación', y puede el anesthesiólogo decir: 'yo no le doy anestesia, porque hasta que no mejoren las condiciones usted me puede complicar la paciente', vuelvo y le repito, yo no me metería en esa parte porque es muy dado al criterio a veces del cirujano y del anesthesiólogo de cómo veían ellos la paciente, lo que si yo doy fe acá es que cuando yo vi la paciente, era una paciente que francamente tenía indicaciones de ya meterse a quirófano, con sangre, sin sangre, o sea soy de las personas que ante una situación, o sea, está sangrando, nuestro recurso a veces es que espere a que llegue la sangre no porque precisamente se demora la sangre, hay muchos problemas, a veces con nuestros laboratorios no hay el recurso hemático y deja uno y entre más se pierda sangre mayo el problema, pero vuelvo y le digo, yo no estoy para juzgar a los colegas que estaban antes, no sé qué situación tenían ellos, cómo miraban la paciente, lo que sí es que estaban gestionando recurso hemático y querían que les comprobara el radiólogo si había hemoperitoneo, cuando yo llegué el radiólogo estaba ahí, se miraba pues prácticamente el montón de sangre en cavidad. **PREGUNTADO:** ¿Usted que tuvo manejo de la historia clínica, no advirtió errores en la sutura que diera vía libre a esa hemorragia masiva y que perdiera 6.500 cc? **CONTESTADO:** Cuando yo entré, encontré que había dehiscencia, o sea los músculos estaban seccionados y estaban sangrando, y el ángulo también estaba sangrando, entonces lo que hice fue corregir lo que estaba sangrando, no más. **(Pasa a interrogar el Despacho)** **PREGUNTADO:** Me voy a apoyar en el dictamen pericial, en razón de que es la profesional que hasta el momento hemos tenido un conocimiento integral de la historia clínica. La primera pregunta es: De acuerdo a su experiencia y teniendo en cuenta la historia clínica, allí señala que cuando se hizo la cesárea la paciente fue suturada con un hilo número 2 y la perito dice que en este tipo de músculo, teniendo en cuenta que el músculo abdominal es un músculo muy grueso, lo indicado es hacer las suturas con un hilo de menor grado, ella decía que el indicado era un hilo número 1, considera usted, y de acuerdo con la experiencia Doctor, ya me dijo que no estaba aquí para juzgar a los demás colegas pero teniendo en cuenta el músculo uterino y abdominal, sería lo indicado un hilo de menor calibre con el que se suturó? **CONTESTADO:** Si, uno por técnica quirúrgica en todas las escuelas se habla que el útero se puede suturar con material absorbible vicryl o catgut, y que usualmente la inmensa mayoría de las escuelas, se sutura con una sutura que se llama CT1 (calibre 1), y es lo que uno le enseña a los estudiantes y a todo el mundo, es con calibre 1 vicryl, y es la sutura indicada para útero. **PREGUNTADO:** Teniendo en cuenta también lo que usted nos acaba de manifestar y basado también que guarda mucha relación con lo que señaló la profesional, la Doctora Ana María Londoño que fue la profesional que hizo el dictamen, allí la doctora nos dice que la remisión era la indicada, teniendo en cuenta la situación transversa del feto, que la cesárea era la indicada, que el procedimiento que usted realizó era la maniobra salvadora y era el procedimiento indicado en el momento y en la situación en la que estaba la paciente, esto es, la histerectomía y la reparación de los músculos del abdomen y que finalmente también la intervención, que fue la que hizo el médico cirujano para sellar las arterias, que todas estas maniobras fueron las



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

*indicadas, y fueron las salvadoras, en términos de la doctora y en términos suyos doctor, fueron las que permitieron el milagro de que la demandante estuviese viva, la doctora señala, se encontraron unas complicaciones que de pronto no fueron detectas a tiempo y van también encaminadas a esas complicaciones hemorrágicas y teniendo en cuenta que usted lo que mencionó anteriormente, una de esas complicaciones que la doctora dice: ‘no se detectó la hemorragia a tiempo’ y en ese momento dijo que no se administraba sangre porque no existían las pruebas cruzadas, usted señaló anteriormente que era uno de esos profesionales de que sin que tengamos las pruebas cruzadas empezamos a poner sangre y tan pronto las tengamos empezamos ya con la prueba cruzada, considera usted que ese también sería uno de los tratamientos indicados en el momento que se produjo la hemorragia, no esperar a las pruebas cruzadas sino empezar de una vez el manejo con la sangre sin cruzar? **CONTESTADO:** Totalmente de acuerdo, todo lo que acaba de nombrar la doctora y lo que nombró la perito, 100% de acuerdo, la remisión del hospital del hospital de Restrepo 100% avalable, era lo correcto, la indicación de la cesárea era la correcta, lo que se hizo fue lo correcto, lo de la sangre, hoy en día la orden que uno da con prueba sin prueba, si a los 20 minutos no se controló, yo metí a esta señora a las 12 de la noche a cesárea y se me shockeó, 12: 40 frecuencia cardíaca por allá en las nubes, está sangrando, tráiganme O-, hoy en día, no estamos hablando para la época quiero dejar constancia, hoy en día el Ministerio y todo en algo que llaman prácticas que salvan vidas, la OMS, todos, en los sitios donde se atienden maternas, de unos añitos para acá es obligatorio tener dos unidades de sangre O-, no sé, o sea yo pediría el favor a la señora Juez y dirigir un oficio al Hospital y decir desde cuando es norma del Ministerio que se tienen que tener obligatoriamente dos unidades de O-, en las unidades de obstetricia, cuando se impartió la orden por parte de todos los entes de control y que una paciente obstétrica que esté sangrando con pruebas o sin pruebas cruzadas se empieza O-, sino hay O- entonces O+ con pruebas o sin pruebas cruzadas, y que una de las cosas, vuelvo y repito, lo que reemplaza a la sangre es sangre, no es hemacel, no es nada de esas cosas, hoy en día casi que el hemacel que se le puso a esta paciente está contraindicado, hoy en día es sangre, y para esa época yo formaba parte de un programa a nivel nacional de salvar vidas maternas y era de los que defendía que a una paciente se le debía colocar sangre ya, rápido, estar uno trancando el sangrado y poniendo sangre, entonces totalmente de acuerdo con el concepto que dictó la perito. En casos extremos no hay que espera pruebas cruzadas, no hay que esperar nada, si hay el recurso, si lo hay, lo que tocaría era averiguar si en ese lapso había la sangre o no la había, se me sale de mis manos.” (Resalta el Despacho)*

5. Verificación de los presupuestos de responsabilidad estatal

Una vez relacionadas las pruebas recaudadas, se procederá a analizar si en el presente asunto se configuraron los elementos de la responsabilidad del Estado por la falla probada del servicio, esto es, i) el daño antijurídico sufrido por los demandantes; ii) la falla en la prestación del servicio médico prestado a la víctima directa; y iii) finalmente, una relación de causalidad o nexo causal entre los dos anteriores.

5.1. El daño.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

De acuerdo con las pruebas antes reseñadas, y concretamente del dictamen pericial rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (fols. 249-253), se desprende que el daño causado a los demandantes se encuentra debidamente acreditado, pues se demostró que como producto de la atención médica recibida por la señora Diana Carolina Guerrero en el Hospital Departamental de Villavicencio ESE, le quedaron unas secuelas físicas determinadas, y otras de tipo psicológico por determinar, en los siguientes términos:

*“(…) Con base en las herramientas obtenidas de la historia clínica y la correlación de esta con el manejo esperado para el escenario clínico, y en el evento de que la autoridad decida atribuir daño en la salud de la señora Guerrero al acto médico, es posible determinar las siguientes secuelas médico legales: **Pérdida anatómica del órgano de la gestación y perturbación funcional del órgano de la reproducción, ambas de carácter permanente.** Con el fin de establecer secuelas estéticas y psíquicas, en caso de que la autoridad lo considere necesario, la señora Guerrero debe ser valorada por médico forense y psiquiatra forense, respectivamente, dirigiéndose con oficio petitorio y copia del presente informe pericial, al área de clínica forense de la Dirección Seccional Meta. Para determinar la incidencia en su desempeño laboral, dicha solicitud debe elevarse ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Departamento correspondiente.”*

De igual forma, al realizarse la valoración de la demandante por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, se pudo determinar que como consecuencia de las secuelas que le dejó el procedimiento obstétrico, tuvo una pérdida de la capacidad laboral del 35,44%¹⁰, y sobre este concepto los apoderados no realizaron acotación u objeción alguna.

Y derivado de lo anterior, también se desprende el daño moral sufrido por los demás integrantes del extremo activo, en virtud del vínculo sanguíneo y civil que ostentan con la señora Diana Carolina Guerrero, tal como se desprende de los registros civiles y declaraciones extreprocesales visibles en las páginas 7 a 26 del expediente digital contentivo de los anexos.

5.2. Imputación.

Sobre este elemento, se tiene que el daño en la falla medica probada se traduce en que la entidad prestadora omite proteger el derecho fundamental a la salud, el cual no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que requiere el paciente, sino que también comprende su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad, es decir, que la persona reciba el tratamiento en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros, e igualmente que los trámites administrativos a los que se someta al paciente para acceder a una

¹⁰ TYBA, nombre del archivo [50001333300220130023500_ACT_AGREGAR MEMORIAL_13-01-2021_11.27.14 A.M..Pdf](#), Certificado de Integridad [7FDB4667877FB78D042B59D90DAEA6F9FFD76D3D](#).



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

prestación requerida sean razonables, es decir, no demoren excesivamente, sin imponer al interesado una carga que no le corresponde asumir.

En el presente asunto advierte el Despacho que el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, debe responder por el daño cuya reparación se solicita, pues este es consecuencia directa de la mala práctica por parte de la profesional de la medicina que le realizó a DIANA CAROLINA GUERRERO, el procedimiento de cesárea, por las razones que se pasan a exponer:

Tanto del dictamen pericial aludido, como del testimonio del Doctor Rodrigo Reyes Méndez, quien funge como Médico Especialista en el área de Ginecología y Obstetricia del ente enjuiciado, y fue el profesional que atendió a la demandante por la hemorragia posparto que tuvo, resulta claro que la mala atención ofrecida a la paciente se constituyó en dos hechos: i) haber usado un calibre de hilo inadecuado para realizar la sutura del útero, lo cual generó que se rompiera, lo cual se constituye en la causa del sangrado posparto sufrido por Diana Carolina; y ii) la demora en tomar las medidas eficientes para atender el sangrado, lo cual generó que su situación de salud empeorara, al punto de permanecer más de 20 días en cuidados intensivos, y recibir varias intervenciones quirúrgicas, que le dejaron como resultado, además de las secuelas ya dictaminadas, una grave afectación estética, la cual resulta de contera de acuerdo con el material fotográfico allegado (pág. 28 a 36 del expediente digital¹¹).

En efecto, la profesional en Ginecología del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Seccional Quindío, Ana María Londoño Zapata, tanto al rendir el dictamen pericial, como al absolver el interrogatorio en la diligencia de sustentación, fue enfática en dejar sentado que el calibre de hilo requerido para este procedimiento es cero (0) o uno (1), en tanto que el utilizado para suturar el útero de la demandante era de calibre 2.

En el dictamen arriba transcrito se aclara la manera como la *lex artis* médica indica la debida forma de realizar el procedimiento efectuado a Diana Carolina Guerrero¹², y resalta que el actuar del Hospital Departamental de Villavicencio ESE se apartó de ella, puntualizando además que la historia clínica se encontraba incompleta, y los apartes que fueron allegados por el ente hospitalario se encontraban en absoluto desorden, algunos ilegibles:

*“(…) Historia clínica del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. **(que se nota incompleta – ausencia de folios desde 02 hasta 26/oct/2010- y cuyos folios se encuentran dispuestos en absoluto desorden)**. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

¹¹ TYBA, nombre del archivo [50001333300220130023500_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_26-10-2020 9.00.38 p.m.](#)

¹² Tal como se lee en el acápite denominado “DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO MODO Y LUGAR”.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

(...)

RESUMEN DEL CASO.

(...) Al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. ingresa el mismo día a las 21:35 horas con signos vitales normales. Recibe atención médica a las 22:15 horas, registra edad gestacional 39 semanas 5 días a partir de ecografía de la semana 23; altura uterina 31 cm, FCF 140 lpm, feto en situación transversa verificado con rastreo ecográfico, dilatación cervical 8 cm, borramiento 100%, membranas íntegras. Diagnostica embarazo de 41 semanas 1 día y feto en trasnversa. Indica llamado a pediatría y preparar a la paciente para cesárea. La descripción quirúrgica tiene fecha 01/sep(2010 (error en el mes), **no tiene hora registrada** (según nota de enfermería, el procedimiento inicia a las 23:56 horas); el diagnóstico prequirúrgico es: embarazo de 41 semanas 1 día, paridad satisfecha y “presentación transversa”. **No registra diagnóstico posquirúrgico.** (...) **Se encuentra útero bicornes. Se sutura con cromado 2/0, revisión de hemostasia. Se realiza invaginante 2/0. Se revisa hemostasia. Rafia de lig redondo con cromado 2/0. Se revisa hemostasia, se realiza Pomeroy sutura cromado 2/0. Cierre por planos. Cierre peritoneo con cromado 2/0...** Sangrado 800 cc, sangrado abundante, diuresis clara al final procedimiento. Paciente en POP inmediato requiere inotrópico’. Las ordenes médicas registradas en la nota operatoria incluyen: hospitalizar en unidad de cuidados intermedios (UCIM), oxitocina 10 Ud/1000 cc de lactato de ringe (LR) a 80 cc/hora, dopamina, analgésicos, sonda vesical a cistoflo, transfundir 3 Ud de sangre, vigilar tono uterino y sangrado genital, solicita hemograma. De la nora de anestesiología, cuya hora es ilegible, es posible extraer: ‘pte en malas condiciones generales por sangrado masivo por cirugía cruenta. Sangrado aprox 2000 cc. Diuresis 400 cc. Se inicia dopamina en...**ilegible...**a dosis 10...**ilegible...**se solicita transfundir 4 UD GRE...**ilegible...**coloides, cristaloides...**ilegibles...**para llevar a cirugía exploratoria. Se solicita traslado a UCI’, **resto de nota ilegible.** (...)” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De lo anterior se desprende que no se registró la hora de la cesárea practicada a la accionante, la cual tuvo que ser determinada con las notas de enfermería, al igual que se **omitió realizar el diagnóstico posquirúrgico**; además, que la sutura fue realizada con cromado 2/0, y algunos apartes que describían las actuaciones durante dicho procedimiento eran ilegibles.

Así lo concluyó la profesional de Medicina Legal, al indicar:

“(...) El material de sutura para cerrar la pared uterina debe tener un calibre adecuado (1 o 0). **La sutura utilizada por el obstetra tratante (2-0) era de pequeño calibre, lo cual hace menos posible lograr una sutura hemostática y más posible la ruptura del hilo. Aunque no se encuentra referido específicamente este hecho dentro de las descripciones quirúrgicas, si se menciona sangrado activo a través de la histerorrafia, entonces existe la posibilidad de que hubiera ocurrido. La descripción quirúrgica realizada por el obstetra tratante no es específica en la técnica usada para el cierre de la pared uterina. No hay congruencia en los registros al final de la descripción quirúrgica: ‘sangrado 800 cc, sangrado abundante... requiere inotrópico’; lo menciono porque la pérdida sanguínea permitida en una cesárea es de 1000 cc, además porque teniendo en cuenta las notas de enfermería donde registran los signos vitales durante la cirugía encontrándose hipotensión y taquicardia, donde además mencionan que justo antes de finalizar el procedimiento, la paciente continua sangrando, el registro de anestesia menciona sangrado de 2000 cc y hubo requerimiento de soporte inotrópico al finalizar la cirugía.** Todo lo anterior permite establecer el diagnóstico de



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

shock hipovolémico moderado (ver ítem 'HEMORRAGIA DEL POSPARTO INMEDIATO'). En el transoperatorio se obtuvo muestra de sangre reportando anemia severa, se ordenó transfundir 3 Ud de GRE, sangre que no se administró porque no tenía aún pruebas cruzadas. Cuando tenemos en frente a una paciente con shock hipovolémico por hemorragia obstétrica, se debe iniciar la transfusión con GRE tipo O negativo o tipo específico SIN pruebas cruzadas hasta que la sangre tipo específico con pruebas cruzadas esté disponible. La transfusión sanguínea inició solo hasta media hora después de haber terminado la cirugía. Hubo recuperación de los signos vitales posterior a la aplicación de la segunda unidad de GRE. La paciente persistió en shock hipovolémico (a pesar del inotrópico ordenado por anestesiólogo) al menos durante 3 horas, asociado a distensión progresiva, equimosis y dolor abdominal, todos signos clínicos de sangrado intraabdominal; no se requería una ecografía abdominal para el diagnóstico. De hecho, justo en el momento de cierre del abdomen, éste ya se encontraba distendido y la paciente continuaba con signos de shock. Hasta aquí entonces e independientemente de la técnica utilizada por el obstetra para el cierre de la pared uterina, es posible afirmar que el sangrado anormal y el estado de shock secundario no fueron oportunamente detectados ni tratados por el obstetra.

c) La dosis de oxitocina en infusión ordenada en el posoperatorio y registrada en la hoja de medicamentos, cuyo objetivo es evitar la atonía uterina y la hemorragia consecuente, fue inadecuada. No se manejó la hemorragia posparto inmediata porque no se detectó. Es posible que la detección oportuna del origen del sangrado y su manejo adecuado, hubiera evitado el siguiente paso en el tratamiento de la señora Guerrero: histerectomía abdominal subtotal. Igualmente, es posible que a pesar de brindarle el tratamiento adecuado y oportuno al detectar la hemorragia obstétrica, hubiera requerido también el procedimiento histerectomía abdominal como medida salvadora ante la ausencia de respuesta a las demás intervenciones. (...)" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De lo anterior se desprende inequívocamente que: i) el calibre del hilo empleado para la sutura fue inadecuado; ii) se omitió deliberadamente anotar en la historia clínica sobre la técnica utilizada para el cierre de la pared uterina, así como de la ruptura del hilo, pero de acuerdo con el concepto de la forense, es posible que hubiera ocurrido pues "se menciona sangrado activo a través de la histerorrafia"; iii) los registros de cirugía y anestesiología no concuerdan, pues mientras el primero indica 800 cc de sangrado, el cual está dentro del rango máximo permitido que son 1.000 ccc, el segundo habla de 2000 cc, lo cual excede el rango normal; iv) también fue inadecuado el manejo que se dio a la hemorragia posparto, "porque no se detectó", lo cual se tradujo no solo en la demora en practicar la cirugía tendiente a detenerla, sino que también hubo trabas en los procedimientos realizados mientras aquella se efectuaba, concretamente en las transfusiones de sangre, las cuales no se realizaron completas porque no tenían pruebas cruzadas, cuando según la perito el procedimiento debido es que "se debe iniciar la transfusión con GRE tipo O negativo o tipo específico SIN pruebas cruzadas hasta que la sangre tipo específico con pruebas cruzadas esté disponible"; lo anterior, aunado a que consideraron erradamente que se requería una ecografía para diagnosticar el sangrado, lo cual según el dictamen no era necesario, pues incluso desde el momento del cierre del abdomen, ya mostraba signos de hemorragia masiva.

Otro aspecto que llama especialmente la atención del Despacho es la anotación que se realiza respecto del recuento de las compresas utilizadas para la cirugía,



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

pues faltaban dos (2) y no las hallaron, debiendo cerrar el abdomen en esas condiciones:

*(...) **Informan recuento de compresas incompleto (faltan 2), revisan cavidad abdominal y no las hallan**, continúa sangrando. 01:45 horas inicia cierre de herida quirúrgica. (...)” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Las anteriores apreciaciones fueron ratificadas por la Doctora Londoño Zapata al sustentar el dictamen dentro de la audiencia de pruebas, en donde indicó lo siguiente:

*“(...) la cesárea estaba indicada, la histerectomía también y son los dos polos de la situación, yo no puedo juzgar lo que yo le explicaba de la incisión uterina, de porqué al bebé lo sacó así y no lo sacó mejor por una incisión corporal, porque hubo mucha dificultad y parece que fue muy traumático, **fue tan traumática la extracción del bebé que se desgarraron los músculos del abdomen, o sea ¿cómo hace uno para desgarrar los músculos del abdomen en una cesárea?** Entonces yo tendría dos dudas con respecto a la cesárea que no puedo ratificarlo porque no fui quien estuvo ahí, **y no está escrito: 1) ¿Cómo era el dorso del bebé? Si era un dorso inferior y lo vieron en el ecógrafo, debieron haberle hecho una incisión corporal y no transversal, pero no hay manera de saberlo, porque el médico escribe que el dorso estaba hacia atrás y eso no es lo mismo; y 2) ¿cómo fue que suturó el útero? Porque solo dice: ‘sutura perforante, revisión de hemostasia’ repetidas veces pero no explica como**...es decir, eso depende también de cada obstetra, **uno por estos problemas médico legales, uno tiene que ser muy cauteloso en describir adecuadamente cómo fue que lo hizo**, porque uno no sabe cuándo uno va a terminar en un estrado judicial por la paciente, entonces uno tiene que ser muy cuidadoso, si yo sé que un útero que se corta verticalmente hay que suturarlo con mucho cuidado, tal cual lo anoto en la descripción quirúrgica, entonces la primera rafia se hizo perforante, cruzada, hemostática (todo lo que diga hemostático es para parar el sangrado), la segunda rafia se hace aproximando bien los bordes, la tercera rafia se hace de tal manera, porque esa es la manera como está descrito, entonces, probablemente hay unos obstetras que no son tan cuidadosos y simplemente escriben que cosen el útero y ya, **pero estas son las complicaciones posteriores, que no sabemos realmente como lo suturó**, yo estoy asumiendo eso, **porque utilizó una sutura muy delgada, y esa sutura o no le daba una tensión adecuada para afrontar absolutamente el músculo, o se podía romper por lo delgadita, entonces esa sutura no era la adecuada**, lo que pasa es que yo no se lo puedo atribuir porque es que en la descripción quirúrgica después dice que sangra y sangra y sangra por la histerorrafia, **pero no dice por ningún lado ni que se rompió, ni que la sutura estaba floja, eso no dice, ni nunca lo va a escribir nadie, porque si lo escriben entonces casi que se están echando la culpa**, entonces esos dos puntos nos vamos a quedar qué fue lo que pasó, listo, digamos que la sutura se hizo bien hecha, digamos que se utilizó el material de sutura **que ese sí estuvo mal utilizado, ese no era el material que se requería**, pero qué pasó: la señora siempre estuvo chokeada en la cirugía ¿por qué estaba chokeada, por qué seguía sangrando? La señora nunca paró de sangrar, **porque cuando terminaron y le cerraron el abdomen, el abdomen ya estaba distendido nuevamente y la señora seguía shockeada**, shockeada, shockeada, y duró shockeada de la una de la mañana a las seis de la mañana cuando llegó el obstetra y clínicamente se dio cuenta que la señora estaba shockeada y que estaba sangrando, **y no se necesitaba una ecografía**,*



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

porque es que yo leí en la historia que decía que llamaron al radiólogo y que el radiólogo dijo que él no estaba de turno, y que mejor llamen al otro radiólogo ¿y entonces ahora la culpa es del radiólogo? ¡No! **El radiólogo no tiene nada que hacer en una urgencia obstétrica**, la señora estaba sangrando ¡estaba sangrando! Y había que ver de dónde estaba sangrando, y probablemente el útero ni siquiera se le podía tocar, porque estaba tan distendida que uno no se puede dar cuenta si el útero está atónico o está flojito, **entonces todo ese procedimiento de una a seis de la mañana, todo, todo, todo ese tiempo no cumplió ningún estándar**, por todo lo que he explicado, y le repito lo que dice en uno de los ítems al final: puede ser que todo eso, que haberlo hecho a tiempo y haber vuelto a abrir y haber detectado la atonía uterina que ellos mencionan hubiera hecho que la manejaran con el misoprostol, con el metergin, metil ergonobina (es lo mismo), con más oxitocina, con masaje uterino, con una sutura de belinch, o con una histerectomía temprana, o qué sé, pero haberlo hecho en el momento oportuno, y puede ser que a pesar de que el doctor obstetra hubiera hecho eso a las dos de la mañana cuando la señora seguía chockeada y cuando la señora seguía distendida, sangrando, puede ser que igual no le hubiera servida ni la oxitocina ni el misoprostol ni las suturas hemostáticas ni nada, y hubiera terminado en una histerectomía también, **pero hubiera estado justificada en ese momento, probablemente, el problema es no hacer paso a paso lo que se debe hacer y terminar en un mal resultado**, el problema no está en cuando termina en un mal resultado y yo hice todo paso a paso como se debía hacer porque ahí si nada qué hacer, le tocaba, como dice la gente, **pero otra cosa es no hacer nada adecuadamente y terminar en un mal resultado**, que finalmente, digamos que no se murió, pero sí se quedó sin su útero, mejor dicho, **no sé cómo no se murió**, realmente, eso es muy apreciación mía, pero la señora estuvo muy mal, tuvo una coagulación intravascular diseminada, que eso es altamente mortal, probablemente en la UCI le hicieron un adecuado manejo, no sé porque no tengo la historia clínica de ese pedazo pero hubiera podido ser peor el final.” (Se resalta)

Lo anterior coincide con el testimonio técnico del Doctor Rodrigo Reyes Méndez, cuyo relato da cuenta que en el mismo momento que llegó y observó a la señora Diana Carolina, de inmediato notó su sangrado, y sin necesidad de examen alguno ordenó y se dispuso a realizar la cirugía, muestra esto del mal manejo y diagnóstico que hasta ese momento se le iba llevando. Puntualmente indicó el galeno:

“(…) cuando una paciente pierde más del 35% de la volemia la condición es muy crítica y la posibilidad de salvamento muy grande, **y era una paciente que en teoría estaba crítica desde mucho antes, nosotros tenemos una ley que se llama ‘La hora dorada’, que es que una paciente empieza a sangrar y si el sangrado digamos, no se controla en los primeros 20 minutos se pierde el 40% de las pacientes y si el sangrado no se controla en la primera hora, que por eso se llama ‘La hora dorada’ más del 90% de las pacientes van a morir**, solamente se puede rescatar el 10% de las pacientes, si van a estar coagulopáticas, van a presentar signos de sangrado por herida por todo, y realmente esta paciente, como figura en la historia clínica, **se estaba operando alrededor de media noche, y yo llego a intervenirla a las seis de la mañana, o sea ella ya llevaba seis horas** en donde la estaban manejando con todo, o sea, ya había sido intervenida de su cesárea, y le estaban poniendo sangre, plaquetas y todo, **pero no se había compensado y nunca se compensó, siguió sangrando, siguió coagulopática**, yo ya la encuentro coagulopática, entro y encuentro estos hallazgos en que hay compromiso de la musculatura de pared abdominal, **hay compromiso del ángulo de la sutura**, que hay un gran sangrado en cavidad, que el útero ya está muy flácido, un útero después de que se le pone cierta cantidad de oxitócicos, que está hipoperfundido pues no responde a las drogas que



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

*normalmente se colocan para que deje de sangrar, y entonces **ya no había ninguna opción, la opción era extraerle la matriz** y tratarle de mirar si el sangrado paraba que es muy difícil (...)*” (Se resalta)

Otro aspecto relevante, es que de las dos incisiones que normalmente se usan para este tipo de casos (“T” invertida o “J”), se optó por la “T” invertida, que según el dictamen de la Doctora Londoño Zapata, ofrece *“un mayor riesgo de sangrado y mayor dificultad para el cierre o sutura del útero, **debiéndose hacer con sumo cuidado y con la técnica adecuada**; el material de sutura para cerrar la pared uterina debe tener un calibre adecuado (1 o 0), **la sutura utilizada por el obstetra tratante (2-0) era de pequeño calibre lo cual hace menos posible lograr una sutura hemostática (hemostático es que hace que pare el sangrado) y más posible la ruptura del hilo**, aunque no se encuentra referido específicamente este hecho dentro de las descripciones quirúrgicas, sí se menciona sangrado activo a través de la histerorrafia, entonces existe la posibilidad de que hubiera ocurrido. La descripción quirúrgica realizada por el obstetra tratante no es específica en la técnica usada para el cierre de la pared uterina, no hay congruencia en lo registrado al final de la descripción quirúrgica”, lo que quiere decir, que si bien se utilizó una de las dos incisiones permitidas, no se tuvieron los cuidados mínimos requeridos que esta exige.*

Se reitera sobre la historia clínica que resultó incompleta y en algunos apartes ilegibles para la perito, lo cual deviene de la omisión del deber de allegar copia de la historia clínica transcrita, a pesar de que el Despacho requirió el cumplimiento de esa carga procesal impuesta por el Parágrafo 1° del artículo 175 de la Ley 1437 de 2011, mediante auto emitido en la audiencia inicial (fl.173), el cual se materializó mediante Oficio 1479 del 23 de abril de 2015 (fl.176), sin que así se hubiera obrado por parte del Hospital Departamental de Villavicencio ESE.

Esta omisión en este tipo de asuntos ha sido gravemente castigada por el Consejo de Estado, que ha sido enfático en el deber que les asiste a las instituciones médicas, de elaborar la historia clínica de manera completa y clara, para establecer el debido diagnóstico y tratamiento que se debe seguir a los pacientes. Así lo ha indicado el órgano de cierre de esta jurisdicción:

“8.9.5. Al respecto, la Sección Tercera de esta Corporación se ha pronunciado de manera reiterada en cuanto a la necesidad de elaborar historias clínicas claras, fidedignas y completas¹³, factores que garantizan no solo el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico, sino también, la verificación de la prestación del servicio de salud¹⁴. Al respecto, según lo dispuesto por el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente” (se subraya). A su turno, el artículo

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de febrero del 2011, rad. 18515, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo.

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de abril del 2011, rad. 19192, M.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre muchas otras.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

36 reza que “en todos los casos la Historia clínica deberá diligenciarse con claridad”. A título meramente ilustrativo, la Resolución del Ministerio de Salud del 8 de julio de 1999 precisa:

‘Artículo 1º. Definiciones:

a. La Historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

b. Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario (...).

Artículo 3º: Características de la historia clínica.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio (...).

Artículo 4.- Obligatoriedad del registro.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución (...)

Artículo 13.- Custodia de la historia clínica. La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.’

(...)

8.9.7. Al respecto, se debe recordar que la historia clínica, como lo ha precisado la Sección Tercera, ‘es un documento público, que da fe, desde el punto de vista de su contenido expreso, de la fecha y de las anotaciones que en ella hizo quien la elaboró (art. 264 del C. P. C.), y desde el punto de vista negativo, también da fe de lo que no ocurrió¹⁵, y, para el presente proceso, se revela que a la paciente no le hicieron un seguimiento médico posterior adecuado ni la valoración suficiente para un diagnóstico y atención oportuna.

8.9.8. Así las cosas, la Sala constata que la Clínica Las Américas incurrió en una conducta irregular al aportar a este proceso una historia clínica incompleta, lo cual se considera como un indicio en su contra, pues no se observa los registros de evaluación médica completos. Al respecto esta Corporación ha sostenido¹⁶:

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 10 de agosto del 2007, rad. 15178, M.P. María Elena Giraldo Gómez.

¹⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

‘No es necesario modificar las reglas probatorias señaladas en la ley para hacer efectivas las consecuencias que se derivan de la violación del deber de lealtad de las partes, dado que el artículo 249 del Código de Procedimiento Civil, establece que el juez podrá deducir indicios de su conducta procesal. Así, por ejemplo, de la renuencia a suministrar la historia clínica, o hacerlo de manera incompleta, o no documentar datos relevantes de la prestación médica, puede inferirse el interés de la parte de ocultar un hecho que le resulta adverso a sus intereses; como puede serlo también en contra de la parte demandante, el negarse a la práctica de un examen médico con el fin de establecer la veracidad de las secuelas que hubiera podido derivarse de una intervención, o el ocultar información sobre sus antecedentes congénitos, que por ejemplo, pudieran tener incidencia sobre la causa del daño aparentemente derivado de la intervención médica (...) La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimiento técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes.’

8.9.9. En atención a lo dicho, la Sala considera que aportar una historia clínica incompleta constituye un -hecho indicador- que permite inferir la falta de diligencia en la prestación del servicio -hecho indicado-; lo anterior, teniendo en cuenta que este documento no solo es el pilar basilar que da fe de la calidad ofrecida en la atención médica hospitalaria, sino también porque es uno de los principales medios probatorios, que en compañía de las reglas de la experiencia y la sana crítica, permiten de manera inequívoca la formación del grado de convicción del juez.”

No quiere decir lo anterior que el Despacho esté acudiendo a una presunción de responsabilidad de la entidad por el hecho de haber aportado la historia clínica incompleta e indebidamente diligenciada, pues como ya se vio, de acuerdo con las pruebas reseñadas, no queda duda de su actuar irregular en el servicio de salud prestado a la señora Diana Carolina Guerrero, sin embargo, no se puede dejar pasar por alto dicha situación que también resulta reprochable, y que da aún más fuerza al convencimiento de su responsabilidad en la presente causa.

En consecuencia, encuentra este Despacho Judicial que en el presente asunto se acreditaron los elementos de responsabilidad estatal, pues se demostró más allá de toda duda que el daño irrogado a los demandantes es imputable al Hospital Departamental de Villavicencio ESE, por las irregularidades presentadas tanto en el procedimiento de la cesárea practicada a la señora Guerrero, como en la hemorragia posparto que presentó, lo que se constituye en una clara falla en el servicio. Así las cosas, corresponde ordenar reconocer los perjuicios reclamados por la parte actora, teniendo en cuenta, las siguientes precisiones en relación con la indemnización de los daños:

6. Liquidación de perjuicios.

Se solicita el reconocimiento de los siguientes perjuicios: **“daño emergente futuro”** (gastos y tratamientos médicos encaminados a lograr la rehabilitación, cirugía reconstructiva e integración por el hecho dañino ocasionado a la demandante por



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

su incapacidad productiva – cuantía superior a 200 SMLMV); **daño emergente y lucro cesante** (con base en un salario mínimo aumentado en un 25% teniendo en cuenta la edad de la demandante al momento de los hechos y la fecha de presentación de la demanda); **daño inmaterial – perjuicio moral** (para Diana Carolina Guerrero, Andrés Felipe y Laura Sofía Barrera Guerrero y Andrés Jair Barrera Roa el equivalente a 100 SMLMV para cada uno, para Nelson Bejarano Guerrero, Norberto, María Omaira, Miryam Graciela y Zenaida Ramos Guerrero el equivalente a 50 SMLMV para cada uno); **daño a la salud** el equivalente a 400 SMLMV para Diana Carolina Guerrero.

6.1. Perjuicios Materiales.

En lo que respecta a este rubro sobre el cual la parte actora solicita el reconocimiento, es del caso analizar su configuración en el caso concreto de acuerdo con las subdivisiones, así:

6.1.1. Lucro Cesante.

Así entendido este como aquellas sumas que dejan de ingresar al patrimonio del afectado por la ocurrencia del hecho dañoso. En este caso la solicitud de este concepto fue realizada a favor de la demandante DIANA CAROLINA GUERRERO como consecuencia de la pérdida de su capacidad laboral.

Como no se acreditó que la demandante ejerciera alguna actividad económica en concreto, y tal como se solicita en el libelo, se acudirá a la presunción de que devenga un salario mínimo, por ser una persona que se encuentra en edad productiva.

Para lo anterior tenemos que, de lo probado en el proceso, el hecho generador del daño se consolidó el 9 de noviembre de 2010, cuando la demandante fue dada de alta luego de recibir la atención médica que le causara la afectación en su salud, y la presente sentencia es del mes de abril de 2021. Para efectos de establecer la vida probable de Diana Carolina, se acude a su registro civil de nacimiento (pág. 5 – expediente digital) en el que se indica como fecha de natalicio, el día 23 de octubre de 1985.

Entonces la fórmula de actualización es la siguiente, conforme a los parámetros establecidos por el Consejo de Estado, teniendo en cuenta el salario mínimo legal mensual vigente a la fecha de esta sentencia como ingreso base de liquidación, es decir \$908.526 pesos. Así mismo se adicionará un 25% que corresponde al porcentaje del factor prestacional solicitado en las pretensiones de la demanda, para un total de \$1.135.657,5, como renta actualizada.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

De la renta actualizada anterior se determinará el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral que corresponde al 35,44%.

Igualmente se tendrá en cuenta la Resolución 1555 del 30 de julio de 2010 de la Superintendencia Financiera, que establece la tabla de mortalidad, para determinar la edad probable de vida de DIANA CAROLINA GUERRERO quien a la fecha de los hechos tenía 25 años, por lo cual su expectativa de vida es de 60 años, que corresponden a es decir **720 meses**.

6.1.1.1. Lucro Cesante Consolidado.

Es aquel que va desde el momento de la configuración del daño, hasta la presente Sentencia.

Renta Actualizada: Tenemos que el Salario Mínimo vigente es de \$908.526 que adicionado en el 25% de prestaciones da un resultado de \$1.135.657,5. A la anterior suma por tratarse de pérdida de la capacidad laboral, se extracta el 35,44% lo cual da como resultado **\$402.477,01**.

$$S = RA \frac{(1 + i)^n - 1}{i}$$

S = Es la suma que se busca;

RA = Es la renta actualizada \$402.477,01.

i = Es el interés técnico mensual (0,004867);

n = Corresponde al número de meses a indemnizar (meses transcurridos desde la ocurrencia de los hechos objeto de demanda), para el presente caso, el día 9 de noviembre de 2010, y la fecha de la presente sentencia, 9 de abril de 2021, es decir, **125 meses**.

$$S = \$402.477,01 \times \frac{(1 + 0,004867)^{125} - 1}{0,004867} = \$69.028.373,15$$

6.1.1.2. Lucro Cesante Futuro.

Entendido este como el que va desde la fecha de la presente Sentencia hasta la vida probable máxima de la demandante. Tenemos que la vida probable es de 720 meses, menos 125 meses ya indemnizados da como resultado **595 meses**.

$$S = RA \frac{(1 + i)^n - 1}{i \times (1+i)^n} =$$

S = Es la suma que se busca;



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

RA = Es la renta actualizada \$402.477,01.

i = Es el interés técnico mensual (0,004867);

n = Corresponde al número de meses a indemnizar (vida probable en meses menos el periodo ya indemnizado, es decir, 595 meses

$$S = \$402.477,01 \times \frac{(1 + 0,004867)^{595} - 1}{0,004867 \times (1 + 0,004867)^{595}} = \$78.093.880,34$$

TOTAL INDEMINIZACIÓN PERJICIOS MATERIALES PARA DIANA CAROLINA GUERRERO: \$69.028.373,15 + \$78.093.880,34 = **\$147.122.253,49**

6.2. Perjuicios Morales:

Para establecer la cuantía de los perjuicios morales a indemnizar, el Despacho tiene en cuenta la Sentencia de Unificación Jurisprudencial del Consejo de Estado – Sección Tercera – Sala Plena, de fecha 28 de agosto de 2014, mediante la cual se recopila la línea jurisprudencial y establecen criterios unificados para la reparación de los perjuicios inmateriales, en la cual, para el caso como el que nos ocupa, para resarcir los daños morales derivados de las lesiones, establece que cuando se ha establecido una pérdida de la capacidad laboral en porcentaje igual o superior al 30% e inferior al 40%, ha de reconocerse 60 salarios mínimos legales mensuales vigentes para la víctima directa así como para su compañero permanente e hijos, y para los familiares en el segundo grado de consanguinidad (en este caso hermanos) 30 salarios mínimos legales mensuales vigentes, por tal razón:

- ✓ Para la señora DIANA CAROLINA GUERRERO en su calidad de víctima directa, se reconocerá el equivalente a SESENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (60 SMLMV).
- ✓ Para el señor ANDRÉS JAIR BARRERA ROA, en su condición de compañero permanente de la víctima directa, el equivalente a SESENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (60 SMLMV).
- ✓ Para ANDRÉS FELIPE BARRERA GUERRERO y LAURA SOFÍA BARRERA GUERRERO, en su condición de hijos de la víctima directa, el equivalente a SESENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (60 SMLMV), para cada uno.
- ✓ Para NELSON BEJARANO GUERRERO, NORBERTO RAMOS GUERRERO, MARÍA OMARIA RAMOS GUERRERO, MIRYAM GRACIELA RAMOS GUERRERO y ZENaida RAMOS GUERRERO, en su calidad de hermanos de la víctima directa, se reconocerá el equivalente a TREINTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 SMLMV), para cada uno de ellos.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

6.3. Daño a la salud.

Frente al perjuicio a la vida de relación, reclamado advierte el Despacho, que la sentencia del Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sala Plena de la Sección Tercera, Rad. 19031, MP. Enrique Gil Botero, en la que con relación a la clase de perjuicio al que se está haciendo referencia la demanda, se llegó a las siguientes precisiones:

“De modo que, el “daño a la salud” –esto es el que se reconoce como proveniente de una afectación a la integridad psicofísica– ha permitido solucionar o aliviar la discusión, toda vez reduce a una categoría los ámbitos físico, psicológico, sexual, etc., de tal forma que siempre que el daño consista en una lesión a la salud, será procedente determinar el grado de afectación del derecho constitucional y fundamental (artículo 49 C.P.) para determinar una indemnización por ese aspecto, sin que sea procedente el reconocimiento de otro tipo de daños (v.gr. la alteración de las condiciones de existencia), en esta clase o naturaleza de supuestos.

Se reconoce de este modo una valoración del daño a la persona estructurado sobre la idea del daño corporal, sin tener en cuenta categorías abiertas que distorsionen el modelo de reparación integral. Es decir, cuando la víctima sufra un daño a la integridad psicofísica sólo podrá reclamar los daños materiales que se generen de esa situación y que estén probados, los perjuicios morales de conformidad con los parámetros jurisprudenciales de la Sala y, por último, el daño a la salud por la afectación de este derecho constitucional.

(...)

En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia - antes denominado daño a la vida de relación– precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud.

(...)

En ese orden de ideas, el concepto de salud comprende diversas esferas de la persona, razón por la que no sólo está circunscrito a la interna, sino que comprende aspectos físicos y psíquicos, por lo que su evaluación será mucho más sencilla puesto que ante lesiones iguales corresponderá una indemnización idéntica. Por lo tanto, no es posible desagregar o subdividir el daño a la salud o perjuicio fisiológico en diversas expresiones corporales o relacionales (v.gr. daño estético, daño sexual, daño relacional familiar, daño relacional social), pues este tipo o clase de perjuicio es posible tasarlo o evaluarlo, de forma más o menos objetiva, con base en el porcentaje de invalidez decretado por el médico legista.

(...)

Por lo tanto, cuando el daño tenga origen en una lesión corporal (daño corporal), sólo se podrán reclamar y eventualmente reconocer los siguientes tipos de perjuicios – siempre que estén acreditados en el proceso: i) los materiales de daño emergente y lucro cesante; ii) y los inmateriales, correspondientes al moral y a la salud o fisiológico, el primero tendiente a compensar la aflicción o padecimiento desencadenado por el daño, mientras que el último encaminado a resarcir la pérdida o alteración anatómica o funcional del derecho a la salud y a la integridad corporal.

Desde esa perspectiva, se insiste, el daño a la salud comprende toda la órbita psicofísica del sujeto. En consecuencia, la tipología del perjuicio inmaterial se puede sistematizar de la siguiente manera: i) perjuicio moral; ii) daño a la salud (perjuicio fisiológico o biológico); iii) cualquier otro bien, derecho o interés legítimo constitucional, jurídicamente tutelado que no esté comprendido dentro del concepto de “daño corporal o afectación a la integridad psicofísica” y que merezca una valoración e indemnización



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

a través de las tipologías tradicionales como el daño a la vida de relación o la alteración grave a las condiciones de existencia o mediante el reconocimiento individual o autónomo del daño (v.gr. el derecho al buen nombre, al honor o a la honra; el derecho a tener una familia, entre otros), siempre que esté acreditada en el proceso su concreción y sea preciso su resarcimiento, de conformidad con los lineamientos que fije en su momento esta Corporación”

Respecto de la cuantificación de este perjuicio, en la sentencia de unificación ya mencionada se establecieron los siguientes parámetros, a saber:

«La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la víctima directa, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V. de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada, conforme a la siguiente tabla:

REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD REGLA GENERAL	
Gravedad de la lesión	Víctima directa
	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

Bajo este propósito, el juez debe determinar el porcentaje de la gravedad o levedad de la afectación corporal o psicofísica, debidamente probada dentro del proceso, relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano.

Para lo anterior el juez deberá considerar las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima. Para estos efectos, de acuerdo con el caso, se considerarán las siguientes variables:

- La pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente)
- La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental.
- La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano.
- La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.
- La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

- Excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria.
- Las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado.
- Los factores sociales, culturales u ocupacionales.
- La edad.
- El sexo.
- Las que tengan relación con la afectación de bienes placenteros, lúdicos y agradables de la víctima.
- Las demás que se acrediten dentro del proceso.

En casos excepcionales, esto es, cuando existan circunstancias debidamente probadas de una mayor intensidad y gravedad del daño a la salud, podrá otorgarse una indemnización mayor a la señalada en la tabla anterior, sin que en tales casos el monto total de la indemnización por este concepto pueda superar la cuantía equivalente a 400 S.M.L.M.V. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño, con aplicación de las mismas variables referidas. En conclusión, la liquidación del daño a la salud se efectuará conforme a la siguiente tabla:

REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD	
CONCEPTO	CUANTÍA MÁXIMA
REGLA GENERAL	100 S.M.L.M.V.
REGLA DE EXCEPCIÓN	400 S.M.L.M.V.

Con relación a los parámetros anteriores, se aclara que ellos son excluyentes y no acumulativos, de manera que la indemnización reconocida no podrá superar el límite de 400 S.M.L.M.V.»

Conforme a los anteriores criterios, se tiene que, la indemnización por este concepto corresponde únicamente a Diana Carolina Guerrero – equivalente a 60 SMLMV debido a la pérdida de la capacidad laboral le fue diagnosticada en un 35,44%.

Ahora, en relación con la solicitud de reconocimiento de «daño emergente futuro» consistente en gastos y tratamientos médicos encaminados a lograr la rehabilitación, cirugía reconstructiva e integración por el hecho dañino de ocasionado a la demandante por su incapacidad productiva – en cuantía superior a 200 SMLMV –, se advierte que esta petición será negada, toda vez que no se acreditó de manera concreta las patologías que requerirían a futuro tratamiento y rehabilitación, y en cuanto a los demás aspectos, los mismos se entienden resarcidos con los reconocimientos ya hechos.

SOBRE COSTAS

Ahora bien, según lo preceptuado por el numeral 4º del artículo 366 del Código General del Proceso, para la fijación en agencias en derecho deben aplicarse las tarifas que establece el Consejo Superior de la Judicatura. Para el caso de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, conforme al Acuerdo 1887 del 26 de



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

junio de 2003, en su artículo 6 inciso segundo del numeral 3.1.2, prevé que en los procesos contenciosos administrativos adelantados en primera instancia, con cuantía, se establecerá como agencias en derecho hasta el veinte por ciento (20%) del valor de las pretensiones reconocidas o negadas en la sentencia.

Para el efecto debe tenerse en cuenta la gestión adelantada por el apoderado de la parte demandante, ceñido al porcentaje máximo que establece la preceptiva anteriormente enunciada, la cuantía de la pretensión y las demás circunstancias relevantes evidenciadas en el trámite surtido, por lo que se establecerá la suma de \$300.000 pesos.

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO, Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: DECLARAR Administrativa y patrimonialmente responsable al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E., por de los perjuicios ocasionados a los demandantes DIANA CAROLINA GUERRERO actuando en nombre propio y en representación de sus hijos menores ANDRÉS FELIPE y LAURA SOFÍA BARRERA GUERRERO; por otro lado, ANDRÉS JAIR BARRERA ROA, NELSON BEJARANO GUERRERO, NORBERTO RAMOS GUERRERO, MARÍA OMARIA RAMOS GUERRERO, MIRYAM GRACIELA RAMOS GUERRERO y ZENAIDA RAMOS GUERRERO, con ocasión de las lesiones que sufrió la primera de las mencionadas como consecuencia de la atención médica prestada por el ente enjuiciado entre el 30 de septiembre y el 9 de noviembre de 2010, de acuerdo con los motivos expuestos en la parte considerativa de este proveído.

SEGUNDO: CONDENAR al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E., a pagar PERJUICIOS MATERIALES, consolidados y futuros, en la modalidad de lucro cesante, a DIANA CAROLINA GUERRERO, en la suma de CIENTO CUARENTA Y SIETE MILLONES CIENTO VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS CON CUARENTA Y NUEVE CENTAVOS MCTE (\$147.122.253,49).

TERCERO: CONDENAR al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E., a pagar por concepto de PERJUICIO MORAL a los demandantes, las siguientes sumas:

- ✓ Para la señora DIANA CAROLINA GUERRERO en su calidad de víctima directa, se reconocerá el equivalente a SESENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (60 SMLMV).



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

- ✓ Para el señor ANDRÉS JAIR BARRERA ROA, en su condición de compañero permanente de la víctima directa, el equivalente a SESENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (60 SMLMV).
- ✓ Para ANDRÉS FELIPE BARRERA GUERRERO y LAURA SOFÍA BARRERA GUERRERO, en su condición de hijos de la víctima directa, el equivalente a SESENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (60 SMLMV), para cada uno de ellos.
- ✓ Para NELSON BEJARANO GUERRERO, NORBERTO RAMOS GUERRERO, MARÍA OMARÍA RAMOS GUERRERO, MIRYAM GRACIELA RAMOS GUERRERO y ZENaida RAMOS GUERRERO, en su calidad de hermanos de la víctima directa, se reconocerá el equivalente a TREINTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 SMLMV), para cada uno de ellos.

CUARTO: CONDENAR al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E., a pagar por concepto de DAÑO A LA SALUD, a DIANA CAROLINA GUERRERO, el equivalente a SESENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES (60 SMLMV).

QUINTO: Negar las demás pretensiones de la demanda.

SEXTO: Condenar en costas a la parte demandada en favor de la demandante. Asimismo, fijar por concepto de agencias en derecho la suma de \$300.000.

SÉPTIMO: Una vez ejecutoriada la presente providencia, por Secretaría y a costa de la parte interesada, expídanse copias que sean solicitadas del presente fallo indicando cuál presta mérito ejecutivo, devuélvase el remanente de la suma que se ordenó consignar por concepto de gastos del proceso, si a ello hubiere lugar, dejando constancia de dicha entrega y archívese el expediente.

OCTAVO: Negar la solicitud de reconocimiento de honorarios, elevada por el Doctor Segundo Morán dentro de la audiencia de pruebas llevada a cabo el 25 de febrero del presente año, por las razones expuestas en la parte considerativa.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Firmado Por:

**LICETH ANGELICA RICAURTE MORA
JUEZ CIRCUITO
JUZGADO 002 SIN SECCIONES ADMINISTRATIVO DE
VILLAVICENCIO**

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

Código de verificación:

9b8d4165c68ffde8c1c1856a3cf318c2bec538631c6cd103b26c0427a422058e

Documento generado en 30/04/2021 03:55:36 PM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**