

Santa Marta, 02 de noviembre del 2021.

Honorable Magistrado:  
CRISTIAN SALOMON XIQUES  
SALA QUINTA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA  
TRIBUNAL SUPERIOR DE SANTA MARTA  
E. S. D.

RAD. 47.288.31.53.001.2015.00111.02

ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN.

CESAR ALEJANDRO PEREZ NARVAEZ, de condiciones civiles y profesionales ya conocidas. Actuando en calidad de abogado sustituto de la parte demandante, por medio del presente acudo ante Usted, con el fin de sustentar el recurso de apelación formulado contra la sentencia adiada 21 de febrero del 2020. Lo anterior, en los siguientes términos:

**1. PRIMER REPARO: DEMORA EN LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA.**

En lo que respecta a este punto, manifestó el A-Quo que: *“la historia clínica da cuenta que el estado de salud de la paciente era óptimo cuando ingresa remitida del Hospital de Algarrobo (...) Todo lo cual coincide con un estado de salud que no representa ninguna urgencia que amerite atención prioritaria. Entonces, la historia clínica revela que la vida de la gestante no se encontraba en peligro, y por lo tanto no existía circunstancia que llevara a estimar debía realizarse con prontitud la ecografía”.*

La ecografía obstétrica es definida por la ciencia médica como:

*“una técnica diagnóstica basada en el uso de ondas de ultrasonido (US), las cuales son emitidas a través de una sonda que hace las veces de emisor y receptor. Las ondas de US que vuelven a la sonda lo hacen después de haber pasado una serie de obstáculos (órganos y tejidos) con los que han interactuado, atravesándolos, atenuándose y rebotando antes o después. La unidad de procesamiento, a través de un software, se encarga de transformar esas ondas rebotadas o ecos en una imagen de escala de grises, que es la que finalmente vemos en una pantalla en tiempo real y que nos permite valorar las estructuras y órganos objeto de estudio no solo morfológicamente sino también en dinámico.”<sup>1</sup>*

En cuanto a la importancia, esa misma literatura médica considera que:

*“La ventaja de esta técnica aplicada a la Pediatría es que, en general, obtenemos mejores imágenes y de mayor resolución, porque los niños tienen una mayor proporción de agua que los adultos y un estrato graso mucho menor, lo que favorece la transmisión del US y en consecuencia la calidad y resolución de la imagen final.*

---

<sup>1</sup> Rev Pediatr Aten Primaria vol.16 supl.23 Madrid jun. 2014 ([https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322014000200004&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322014000200004&script=sci_arttext&tlng=en))

*El uso de la ecografía en AP se justifica porque, junto a la clínica y la exploración, aumenta la capacidad resolutive, la fiabilidad y el rendimiento diagnóstico, reorienta la actitud terapéutica y ahorra recursos al sistema disminuyendo las listas de espera, además de aportar una relación coste-efectividad favorable, puesto que permite llevar a cabo diagnósticos precoces; ofrece al paciente un servicio de mayor calidad, con lo que mejora la relación médico-paciente y consigue así una mayor satisfacción del enfermo.”*

En el caso particular de YASMINE POLO (QEPD), la necesidad y prontitud con que debía hacerse la ecografía obstétrica se justificaba por el embarazo de alto riesgo comprobado. En la hoja de admisión de urgencias No. 40467 de la CLINICA EL AMPARO, siendo las 11:12 del 13 de noviembre del 2012, se dijo lo siguiente: **“Diagnostico Principal: Z359 SUPERVISION DE EMBRAZO DE ALTO RIESGO”**

Esa condición médica de alto riesgo es definida por la literatura médica como **“aquel en el que se detectan una o más circunstancias o factores que, por su naturaleza, pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente a los resultados materno-fetales (...) un factor de riesgo obstétrico es cualquier característica o circunstancia médica, obstétrica o sociodemográfica que, en el curso de una gestación, puede conllevar un aumento en la morbimortalidad tanto materna como fetal con respecto a la población general. El objetivo de la evaluación del riesgo obstétrico es poder poner en marcha acciones preventivas en función de esos factores de riesgos identificados para evitar complicaciones materno-fetales”**.<sup>2</sup>

Según se sustrae y entiende del aparte previamente subrayado, un embarazo de alto riesgo comprobado como el que presentaba YASMINE POLO (QEPD), implica la necesidad de llevar a efecto todas las medidas y procedimientos médicos necesarios en aras de evitar que las complicaciones propias de ese estado, se materialicen y afecten la integridad materno-fetal. Enmarcadas dentro de esas medidas o procedimientos que debían brindársele a YASMINE POLO (QEPD), se encontraba justamente la ecografía obstétrica, cuya finalidad no era otra distinta a confirmar el diagnóstico de óbito fetal que ya se había previsto en la atención primaria prodigada en el Hospital De Algarrobo – Empresa Social Del Estado el día 13 de noviembre de 2012.

Con ocasión de la necesidad de corroborar dicho diagnóstico, el Dr. Álvaro Linero, al responder la pregunta No. 1 en su dictamen pericial, consistente en **“¿Con el fin de preservar el estado de salud de la paciente, que medidas han debido adoptarse una vez YASMINE MARIA ingreso a la clínica con diagnóstico de óbito fetal, hidrocefalia fetal y embarazo de alto riesgo?”**, respondió lo siguiente: **“Se debe corroborar el diagnóstico inicial de óbito fetal + hidrocefalia”**

Con la respuesta dada al interrogante, se demostró entonces que era necesaria la realización de la ecografía obstétrica ordenada el día 13 de noviembre de 2012, siendo las 12:00 P.M, y que la misma debía practicarse oportunamente, situación que en el *Sub Judice* no se cumplió. Al no realizarse a tiempo este estudio y confirmar o desmeritar la sospecha que existía de óbito fetal, se perdió tiempo muy valioso para evitar que se causara lo que en efecto se causó: **una atonía uterina causada por un trabajo de parto prolongado**, como lo analizaré a profundidad más adelante.

Pero, ¿por qué, se preguntará el Honorable Magistrado, para este extremo procesal esta demora injustificada comporta un asunto de suma delicadeza para imputar responsabilidad a los demandados? El objetivo de la realización de la ecografía a

<sup>2</sup> [https://amirsalud.instructure.com/courses/107/pages/canvas-unit-content-pag-53994?module\\_item\\_id=41224](https://amirsalud.instructure.com/courses/107/pages/canvas-unit-content-pag-53994?module_item_id=41224)

tiempo no era en procura de salvarle la vida al bebé, pues éste ya había fallecido desde hacía tres (3) días, tal como se evidenció en el informe pericial de necropsia, sino para preservar la vida de YASMINE MARÍA POLO (QEPD) quien estuvo sometida a un riesgo de infección masiva por llevar en su interior un organismo ya casi en estado de descomposición.

En el Min. 30:14 la Dra. **Yolanda Sánchez** indicó, respecto de este asunto: *“Que sería aquí la importancia, el bebe ya venía muerto, faltaba era corroborarlo pero no se trataba de hacer algo por el feto, sino preservar la vida de la paciente, porque al corroborarlo entonces se podían tomar medidas adecuadas, ajustadas a la paciente, pensando en que es multigestante, pensando en la hidrocefalia, y que las personas se podía llegar a complicar”*

El A-Quo, contraponiendo lo que debidamente quedó demostrado en la fase instructiva, trajo a colación lo manifestado por el Dr. **Guillermo Dimas** quien señaló en su infundada declaración que esa ecografía obstétrica no era necesaria ni requería hacerse de manera oportuna. Pues bien, si no era tan trascendental la realización de ese examen ¿Por qué se decidió iniciar el tratamiento con misoprostol y la inducción del parto luego de que el Dr. Lavalle conociera los resultados de la ecografía? ¿Por qué si existía certeza del diagnóstico de óbito fetal, se ordenó y se insistió en que la ecografía aún no se había realizado y que se estaba pendiente su realización? Sin dubitación alguna, los resultados de esa ecografía eran determinantes para que el personal médico diese inicio al tratamiento médico indicado, no obstante, **tuvieron que transcurrir once (11) horas** para que pudieran realizarle dicho estudio ecográfico a la paciente, denotándose así, una demora injustificada.

Además de lo dicho por el medico Guillermo Dimas, el A-Quo apoyó sus consideraciones en varias citas directas, extraídas de documentos y revistas científicas, sin embargo, es preciso tener muy en cuenta que las circunstancias fácticas de las que parten dichos articulados, comportan un escenario o contexto muy disímil al caso *Sub Examine*; en ellas se plantean circunstancias en las que el feto se encuentra en condiciones de normalidad, lo que soslaya con el caso particular, puesto que el bebé que se gestaba en el vientre de YASMINE POLO (QEPD) padecía de Hidrocefalia Severa más microcefalia, lo que *Per Se*, contraindicaba el forzoso parto vaginal.

Por todo lo dicho, es que no le asiste razón alguna a la funcionaria judicial de primera instancia respecto de los argumentos planteados en este primer reparo.

## **2. SEGUNDO REPARO: INDUCCIÓN DEL PARTO Y LA NO NECESIDAD DE REALIZAR CESAREA /// DESPROPORCION CEFALO PÉLVICA.**

Sobre el particular, consideró el A-Quo que: *“la decisión de optar por el parto vaginal se encuentra acorde principios de beneficencia y no de malificencia o primun non nocere (...) ello se explica porque la cesarea, al tratarse de una cirugía mayor, aumenta significativamente los riesgos de muerte para la madre, motivo por el cual, salvo que exista una urgencia vital, debe preferirse el parto vaginal”*.

Respecto de la desproporción cefalopélvica indicó que: *“En el caso de Yasmine María y su hijo, ambas circunstancias, tanto la anomalía en la pelvis como el exagerado tamaño del producto del embarazo, fueron descartados”*.

El reconocido médico especialista y catedrático Juan Aller Gustavo Páges en el Capítulo 36 de su Obra titulada: “Obstetricia Moderna”<sup>3</sup>, respecto del asunto que aquí se trata, consideró lo siguiente:

*“Distocia es el antónimo de la palabra griega eutocia que significa parto normal; por tanto, todas las causas que alteren el mecanismo normal del parto se engloban bajo este término. Las distocias se clasifican para su estudio en: distocia por anomalías fetales, por anomalías de las fuerzas expulsivas y por anomalías del canal del parto. Las distocias son la causa más común de cesárea porque el feto no puede pasar a través de la pelvis materna; sin embargo, existen situaciones en las que al mejorar la fuerza de contracción uterina o usar un instrumento para favorecer la salida, se puede evitar la extracción del feto por vía abdominal sin aumentar su morbi-mortalidad.*

*Todo aumento de volumen del producto de la concepción puede producir distocia fetal porque impide su paso a través del canal del parto. Entre las anomalías del desarrollo, que con mayor frecuencia producen esta alteración, se encuentran las siguientes (ACOG, 1991).*

- *Los fetos macrosómicos, que son aquellos que pesan 4 500 g o más y que se presentan más que todo en mujeres con diabetes mal controlada o en obesas.*
- *Los fetos con hidrocefalia, por acumulación exagerada de líquido cefalorraquídeo al nivel de los ventrículos cerebrales.*

Frente al tratamiento médico que debe prodigarse en casos de distocia, el excelentísimo médico, recomienda los siguientes planes de acción:

*“El diagnóstico se sospecha por el aumento del tamaño del útero sin relación con la edad gestacional y se corrobora con la evaluación ecosonográfica. El tratamiento es con cesárea aunque, ocasionalmente, se pueden utilizar las operaciones destructoras como la craneotomía, en los casos de hidrocefalia, y la cleidotomía, que es la fractura de la clavícula, en los casos de distocia de hombros por feto voluminoso.”*

En conclusión:

*“Para que ocurra el parto, el feto debe oponer sus menores diámetros a los mayores de la pelvis, por tanto, si el feto tiene anomalías del desarrollo tipo feto voluminoso, hidrocefalia, etc. el parto vaginal puede ser imposible aunque la pelvis sea normal. Así mismo, el feto generalmente se presenta en cefálica y debe seguir los llamados “movimientos cardinales del parto”, para que ocurra la flexión y no se presente de cara, frente o bregma y, además, debe rotar a una variedad anterior para que no ocurran las distocias por occípito-posteriores y occípito-transversas.”*

En el caso específico, se afirma con vehemencia que el parto vaginal estaba contraindicado debido a la hidrocefalia severa que padecía el neonato de YASMINE POLO (QEPD), lo cual, se demostró con los resultados de los exámenes médicos prenatales conocidos desde antes de la fecha de ingreso de la paciente al Hospital de Algarrobo.

---

<sup>3</sup> [http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia\\_moderna/om\\_36.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_36.pdf)

Otro de los aspectos que incidieron en la desproporción céfalo-pélvica que presentaba YASMINE POLO (QEPD) es el atinente a la medición del perímetro cefálico y del perímetro torácico. Según el informe quirúrgico de fecha 15 de noviembre del 2015, el feto tenía un PC de 35 y un PT de 34, es decir, aumentados de tamaño según la edad gestacionaria y el peso. Al referirse sobre este aspecto, la perito **Yolanda Sánchez** en el Min. 1:06:37 de su intervención señaló: *“En casos de normalidad de 33 a 34 de perímetro cefálico con 32 a 33 de perímetro torácico”*. Pero al referirse al caso concreto, en el Min. 1:09:37 dijo: *“Estamos hablando de un peso de 2.700 con un PC de 35, es decir, está aumentado para este peso, es decir, aquí mostramos una cabecita mayor a la que se espera de un cuerpo de 2.700.”*

Más adelante, en el Min. 1:10:34 la perito volvió reafirmar la anormalidad en la medición del PC y afirmando, con ocasión de esto, la existencia de la desproporción céfalo-pélvica. Al respecto señaló: *“La desproporción céfalo pélvica si podría estar vigente porque estaba faltando un mes de embarazo que es cuando más peso coge y más crece el bebé y ya teníamos 35 de PC, si hubiéramos llegado a 3.000 estuviéramos sobre 37 o 38 y ya estaríamos hablando de una macrocefalia, entonces si podríamos hablar de una desproporción céfalo pélvica.”* Este aspecto, aunado a la hidrocefalia severa que presentaba el feto, constituyeron los principales fundamentos de la distocia fetal que contraindicaban el parto vaginal realizado a YASMINE POLO (QEPD).

Por último, se afirma que existió una desproporción céfalo-pélvica por la atonía uterina que padeció YASMINE POLO (QEPD) y la cual, fue la causa de su fallecimiento. ¿Qué relación tuvo la atonía uterina con la mencionada desproporción? La respuesta es, sin duda, que una estrecha relación, puesto que la causa de la atonía uterina fue la fatiga o cansancio uterino, que a la vez fue ocasionado por el trabajo de parto prolongado.

Al referirse a este tema, la perito **Yolanda Sánchez** manifestó en el Min. 1:00:35: *“Uno de los motivos de la atonía uterina es una fatiga uterina y eso es por un trabajo de parto prolongado y este trabajo es por la desproporción céfalo pélvica. Al estar aumentado de tamaño la cabeza fetal, se demora en entrar en el canal de parto y se demora en la expulsión.”*

En este orden de ideas, si no existió la desproporción céfalo-pélvica y, por lo tanto, YASMINE POLO (QEPD) podía dar a luz por vía vaginal como erradamente lo afirmó el A-Quo, ¿por qué, a pesar de la aplicación de tres (3) dosis de misoprostol (una dosis a la 1:00 pm, otra a las 4:00 pm y otra a las 6:00 pm del 14 de noviembre del 2012) solo se obtuvo el producto fetal hasta las 5:45 A.M del 15 de noviembre de ese mismo año? ¿Si no existía tal desproporción debía entonces transcurrir 16 horas y 45 minutos para que naciera óbito fetal? Sin duda alguna que no, y así se demostró con las pruebas técnicas practicadas durante todo el trámite procesal. La única razón por la cual se demoró en nacer el feto, a pesar de las condiciones especiales de la mamá y el tratamiento prodigado, era porque existía una desproporción céfalo-pélvica, que el A-Quo desconoció por completo.

Por lo dicho, no se puede acoger la perorata planteada por el médico auditor **Guillermo Dimas**, quien señaló en su insostenible declaración que para determinar si era o no procedente el parto vaginal había que analizar o tener en cuenta los antecedentes de la madre, esto es, la multipariedad, los partos vaginales y los abortos que tuvo YASMINE POLO (QEPD). ¿Por qué no se debe acoger ni siquiera considerar ese planteamiento? La respuesta es porque debido a que cada situación o condición gestacional de la madre no es igual, lo que se debe analizar en particular son las condiciones propias del feto. Ciertamente YASMINE POLO (QEPD) tuvo antecedentes de dos (2) partos por vía vaginal, pero esta circunstancia por sí sola no comporta un factor determinante para afirmar que el feto que se encontraba muerto en

su interior, también podía nacer por parto vaginal, pues ninguno de los dos bebés que nacieron antes de la fecha de los hechos, padecían de hidrocefalia severa. Sobre este relevante aspecto de reproche, los Doctores Gaspar Vallecino, José Niz Ramos y Alberto Alvarado Durán, en su obra literaria titulada: PARTO DISTÓCICO POR DESPROPORCIÓN FETO-PÉLVICA<sup>4</sup>, indicaron:

*“El cuadro clínico de la desproporción fetopélvica va a estar condicionado' por los tres factores participantes, a saber: continente (pelvis), contenido (producto) y fuerza propulsoras (contractilidad uterina); no se debe olvidar que el trabajo de parto es, como su nombre lo indica, esencialmente dinámico. Desde el punto de vista estrictamente obstétrico se puede hablar de desproporción fetopélvica cuando todos estos elementos hayan entrado en el juego funcional y mecánico del parto o sea la prueba de trabajo de parto que es el reflejo fiel de la compatibilidad feto pélvica. El cuadro clínico lo constituyen las anormalidades de estos tres factores la sospecha de disarmonía fetopélvica puede asentarse después de haber conocido antecedentes tanto generales como obstétricos, datos de exploración general como estatura, tipo de marcha, deformidades. Los antecedentes, obstétricos son importantes aunque no se deben tomar como definitivos si se recuerda que en cada embarazo los factores pelvis, feto y útero pueden comportarse de manera diferente.”*

Conocido lo anterior, para el caso particular, más que analizar los antecedentes de la madre YASMINE POLO (QEPD), debía era analizarse la procedencia de un parto natural, dada las condiciones de hidrocefalia y las mediciones del PC y del PT que presentaba el feto y que, reitero, eran ampliamente conocidas por el personal médico adscritos a las instituciones de salud demandas. Recordemos que antes del 13 de noviembre del 2012 y durante el embarazo, YASMINE MARIA POLO TAPIA (Q. E. P. D.), fue sometida a los siguientes controles y estudios:

- El 28 de abril de 2012 le fue practicada ecografía obstétrica.
- El 12 de junio de 2012 asistió a control prenatal.
- El 19 de junio de 2012 asistió a control prenatal en el HOSPITAL LOCAL DE ALGARROBO.
- El 7 de julio de 2012 le fue practicada ecografía obstétrica.
- El 17 de julio de 2012 asistió a control prenatal en el HOSPITAL LOCAL DE ALGARROBO.
- El 27 de julio de 2012 fue atendida por el ginecólogo ALIRIO JOSE FAJARDO AARON.
- El 21 de agosto de 2012 asistió a control prenatal en el HOSPITAL LOCAL DE ALGARROBO.
- El 18 de septiembre de 2012 asistió a control prenatal en el HOSPITAL LOCAL DE ALGARROBO.
- El 22 de septiembre de 2012 le fue practicada ecografía obstétrica que arrojó: “DILATACION VENTRICULAR CEREBRAL BILATERAL QUE SE ACOMPAÑA CON MICROCEFALIA DE CAUSA A DETERMINAR. Allí se sugirió ecografía 3D, 4D, ginecología, tercer nivel.
- El 24 de septiembre de 2012 le fue practicada ecografía obstétrica.
- El 18 de octubre de 2012 se le practicó ecografía obstétrica con perfil biofísico.

---

<sup>4</sup> <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf>

- En estudio ecográfico del 26 de octubre de 2012 se hizo constar: **“CABEZA: NO SE VISUALIZA Parénquima cerebral CON GRAN DILATACIONES del sistema ventricular. NO se logra visualiza cerebelo o masas encefálica”**.

Al estar entonces demostrado que YASMINE POLO (QEPD) padecía de una desproporción céfalo-pélvica, ¿Qué medidas eran las que se debían adoptar en la CLINICA EL AMPARO para de extraer el neonato que yacía muerto y preservar la vida de aquella? Como ya lo he enfatizado con amplio respaldo literario y probatorio, sin duda alguna que la cesárea.

Tal como lo definí en el recurso de apelación, ese procedimiento médico consiste en una operación quirúrgica que se realiza con la intención de extraer el feto por vía abdominal al final del embarazo. Al preguntársele al perito Yolanda Sánchez sobre la procedencia, en el caso particular, de uno u otro procedimiento, respondió en el Min. 24:37 lo siguiente: *“Ya sabiendo que el niño estaba muerto y sabiendo que hay una hidrocefalia y sospechando que hay una desproporción céfalo pélvica, se hubiese podido hacer otro procedimiento medico como una cefalocentesis (extracción del agua del cerebro)”*

Más adelante, en el Min. 1:10:34 indicó: *“La desproporción céfalo pélvica si podría estar vigente porque estaba faltando un mes de embarazo que es cuando más peso coge y más crece el bebé y ya teníamos 35 de PC, si hubiéramos llegado a 3.000 estuviéramos sobre 37 o 38 y ya estaríamos hablando de una macrocefalia, entonces si podríamos hablar de una desproporción céfalo pélvica. Ahora, si es o no posible la cesárea, hubiésemos podido pensar desembrazar por cesárea porque había óbito fetal”*.

Incluso el Dr. Álvaro Linero, al responder la pregunta No. 13 consistente en *“¿Es o no es mandatorio la perforación del cráneo a fin de lograr la evacuación del contenido craneal para lograr el plegamiento de los huesos de la bóveda y la consiguiente reducción de la cabeza?”* A lo que él respondió: *“No es mandatorio. Pero cuando el feto está muerto y la cabeza demasiado abultada, la cefalotomía es un recurso extremo que se puede emplear”*.

Por todo lo anterior, es que se considera con pleno respaldo probatorio y apoyado en la lógica como elemento de las reglas de la sana crítica, que en el caso de YASMINE POLO (QEPD) el parto por vía vaginal estaba contraindicado y, por ende, debía realizarse el procedimiento médico aconsejado por la literatura médica, esto es: la cesárea.

### 3. TERCER REPARO: LA PELVIIMETRÍA.

La Sociedad Española de Radiología Médica en un artículo científico titulado: “PELVIMETRIA –RM, ¿qué debemos saber?” sobre ese importante estudio médico indicó:

*“El estudio de la pelvis para detectar una posible anomalía o desproporción pélvico-cefálica debe ser sistemático en todas las primíparas y en aquellas multíparas con antecedentes obstétricos que indiquen que puede existir una desproporción pélvico-cefálica. El obstetra al final del embarazo debe conocer las características pélvicas y el peso estimado fetal para esperar un parto vaginal o terminar con una cesárea*

*La radiopelvimetría se realiza entre la semana 36 y 38 de gestación con la paciente en decúbito supino, con un equipo de 1,5 T y una bobina de*

superficie. Se utilizan secuencias HASTE en los tres planos del espacio (axial, coronal y sagital) con un TR de 1000 ms y TE de 61 ms. El FOV es de 350 mm y el grosor de corte de 10 mm, siendo el tiempo de adquisición de 15 seg. La principal indicación del estudio es el embarazo de al menos 37 semanas de gestación con presentación de nalgas

(...)

La RM pelvimetría es la técnica de elección para valorar la desproporción pélvico-cefálica, ya que nos permite obtener imágenes de la pelvis en todos los planos del espacio, nos proporciona información de las estructuras óseas y de los tejidos blandos de la pelvis materna de una forma rápida y sin exponer al feto ni a la madre a radiación ionizante. Además, en ocasiones, nos permite diagnosticar anomalías fetales que van a cambiar el manejo del recién nacido tras el parto”

En el caso particular, el Dr. Linero, al responder la pregunta No. 50 en su dictamen pericial, habló de la importancia de la pelvimetría y de las consecuencias de no realizarla. Al respecto señaló: *“La pelvimetría es una técnica de exploración de la pelvis que puede realizarse mediante un examen ginecológico o radiológico para medir las dimensiones de la pelvis y determinar si el parto se puede realizar por vía vaginal o por cesárea, se puede realizar en la consulta del control prenatal o durante el trabajo de parto. Las consecuencias de no realizarlo es el riesgo de no diagnosticar oportunamente una distocia cefalopelvica”*.

Pero el referido perito no solo habló de la importancia de este examen, sino que, además, resaltó la necesidad de realizar el mismo antes de determinar el parto por vía vaginal. Veamos: Al responder la pregunta No. 12 del cuestionario, consistente en: *“si tratándose de óbito fetal con hidrocefalia y grades dilataciones del sistema ventricular, puede optarse por parto vaginal?”* el médico especialista dijo: *“la vía del parto la define la valoración obstétrica y se tiene en cuenta la pelvis y el producto”*

Al responder la pregunta No. 32 del cuestionario, el perito insistió en que: *“La valoración de los diámetros de la pelvis, se debe realizar antes de la inducción del trabajo de parto o al iniciar el trabajo de parto (...) posterior a esto se determina la vía del parto, sea vaginal o por cesarea”*

Según se entiende y colige de lo dicho por el especialista, este examen tiene una condición preventiva y tiene una condición reglamentaria o imperativa; es preventiva porque lo que se busca es precaver un parto distócico por desproporción feto-pélvica y es reglamentario o imperativo porque se debe practicar o tener en cuenta para determinar si es o no procedente un parto por vía vaginal.

Y en este punto me quiero referir a dos (2) aspectos muy concretos, indicados por el Despacho en la página 13 y 14 de la sentencia. En la primera de ella se dijo: *“No había razón para sospechar de la existencia de anomalías maternas, situación que fue explicada al despacho por los tres galenos escuchados en este asunto (...)”*. Pues bien, tal afirmación (así sea de referencia) carece de soporte probatorio, como quiera que la única manera de conocer si existía o no anomalía en la pelvis de la paciente, era por el resultado que arrojase la pelvimetría, luego entonces, si la realización de ese examen se omitió, le resulta imposible al A-Quo arrimar a tal afirmación.

Además de lo anterior, en la página 14, expresó: *“Como se puede ver, todos coinciden en afirmar que existen casos en los que no es necesario realizar la pelvimetría, y, en el particular, que en este caso no fue necesario debido a que producto de los partos*

*vaginales previos existían antecedentes de buen funcionamiento del canal vaginal (...)*”

En consideración a lo expresado en la cita, se denota el desconocimiento o la desatención del principio diferenciador que cobijó el caso particular con los dos (2) embarazos previos que tuvo YASMINE POLO (QEPD). Es importante que tengan en cuenta que en ninguno de los embarazos previos se presentó malformación en la cavidad craneal, como sí se presentó según los hechos narrados en la demanda. De modo que, resulta desatinado pensar que el factor indicativo de la no desproporción cefalo-pélvica, lo sea el antecedente gestacional, tal como quedó demostrado en líneas anteriores.

En la Revista publicada por la Universidad de Guayaquil (Ecuador)<sup>5</sup>, se desarrolló la temática referente a la importancia de la pelvimetría en pacientes con sospecha de desproporción céfalo-pélvica, por parte de los médicos especialistas Mónica Ortiz Consuegra y Ricardo Valenzuela, quien indicaron:

*“Realizar la pelvicefalometría para valorar la relación fetopélvica, sólo equivale a medir uno de los factores que determinan un parto eutócico.*

*Según Mengert, intervienen cinco factores:*

*a.- Tamaño y forma de la pelvis ósea*

*b.- Tamaño de la cabeza fetal*

*(...)*”

A modo de conclusión se dijo:

*“3.- La definición de DCP nunca ha sido hecha con claridad porque se evalúa por medio de la pelvimetría sólo el tamaño de la pelvis materna sin considerar otras medidas fetales que no sean las de la cabeza y el peso calculado; se omiten las cinturas torácicas y pélvicas.*

*4.- Actualmente, para un mejor y mayor resultado de la Pelvimetría, se recomienda acompañarla de otros métodos tales como: Ultrasonografía, Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética.*

*5.- Es indiscutible el valor de la pelvicefalometría en la valoración para la terminación del trabajo de parto, ya que según las estadísticas presentadas el mayor porcentaje terminó en cesárea.”*

En conclusión, dado los antecedentes comprobados que tenía el neonato (en especial la hidrocefalia), la sospecha de la desproporción céfalo-pélvica y el trabajo de parto prolongado que se presentó en el caso de marras, el examen de pelvimetría era vital. De haberse realizado el mismo, seguramente el plan de acción del personal médico hubiese sido, desde un principio, la cesárea, sin embargo, resulta inaceptable el que se haya optado por un plan de acción distinto a éste, sin previamente contar con el conocimiento e información exacta sobre las condiciones de la pelvis de YASMINE POLO (QEPD).

#### 4. CUARTO REPARO: SUMINISTRO DE MISOPROSTOL.

Ha dicho la literatura médica<sup>6</sup> que el MISOPROSTOL está contraindicado en los mismos casos en que está contraindicado el parto vaginal, siendo uno de ellos cuando existe desproporción feto pélvica, tal como ocurrió en el caso de YASMINE MARIA POLO (QEPD), en el que estaba diagnosticada hidrocefalia fetal y grandes dilataciones del sistema ventricular. Veamos:

<sup>5</sup> <file:///C:/Users/cperez/Downloads/1019-6161-19-26.pdf>

<sup>6</sup> [http://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2014/06/Informe\\_Uso\\_del\\_Misoprostol\\_en\\_Obstetricia.pdf](http://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2014/06/Informe_Uso_del_Misoprostol_en_Obstetricia.pdf)

*“El misoprostol está indicado en todos los casos de óbito fetal con feto muerto y retenido en cualquier edad del embarazo, siempre que no haya alguna <sup>7,8,9</sup> contraindicación de parto vaginal o de uso de misoprostol. , ,*

*Contraindicaciones: Hay que distinguir las contraindicaciones del parto vaginal, las contraindicaciones a la inducción del parto, y las contraindicaciones específicas del misoprostol como fármaco.*

**a) Contraindicaciones del parto vaginal.<sup>10</sup>**

**Absolutas:**

- **Desproporción feto pélvica**
- **Situación Transversa**
- **Prolapso de Cordón**
- **Placenta Previa Central total**
- **Vasa Previa**
- **Cirugía previa del fondo uterino**
- **Más de una cesárea previa**
- **Embarazo Gemelar con primer feto en transversa**
- **Carcinoma cérvico uterino**
- **Infección herpética activa •**

**Relativas:**

- **Embarazo Gemelar con fetos en cefálica**
- **Polihidramnios**
- **Presentación Podálica**
- **Hipertensión Severa**
- **Enfermedad Cardíaca de la madre.**

**b) Contraindicaciones para el uso de misoprostol para inducción del parto:**

- **La principal contraindicación es el antecedente de cesárea previa o de otra cicatriz uterina, por el mayor riesgo de rupturas uterinas.**
- **Las demás contraindicaciones son las mismas del parto vaginal.**

**c) Contraindicaciones del misoprostol:**

- **Insuficiencia Hepática**
- **Insuficiencia renal**
- **Desnutrición severa**
- **Historia de enfermedad cerebrovascular**
- **Coagulopatías**
- **Alergia a las PG o antecedente de hipersensibilidad a la droga.”**

En la misma obra también se indica que el MIPROSTOL genera riesgo de hipertensión uterina:

**“De hecho no está aprobado su uso en ginecología y obstetricia, y la FDA modificó el prospecto del misoprostol en 2002 haciendo constar que su uso está contraindicado en mujeres embarazadas por sus propiedades abortivas y advierte sobre los riesgos de hipertensión**

---

<sup>7</sup> World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2000, 38pp. Disponible online en [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_mortality\\_2000/mme.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf)

<sup>8</sup> Rogo K. Improving technologies to reduce abortion-related morbidity and mortality. Int J Gynaecol Obstet. 2004 Jun; 85 Suppl 1:S73-82

<sup>9</sup> Refaey H, Templeton A. Early induction of abortion by a combination of oral mifepristone and misoprostol administered by the vaginal route. Contraception 1994 Feb; 49(2):111-4.

<sup>10</sup> FLASOG, Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología, 2ª ed, Marzo 2007.

*y rotura uterina si es usado “outside of its approved indication” en la inducción y trabajo de parto”<sup>11</sup>*

Se sabe que aproximadamente a la 1:00PM, se inició el tratamiento con **MISOPROSTOL VO**. A las 4:00 PM se hizo constar en la historia clínica, notas de enfermería, la aplicación de una segunda dosis de **MISOPROSTOL VO**<sup>12</sup>.

En hoja de tratamientos se consignó lo siguiente:

*“4PM MISOPROSTOL VO SEGUNDA  
DOSIS+MISOPROSTOL 1 TABLETA VAGINAL DOSIS  
UNICA*

*6PM MISOPROSTOL VO”*

Por cierto, a la paciente no se le advirtieron los riesgos que en su salud podría generar la aplicación del medicamento **MISOPROSTOL**, por ejemplo, la hipertonia uterina, máxime que su embarazo presentaba desproporción feto pélvica caso en el cual ese medicamento estaba contraindicado. Mucho menos se le indicaron los riesgos propios de un largo proceso de parto, entre ellos la atonía uterina producto del cansancio uterino.<sup>13</sup>

En relación con la ausencia del consentimiento informado ha dicho la jurisprudencia nacional que cuando el médico no advierte al paciente sobre los riesgos previstos y estos se producen en el curso de un procedimiento médico quirúrgico, este los asume en forma unilateral y compromete su responsabilidad personal y la del centro asistencial en el cual presta sus servicios.<sup>14 - 15</sup>

En anotaciones de EVOLUCION de las 4:00PM y 6:00 PM se expresó:

*“4:00PM  
PACIENTE FEMINA DE 36 AÑOS CON DX  
EMBARAZO DE 40 SEMANAS  
TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA  
OBITO FETAL  
PACIENTE AUMENTO DOLOR EN HIPOGASTRIO  
IRRADIADO A REGION LUMBAR  
6:00PM*

---

<sup>11</sup> FDA Postmarket Drug Safety Information for patients and providers. Disponible online en: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm111315.htm>

<sup>12</sup> Conforme lo indica la literatura médica el misoprostol vaginal es un tratamiento **eficaz para interrumpir embarazos no viables antes de las 24 semanas de gestación**. Es probable que sea más beneficioso en lugares de escasos recursos ya que los abortos espontáneos por infección materna probablemente respondan mejor al tratamiento clínico que los abortos espontáneos que se originan por anomalías genéticas fetales. Página web: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/antenatal\\_care/miscarriage/awcom2/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/miscarriage/awcom2/es/)

<sup>13</sup> **2.2. RIESGOS DE LA INDUCCIÓN: Los riesgos potenciales de la inducción incluyen:** aumento riesgo parto por cesárea, hiperdinamia e hipertono con o sin alteraciones de la FCF, aspiración de meconio, rotura uterina, intoxicación hídrica y prolapso de cordón post amniorraxis. Se debe tener precaución especial, por el riesgo aumentado de rotura uterina, en caso de cesárea anterior y cuando hay hiperdistensión uterina (embarazo gemelar, polihidramnios, gran multiparidad y macrosomía). Página web: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:POqzBfXLb4J:https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/inducci%25F3n%2520del%2520parto.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>

<sup>14</sup> CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, Consejero Ponente: RICARDO HOYOS DUQUE, Santafé de Bogotá, D.C., tres (3) de mayo de mil novecientos noventa y nueve (1999). Radicación número: 11.169, Actor: VICENTE SEGUNDO SIERRA PEREZ.

<sup>15</sup> Sentencia 9875(12706) del 02/01/24. Ponente: JESÚS MARÍA CARRILLO BALLESTEROS. Actor: LUIS ALFREDO SÁNCHEZ Y OTROS CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA

*PACIENTE FEMINA DE 36 AÑOS CON DX  
EMBARAZO DE 40 SEMANAS  
TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA  
OBITO FETAL  
PACIENTE AUMENTO DOLOR EN HIPOGASTRIO  
IRRADIADO A REGION LUMBAR”*

A las 6:00 PM se hizo constar en la historia clínica la aplicación de una tercera dosis de MISOPROSTOL VO. Veamos:

*“6PM. PACIENTE SE LE ADM TTO ORDENADO  
MISOPROSTOL 3 DOSIS”.*

La historia clínica reza que a las 9:00PM del 14 de noviembre de 2012, la paciente refirió dolor en hipogastrio irradiado a región lumbar acompañado de sangrado vaginal escaso. Así mismo se hizo constar que YASMINE MARIA POLO (QEPD) seguía en trabajo de parto.

Puede inferirse que para ese momento el trabajo de parto llevaba 8 horas, dado que la inducción del mismo comenzó a la 1:00PM aproximadamente, con la aplicación de la primera dosis de MIPROSTOL. En anotación realizada antes de la 10:00PM del día 14 de noviembre de 2012 se hizo constar la existencia de sangrado vaginal moderado en la paciente.

A las 00:30 horas del 15 de noviembre se hizo constar que la paciente continuaba en trabajo de parto, es decir, ya eran 11 horas y media en trabajo de parto; circunstancia que era indicativa una obstrucción fetal de la que el personal médico no se percató.

En conclusión, dado el diagnóstico de hidrocefalia severa, la medición del PC y del PT y la desproporción feto pélvica, el suministro de MISOPROSTOL para iducir el parto, estaba contraindicado.

## 5. QUINTO REPARO: TRABAJO DE PARTO PROLONGADO.

Al respecto señaló el A-Quo: *“(…) para en su lugar darle credibilidad a los médicos Dimas y Linero, quienes afirman que el trabajo de parto inició a las 9:00 pm del día 14 de noviembre 2012 y finalizó el 15 de noviembre 2012 a las 5:45 am, razones que los conducen a afirmar que no se trató de un parto prolongado”.*

Contrario a lo manifestado por el Despacho, consideramos que a YASMINE POLO (QEPD) la sometieron a un trabajo de parto prolongado e innecesario que se produjo por la desproporción céfalo-pélvica y que terminó ocasionando una fatiga o cansancio uterino que degeneró en una atonía uterina.

Pero ¿Por qué, se preguntará su Señoría, se habla de un trabajo de parto prolongado?

En primera medida, por la condición de multigestante o la multiparidad de YASMINE POLO (QEPD). La ciencia médica establece y así lo respaldaron los testigos técnicos, en especial la Dra. **Yolanda Sánchez** y el Dr. **Guillermo Dimas**, que en una mujer multigestante como lo era YASMINE el trabajo de parto debería durar de 5 a 6 horas. Al respecto señaló el Dr. **Guillermo Dimas** en el Min. 1:47:47 de su intervención: *“La ciencia médica señala que Una paciente multigestante tenga un menor tiempo de trabajo de parto que una paciente primeriza. La multigestante ya a las 5 o 6 horas ya está teniendo el expulsivo”.*

En concordancia con lo anterior, la perito **Yolanda Sánchez** manifestó en el Min. 16:04: *“¿Cuándo ocurre la atonía uterina? Cuando existen multiparidad que en este caso era G6, cuando ocurren tiempos prolongados de trabajo de parto, que en este caso ocurrió, porque era una múltipara y las múltiparas tienen un trabajo de parto mucho más acelerado que la prime gestante. En las múltiparas después de las 10 horas ya se habla de un trabajo de parto prolongado y aquí ocurrió.”*

A esta condición de multigestante o multiparidad, debe hilvanarse la aplicación de tres (3) dosis de misoprostol. Recordemos que con el fin de inducir el parto y así obtener la expulsión del neonato, a YASMINE POLO (QEPD) se le ordenó tratamiento con misoprostol que, como se dijo en el reparo anterior, es un medicamento abortivo. Luego entonces, al tratarse de una mujer múltipara a quien se le aplicó tres dosis de misoprostol, ¿no debía entonces dar a luz mucho antes de las 5:45 a.m del 15 de noviembre del 2012? La respuesta a este interrogante es que sí y con base en eso es que se habla de un parto prolongado.

Frente al particular, la perito Yolanda Sánchez señaló: *“Para ser múltipara también se demoró mucho en que el misoprostol le hiciera efecto. La primera dosis la pusieron creo que a las 2 de la tarde y la segunda a las 4 de la tarde, en una mujer múltipara y con dos dosis de este medicamento, el bebe tenía que haber nacido a las 5 o 6 de la tarde. Entonces se dejó en trabajo activo de parto pero en espera, entonces pasó un tiempo peligroso”*. Esto se puede corroborar en el Min. 23:59.

Ahora bien, es necesario esclarecer un tema muy importante frente a este punto y es el atinente al momento preciso en el que inició el trabajo de parto para ver si es o no posible hablar de trabajo de parto prolongado. Tanto la Dra. Yolanda Sánchez como el Dr. Guillermo Dimas coincidieron en que el trabajo de parto puede iniciar a partir del momento en que inician las contracciones. Veamos: En el Min. 1:43:43 el Dr. Dimas dijo: *“El trabajo de parto inicia tan pronto hay dilataciones, contracciones y borramiento”*. Teniendo en cuenta que, al momento del ingreso a la Clínica el Amparo, esto es, el día 13 de noviembre del 2012, a las 11:10 P.M, la paciente refirió tener la *“barriga dura”* y al indagar a los testigos técnico sobre este signo, los dos médicos anteriormente señalaron:

- El Dr. Dima en el Min. 1:46:05 dijo: *“Hay dos causas de esa barriga dura y es una contracción pero debe ser una contracción mínima”*
- En concordancia con ello, la Dra. Yolanda manifestó en el Min. 23:21: *“La paciente dijo que sentía dura la barriga, da a entender que se presentaron contracciones”*

Por lo dicho, quedó demostrado entonces que fue a partir de ese momento que inició el trabajo de parto para YASMINE POLO (QEPD).

Ahora, de considerarse por parte del colegiado que no fue a partir de ese momento en que inició la fase activa del parto, lo será entonces, sin duda alguna, a partir del momento en que se le suministró la primera dosis de misoprostol a YASMINE POLO (QEPD), esto es, desde las 2:00 P.M del 14 de noviembre del 2012. Al respecto la HC señala:

***“PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS CON DX EMB DE 40 SEM  
TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA”***

Confirmando lo señalado en la HC, la perito Yolanda Sánchez señaló en el Min. 1:14:09: *“Desde el momento en que se colocó el misoprostol empezó el trabajo de parto.”*

Entonces, tenemos que a partir de esa fecha hasta el momento en que nació óbito fetal, transcurrieron más de diez (10) horas, es decir, más del tiempo que la ciencia médica prevé para que una multigestante a quien se le ha aplicado además tres (3) dosis de misoprostol, dé a luz.

Otra de las razones por las cuales se demostró que existió un trabajo de parto prolongado, fue por la condición en que se halló el cráneo del feto al momento de realizársele la necropsia.

Según el Informe Pericial de Necropsia No. 2012010147001000400 en el examen interior de la cabeza del neonato se halló **Acabalgamiento Craneano**. Esta particular condición del cráneo fue producida por el trabajo de parto prolongado. Al respecto la perito **Yolanda Sánchez** manifestó en el Min. 26:52: *“Cuando revisé la necropsia, hablan bien de acabalgamiento de los huesos del cráneo, eso sucede cuando hay trabajo de parto prolongado.”*

Por último, una de las circunstancias presentadas que demuestran el trabajo de parto prolongado al que sometieron a YASMINE POLO (QEPD), es justamente el diagnóstico de Atonía Uterina como causa de muerte de la paciente. Reitero, la desproporción céfalo-pélvica produjo un trabajo de parto prolongado, éste había producido la fatiga o cansancio uterino que generó la atonía uterina.

De acuerdo con lo anterior, El Dr. Dimas dijo en el Min. 2:12:44: *“La prolongación de un parto puede producir atonía uterina y va dado a que ese parto es prolongado”* Respaldao lo anterior, la perito **Yolanda Sánchez** dijo en el Min. 13:38: *“Como dice la literatura médica, del 70% al 80% de las hemorragias post parto se deben a la atonía uterina. Aquí se presentó de manera precoz. Las causas más importantes son la adherencia de la placenta, cosa que sucedió en este caso, por eso se hizo retención de placenta. La segunda alumbramiento tardío, que es cuando se demora la placenta en desprenderse. La fatiga uterina o cansancio del musculo uterino porque no llevaba unas contracciones regulares.”* Más adelante volvió a señalar que: *“Si nosotros nos damos cuenta, el problema de la placenta, el alumbramiento tardío, la fatiga uterina, la hidrocefalia y la multiparidad de la paciente, nos hace una sumatoria muy peligrosa que fue la causa de la atonía uterina”*. Esto se puede corroborar en el Min. 17:48.

En conclusión, todas y cada una de las circunstancias aquí planteadas, las cuales, cuentan con pleno respaldo probatorio, denotan el trabajo de parto prolongado al que se sometió, innecesariamente, a YASMINE POLO (QEPD). Por lo tanto, es un reparo que comporta la entidad suficiente para declarar la responsabilidad civil de quienes conforman el extremo pasivo en esta causa.

## **6. SEXTO REPARO: INADECUADO MANEJO QUE SE LE DIO A LA HEMORRAGIA POST PARTO /// FALTA DE TRATAMIENTO MÉDICO QX PARA DETENER LA HEMORRAGIA Y EVIATR EL SHOCK HIPOVOLÉMICO.**

El tratamiento médico realizado de manera manual a YASMINE POLO (QEPD) una vez que nació el óbito fetal, fue, sin duda alguna, inadecuado y se privó a la paciente de la posibilidad de someterse a un tratamiento quirúrgico que pudiese detener, en mayor medida, la hemorragia post parto; estoy haciendo alusión a la histerectomía.

El Dr. **Álvaro Linero**, al responder la pregunta No. 48 del cuestionario, consistente en: *“¿En el caso concreto debió acudirse a la histerectomía para salvar la vida de la paciente? en que momento?”* A lo que él respondió: *“Es una técnica quirúrgica que se utiliza para detener el sangrado o hemorragia post parto. Y como todas las técnicas avaladas por el ministerio de salud, son para salvar la vida de los pacientes. Si el sangrado continúa, en instituciones con el recurso del especialista y tecnología adecuada se debe definir la posibilidad de intervenciones avanzadas como la Embolización selectiva, o la realización de los procedimientos quirúrgicos si estos no*

*se han realizado aún, como las suturas de B-Lynch, la ligadura de las arterias uterinas y la Histerectomía. En cuanto a la pregunta de que si debió acudirse a esta técnica, es una decisión del médico especialista dependiendo de las condiciones de la paciente y si se contaba con los elementos necesarios para la intervención quirúrgica. Siempre y cuando se haya cumplido con la secuencia temporal del código rojo”*

Ese aspecto lo confirmó al responder la pregunta No. 44 cuando dijo: *“En atonía uterina, Las técnicas quirúrgicas como el B-Lynch o el taponamiento uterino se utilizan para detener el sangrado de forma inmediata y facilitar una pronta decisión con respecto a la necesidad de la histerectomía.”*

Lo dicho por el especialista, fue ratificado por la perito Yolanda quien en el Min. 34:05 dijo: *“En 35 minutos hubieran podido pasarla a una sala de cirugía y hacer una histerectomía de emergencia. La única manera de detener el sangrado porque ya los masajes uterino y lo que se le había hecho, era solo hacer una ligadura de las dos arterias uterinas”* Más adelante en el Min. 35:078 señaló: *“Ligadas las dos arterias uterinas, ya se estabiliza a la paciente con sus líquidos, con su sangre, con todo lo que necesite y se seguiría con la histerectomía de urgencias”*

El Dr. **Guillermo Dimas**, testigo técnico en la causa, también manifestó que la histerectomía podía evitar de manera más pronta la paralización de la hemorragia. En el Min. 2:04:58 dijo: *“Ya le dije que la hemorragia tiene un foco y es el útero, si yo tengo la estabilidad y realizar una histerectomía de icto facto, pues ya no hay hemorragia”*

Ahora bien, frente al tema de si era o no previsible la hemorragia, aquí también se demostró que sí.

El Dr. **Dimas** en el Min. 2:13:23 indicó: *“La atonía uterina puede producir como efecto secundario un shock hipovolémico”*. Y en el Min. 2:18:08 dijo *“La atonía uterina se presenta más que todo en partos vaginales”*

En esa misma línea, el Dr. **Linero** al responder la pregunta No. 60 señaló: *“Según lo descrito en la historia clínica la paciente presentó hemorragia post parto secundario a atonía uterina que la llevo a shock hipovolémico”*

A sabiendas entonces que la atonía uterina se presenta por la no contracción del útero, causando una hemorragia o shock hipovolémico quien a la vez se presenta debido a que los vasos sanguíneos del útero no contraído permanecen abiertos, quiere ello decir que sí se hubiese podido prever el sangrado profuso que presentó YASMINE POLO (QEPD), máxime, que una vez nació el óbito fetal y hasta antes de la activación del código rojo, la paciente estaba presentado un sangrado escaso.

Ahora, respecto de si es o no necesario emplear una reanimación antes de iniciar un procedimiento quirúrgico para detener la hemorragia, el Dr. **LiNERO** señaló al responder la Pregunta No. 65 consistente en ¿Manifieste al despacho si es cierto o no que, ante una pérdida masiva de sangre en un estado de shock hipovolémico, lo indicado por la literatura médica es la estabilización hemodinámica del paciente ante de intervenirlo quirúrgicamente? A lo que él respondió: *“Inicialmente, ante un shock hipovolémico, se debe activar el código rojo. Esta es una estrategia avaladas por el ministerio de salud para salvar vidas, Se inicia con un equipo previamente sensibilizado y capacitado, Y se inicia con la secuencia temporal del código rojo, donde se realiza la reanimación y diagnóstico, seguido de una estabilización y manejo avanzado de ser necesario. Las técnicas quirúrgicas como el taponamiento uterino pueden detener el sangrado de forma inmediata y facilitar una pronta decisión con respecto a la necesidad de la histerectomía”*

Esto permite colegir que, si era posible descartar el tratamiento manual para proceder con el manejo quirúrgico, el cual, resultaba mucho más efectivo para detener la hemorragia y así evitar la muerte de YASMINE POLO (QEPD).

Por todo lo anteriormente indicado, solicito al honorable Despacho se sirva revocar la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Único Civil del Circuito de Fundación (Magdalena), el día 21 de febrero del 2020 y, en consecuencia, se acceda a cada una de las pretensiones plasmadas en la demanda y su reforma.

Atentamente,



---

**CESAR ALEJANDRO PEREZ NARVAEZ**

**C.C No. 1.082.974.465 de Santa Marta**

**T.P N° 287.580 del C.S de la J.**