

Bogotá D.C, 18 de noviembre de 2021

Señor

JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C

E.

S.

D.

REF. Proceso declarativo de responsabilidad civil contractual y extracontractual

RADICADO N°: 11001310300920210030100

DEMANDANTE: Laura Daniela Garavito Quiroga y otros

DEMANDADOS: EPS Famisanar, Caja de Compensación Familiar Cafam IPS y Diana Constanza Contreras Hernández

ASUNTO: Contestación de la demanda

RODRIGO MARTÍNEZ GÓMEZ, mayor de edad, domiciliado en Bogotá, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía No. **79.791.554** de Bogotá, y Tarjeta Profesional No. 123.276 del CSJ, obrando en mi calidad de **APODERADO ESPECIAL** de la **IPS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM**, identificada con NIT **860.013.570-3**, parte demandada dentro del proceso de la referencia; según consta en poder especial debidamente otorgado, dentro del término de traslado, por medio del presente escrito, me permito presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**, de acuerdo con los fundamentos de hecho y de derecho que se exponen a continuación.

FRENTE A LAS PRETENSIONES:

Desde ya, manifiesto que mi representada se opone a la prosperidad de la totalidad de las pretensiones declarativas y de condena formuladas por los demandantes, por carecer de sustento fáctico y jurídico de conformidad con las excepciones de mérito que más adelante se formularán.

FRENTE A LOS HECHOS:

1- **ES CIERTO** según consta en la certificación anexada al proceso y expedida por FAMISANAR EPS; al igual que la información consignada en la historia clínica de la paciente.

2- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente, quien refiere dicho resultado de una prueba de embarazo casera que se realizó en esta fecha.

3- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente. Se determina recetar estos medicamentos luego de haberse practicado los exámenes pertinentes para el diagnóstico inicial; encontrando examen genital normal y se da de alta otorgando las recomendaciones para control prenatal y pautas de alarma para el primer trimestre de embarazo.



4- **ES PARCIALMENTE CIERTO.** El enunciado contiene varios supuestos fácticos, por lo que resulta pertinente pronunciarse sobre cada uno por separado.

4.1 **ES CIERTO** que la paciente asistió por encontrarse en un estado de gravidez, según la historia clínica de la señorita GARAVITO QUIROGA, el motivo real por el cual asistió a consulta para la fecha señalada es porque manifiesta encontrarse embarazada y asiste para supervisión de embarazo y asesoría sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).¹

4.2 **ES CIERTO** lo relacionado con allegar una prueba de embarazo particular.

5- **ES PARCIALMENTE CIERTO.** El enunciado contiene varios supuestos fácticos, por lo que resulta pertinente pronunciarse sobre cada uno por separado.

5.1. **ES CIERTO** que el riesgo psicosocial en los controles que se realizaron se estableció como “bajo”.

5.2 En relación con el riesgo ginecológico **NO ES CIERTO** que haya sido bajo en todos los controles y ello queda en evidencia en lo consignado en la historia clínica; desde los controles 5, 6 y 7 en donde se consideró como “**embarazo de alto riesgo**”.

6- **ES CIERTO**; no obstante, es importante resaltar como adicional a los controles prenatales realizados, se programaron una serie de sesiones del curso de preparación de maternidad y paternidad, consultas que tenían como finalidad la detección de alteraciones en el embarazo y las cuales a paciente no asistió.

7- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

8- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

9- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

10- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente².

11- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

¹ Tal como se encuentra consignada en la nota clínica realizada por la profesional JENNY MALLERLY CLAVIJO ENCISO: “Trae prueba de embarazo particular del 2016-02-09 resultado positivo FUR 2015-12-02 con 12.5 semanas, vive con padre, abuela paterna, tíos paternos, prima paterna, mascotas: 3 perros, 2 cacatuas. Ocupación: Estudiante de apoyo administrativo en salud técnico, Barrio: Tibabuyes Universal. Usuaría refiere náuseas, vómito, sueño, fastidio a la comida, dolor de pelvis irradiado a cintura leve, dolor en los senos, niega fiebre, niega dolor de cabeza, no pitos en oídos, no ve luces, niega dolor en boca del estómago, niega dificultad al respirar, niega sangrado vaginal, flujo vaginal normal, al orinar no arde, no dolor, última citología hace año y medio, en el embarazo se toma a criterio médico.”

² Según lo consignado en el control la ecografía correspondió a la “**ECOGRAFÍA DE SEGUNDO TRIMESTRE (30/03/2016 EG:18 SEM)**”.



12- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

13- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

14- **NO ME CONSTA.** A mi representada nada le consta en relación con lo narrado en este hecho al haber sido anterior al ingreso en las instalaciones del CAS CAFAM CALLE 51, me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

15- **NO ME CONSTA.** Según lo consignado en la historia clínica de la paciente la hora de ingreso a las instalaciones del CAS CAFAM CALLE 51 corresponde a las 8:46 pm. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

16- **NO ME CONSTA.** Nada le consta a mi representada en relación con la manifestación de espera realizada por la enfermera a la señorita GARAVITO QUIROGA debido a que no se encuentra registro alguno de la misma en la historia clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

17- **ES PARCIALMENTE CIERTO.** El enunciado contiene varios supuestos fácticos, por lo que resulta pertinente pronunciarse sobre cada uno por separado.

17.1 **NO ME CONSTA.** A mi representada nada le consta lo manifestado en relación con la urgencia e insistencia de LAURA DANIELA GARAVITO QUIROGA y su acompañante MARILYN BOCANEGRA LASSO, me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

17.2 **ES CIERTO** lo relacionado con el tacto realizado a la paciente en donde se detectó que presentaba líquido amniótico meconial razón por la cual es valorada por el ginecólogo de turno.

18- **NO ES UN HECHO** lo manifestado por el apoderado demandante en este acápite no corresponde a un hecho fáctico sino a una apreciación subjetiva del mismo en relación con la atención brindada por el personal médico y asistencial del CAS CAFAM CALLE 51.

19- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

20- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

21- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

22- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

23- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

24- **NO ME CONSTA,** a mi poderdante nada le consta en relación con la manifestación realizada por la paciente en razón a que no se encuentra registro de esta en la historia clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.



25- **NO ME CONSTA**, a mi poderdante nada le consta en relación con la manifestación realizada por la paciente en razón a que no se encuentra registro de esta en la historia clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

26- **NO ME CONSTA**, a mi poderdante nada le consta en relación con la manifestación realizada por la paciente en razón a que no se encuentra registro de esta en la historia clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

27- **NO ME CONSTA**, a mi poderdante nada le consta en relación con la manifestación realizada por la paciente en razón a que no se encuentra registro de la misma en la historia clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

28- **NO ME CONSTA**, a mi poderdante nada le consta en relación con la manifestación realizada por la paciente en razón a que no se encuentra registro de esta en la historia clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

29- **NO ME CONSTA**, a mi poderdante nada le consta en relación con la manifestación realizada por la paciente en razón a que no se encuentra registro de la misma en la historia clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

30- **NO ME CONSTA**, a mi poderdante nada le consta en relación con la manifestación realizada por la paciente en razón a que no se encuentra registro de esta en la historia clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

31- **NO ES UN HECHO** lo manifestado por el apoderado de la parte demandante no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva en relación con lo que considera de una supuesta demora en la atención de la paciente.

32- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

33- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

34- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

35- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

36- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

37- **NO ES UN HECHO** lo manifestado por el apoderado de la parte demandante no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva en relación con lo que considera falla en las instalaciones sin allegar ningún supuesto probatorio que lo respalde.

38- ES CIERTO según lo consignado en relación con lo registrado tanto en la historia clínica de la madre y del menor, donde se procede a realizar lactancia a libre demanda.



39- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

40- **ES CIERTO** frente a este a manera de petición se toma lo consignado en la historia clínica del menor JUAN MARTIN QUIROGA en relación con haber manifestado que el recién nacido no se habría alimentado bien, razón por la cual, procede el personal médico a suplir dicha falta con alimento suplementario y proceder a iniciar los exámenes y el tratamiento pertinente para la condición del menor.

41- **NO ME CONSTA**, a mi poderdante nada le consta en relación con la manifestación realizada por la paciente. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

42- **NO ME CONSTA**, a mi poderdante nada le consta en relación con la manifestación realizada por la paciente. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

43- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte demandante no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva en relación con lo que considera como una falla en la atención en lo que se otorgó al recién nacido sin fundamento probatorio alguno.

44- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

45- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

46- **ES PARCIALMENTE CIERTO**, si bien en la nota retrospectiva mencionada en el hecho anterior se consignó "LACTANCIA MATERNA SIN COMPLICACIONES"; lo cierto es que en la historia clínica del menor JUAN MARTIN GARAVITO si se dejó consignada tal manifestación; razón por la cual se procede a realizar los exámenes pertinentes al menor y proceder con el tratamiento clínico para su condición.

A tenor literal queda registrado en las notas de enfermería:

3-Aug 24 2016 2:31AM

Autor: CLI RODRIGUEZ RODRIGUEZ ANDREA DEL PILAR

*Subjetivo: **la mama refiere que el bebe no ha comido bien***

Objetivo: bebe activo reactivo rosado con buen patrón respiratorio buen tono muscular tiene buen agarre pero no es constante con la succión muñón umbilical limpio y seco manilla nº 70621

Análisis: dx producto de cesárea por orden verbal de la dra agudelo se inicia refuerzo con forma complementaria se traslada a pios en compañía de la mama

Plan: tomar glucometría a las 02+42 y 04+42 laboratorios 7 am traslado énfasis propio).

47- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

48- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.

49- **ES CIERTO** según lo consignado en la historia clínica de la paciente.



50- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte actora en relación con no haber realizado un “análisis de probabilidad de un estado de sufrimiento fetal”, manifestación que eleva sin supuesto probatorio ni técnico en referencia de este.

51- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte actora en relación con la información que contiene la historia clínica; si bien, son ciertos los datos de ingreso y retiro del menor, no es menos cierto que no es la única información que reposa del estado del mismo.

52- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica del recién nacido.

53- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica del recién nacido.

54- **NO ME CONSTA**. A mi poderdante nada le consta de los reiterados avisos que la madre manifestó al personal de enfermería pues nada se encuentre consignado en la historia clínica; lo que si se encuentra es que en efecto la madre manifiesta que el niño no se había alimentado bien, razón por la cual como ya se reiteró en acápite anteriores, se procede a suministrar alimento suplementario y a atención médica que requería para la condición que presentaba.

55- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte demandante no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva en relación con lo que considera como una falla en la atención en lo que se otorgó al recién nacido sin fundamento probatorio alguno. Tal como se mencionó en acápite anteriores.

56- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte demandante no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva en relación con lo que considera como una falla en la atención y los tratamientos que requería el recién nacido sin fundamento probatorio alguno.

57- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte demandante no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva en relación con lo que considera como una falla en la atención y los tratamientos que requería el recién nacido sin fundamento probatorio alguno.

58- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica del recién nacido pues solo en ese momento el menor de edad comienza a presentar síntomas por los cuales se procede a brindar todos los exámenes pertinentes para diagnosticar las complicaciones que padecía y proceder inmediatamente con el tratamiento.

59- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica del recién nacido.

60- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica del recién nacido.

61- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica del menor.



62- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica del menor.

63- ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica del menor.

64-ES CIERTO según lo consignado en la historia clínica del menor.

65- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte demandante en la relación de causalidad que crea entre la atención el día del parto como del tratamiento y atención que se le otorgó al recién nacido con el retraso psicomotor moderado-severo que sufre el menor no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva que carece de fundamento fáctico y probatorio.

66- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte demandante en relación con el desarrollo mental y físico del menor JUAN MARTÍN GARAVITO ni el que pueda llegar a tener en un futuro, no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva que carece de fundamento fáctico y probatorio.

67- **NO ME CONSTA**. A mi poderdante nada le consta en relación con la dependencia del menor hacia la madre para poder cubrir sus necesidades básicas. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

68- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte demandante no constituye un hecho en relación con la educación especial que va a necesitar el menor JUAN MARTÍN GARAVITO y la incapacidad económica de los padres para costearla. Esto constituye una apreciación subjetiva de unas supuestas situaciones futuras que carecen de supuesto fáctico y probatorio.

69- **NO ES UN HECHO**. Lo manifestado por el apoderado de la parte demandante no constituye un hecho en relación con la imposibilidad absoluta que tendrá JUAN MARTÍN GARAVITO de conseguir un empleo y obtener una remuneración para su sostenimiento. La misma constituye apreciación subjetiva de una supuesta situación futura que carece de supuesto fáctico y probatorio.

70- **NO ME CONSTA**. A mi poderdante nada le consta la situación de dolor y aflicción que presenta la madre del menor y su núcleo familiar además de la carga que según manifiesta implica atender a una persona en las condiciones médicas del menor GARAVITO QUIROGA. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

71- **NO ME CONSTA**. A mi poderdante nada le consta cómo se encuentra conformado el núcleo familiar del menor GARAVITO QUIROGA. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

72- **NO ME CONSTA**. A mi representado nada le consta en relación con el lugar de residencia de la señora JENNY PATRICIA QUIROGA RODRÍGUEZ (abuela materna). Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.



73- **NO ME CONSTA.** A mi poderdante nada le consta respecto de la relación de cercanía y familiaridad de la señora JENNY PATRICIA QUIROGA RODRÍGUEZ y el menor GARAVITO QUIROGA. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

74- **NO ME CONSTA.** A mi poderdante nada le consta respecto a la relación del señor HÉCTOR ENRIQUE GARAVITO GARAVITO con el menor GARAVITO QUIROGA. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

75- **NO ME CONSTA.** A mi poderdante nada le consta en relación con la información de ubicación o reconocimiento del padre biológico del menor GARAVITO QUIROGA. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso. Con todo, sí debe advertirse al despacho que a diferencia de lo afirmado en este hecho, la demandante informó y quedó consignado en su historia clínica sobre el hecho de haber sido un embarazo planeado y contar con el apoyo de su familia y pareja.

76- **NO ES UN HECHO.** Lo manifestado por el apoderado de la parte demandante no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva que ya ha sido elevada en acápites anteriores en relación con la atención suministrada por el personal médico del Cas Cafam Calle 51, sin contar con supuestos fácticos y probatorios.

77- **NO ES UN HECHO.** Lo manifestado por el apoderado de la parte actora no corresponde a un hecho sino una apreciación subjetiva de cómo deberían indemnizar los supuestos daños alegados bajo criterios establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

EXCEPCIONES DE MÉRITO

1.- INEPTA DEMANDA POR PROPOSICIÓN JURÍDICA INCOMPLETA:

Como puede observarse de la demanda, en el aparte de su fundamento jurídico, se limita a la cita de una serie de normas sustanciales y a la transcripción literal de jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, del Consejo de Estado en materia de indemnización de daños, y elementos para la configuración de la responsabilidad civil, sin que se precise de forma clara la forma en que para el caso concreto se configuran los elementos de responsabilidad civil en cabeza de cada uno de los demandados. Adicionalmente, se cita una serie de normatividad relacionada con los deberes de prestación de servicios en salud por parte de las Entidades prestadoras del mismo y la citación de dos enlaces que contienen doctrina en relación con lineamientos técnicos y operativos para la atención y Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio, sin que se establezca la pertinencia y relación que presentan dichos documentos para el caso en particular.

Ahora bien, la argumentación esgrimida resulta insuficiente, en la medida en que se limita al relato de una serie de hechos, algunos ciertos, otros no, y a consideraciones subjetivas del apoderado de los demandantes sin que la parte actora individualizara correctamente los elementos configuradores de responsabilidad civil extracontractual en el caso concreto de mi



poderdante, lo que impide determinar de forma precisa la concurrencia de estos y de culpa en cabeza de la IPS CAFAM, factor determinante de responsabilidad médica por el procedimiento médico realizado el 23 de agosto de 2016 en la Clínica Cafam Calle 51, supuestos generadores de daños a términos de la demanda.

2. AUSENCIA DE CULPA COMO ELEMENTO INDIVIDUAL PARA LA CONFIGURACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL:

La presente excepción se sustenta en el cumplimiento oportuno y diligente por parte de los profesionales de la IPS Cafam que atendieron a la señorita GARAVITO QUIROGA y a su hijo recién nacido en los procedimientos que se le realizaron (trabajo de parto, cesárea y cuidados post-parto), bajo los lineamientos consignados en las guías establecidas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud; así como de aquellos procedimientos que, de acuerdo con la literatura científica especializada, son reconocidos como los más apropiados para el manejo de los procedimientos que se requieren para tratar embarazos que presenten complicaciones.

En este sentido, es preciso recordar que la culpa ha sido definida como un defecto, desviación o extravío de la conducta, apartarse de una regla, baremo o patrón, *“es la violación de un deber preexistente, es decir, la omisión de la diligencia exigible para prevenir o evitar el daño”*. En materia médica, por lo general, es considerada como la responsabilidad que se funda sobre la falta, es decir, se precisa la demostración de esa falta como factor de atribución para que haya responsabilidad.

La jurisprudencia colombiana de la Corte Suprema de Justicia ha determinado que la responsabilidad por la prestación del servicio de salud es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la culpa, para la responsabilidad civil, el título de imputación principal bajo el cual es posible configurar la responsabilidad por la actividad médica. En conclusión, el deber médico es actuar con la diligencia propia de su especialidad y obrar conforme a las reglas y métodos propios de su profesión, y de la *lex artis*.

Pues bien, partiendo de este punto, para entrar a desvirtuar las manifestaciones contenidas en la demanda sobre una supuesta atención tardía y apartada de la *lex artis* de los médicos tratantes en los procedimiento adelantados a la paciente LAURA DANIELA GARAVITO QUIROGA quien ingresó el día 23 de agosto de 2016 para trabajo de parto y su hijo recién nacido JUAN MARTÍN GARAVITO QUIROGA; y, en consecuencia, hecho generador del retraso psicomotor que sufre el menor GARAVITO QUIROGA diagnosticado 9 meses después, resulta primordial remitirnos a las disposiciones técnico-científicas sobre la materia.

Pues bien, para el sub iudice, nos remitiremos a las consagradas en el LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL, la Guía de práctica clínica del recién nacido con trastorno respiratorio y las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio expedidas por el Ministerio de Salud y Protección social que establece los protocolos de atención y manejo para la atención de trabajo de parto y las posibles complicaciones que pueden presentar tanto la madre como el recién nacido.



Sobre el particular, y en contraposición con lo expresado por el apoderado de los actores, la paciente presentó un embarazo normal hasta el quinto control en donde se clasificó como embarazo de alto riesgo, bajo las condiciones que, según refiere la historia clínica fueron explicadas a la madre; ahora bien, el día 23 de agosto de 2016 al ingresar la paciente al CAS CAFAM CALLE 51 luego de realizar los procedimientos requeridos en la revisión se encuentra que la paciente presenta ruptura prematura de membranas (RPM) la cual “se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene con salida de líquido amniótico de más de una hora, previo al inicio del trabajo de parto. La ruptura de las membranas amnióticas ocurre en 10% de las gestaciones y es responsable del 25% al 30% de los nacimientos pretérmino” (situación que dígase desde ya, resulta aplicable al caso en particular pues el menor JUAN MARTÍN se consideró nacido prematuro, lo que ocasionó su ingreso a “plan canguro” durante los meses siguientes a su nacimiento), complicación que exigió un mayor nivel de control y/o cuidado a los médicos tratantes tal como ocurrió en este caso.

Ahora bien, en relación con lo manifestado por el apoderado de la parte demandante frente a la supuesta negligencia que hubo por parte del personal médico del CAS CAFAM CALLE 51 en la atención de la señorita GARAVITO QUIROGA el día 23 de agosto de 2016 por la supuesta “demora” y largo periodo de espera en la atención, en primer lugar, ha de dejarse en claro que nos encontramos frente a un periodo de tiempo aproximado menor a cuatro (4) horas desde el ingreso a la clínica 8:46 pm según historia clínica hasta el nacimiento del menor JUAN MARTÍN QUIROGA 10:42 pm. Si bien en el manejo clínico que se encuentra consignado en el LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL expedido por el gobierno nacional se establece en primer lugar que no se encuentra definido un periodo de tiempo pues “...la duración es variable y va desde la admisión de la gestante hasta la atención del alumbramiento...”, adicionalmente a esto en el caso en particular como ya se mencionó se hace pertinente evaluar el diagnóstico de ingreso de la paciente el cual correspondió a “RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS” el cual para la literatura médica define un rango de atención:

La gestante con RPM requiere de un adecuado manejo y para ello es necesario tener en cuenta el periodo de latencia, entendido como el intervalo entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Existe desacuerdo en la literatura actual sobre la duración de dicho periodo. Actualmente, se considera que se encuentra en un rango de una a 24 horas (Énfasis propio).³

En la historia clínica de la paciente se encuentra consignado “PACIENTE CONSULTA POR UNA HORA DE SALIDA DE LÍQUIDO ABUNDANTE POR VAGINAL COLOR VERDE, MVTOS FETALES LEVEMENTE DISMINUIDOS, NO SANGRADO, NO FIEBRE, NO SX URINARIOS, NO DISNEA” por lo que puede concluirse que el tiempo transcurrido entre la ruptura de membranas y el inicio de trabajo de parto se encuentra dentro del rango de 24 horas

³ Ministerio de Salud y protección social Colombia. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013. Pag. 326.



correspondiendo aproximadamente a 4 horas lo que resultaría una atención diligente y en un periodo de tiempo razonable.

En ese orden de ideas y haciendo un análisis de los protocolos establecidos en el mismo lineamiento, LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL y la guía anteriormente citada, se encuentran consignadas las etapas de atención que deben realizar las instituciones prestadoras de salud en la atención de las pacientes en trabajo materno perinatal, las cuales comprenden:

Atenciones incluidas

- i) Admisión de la gestante en trabajo de parto:**
- ii) Atención del primer periodo del parto**
- iii) Atención del expulsivo**
- iv) Atención del alumbramiento**

Etapas que valga decir desde ya tal como se encuentra consignado en la historia clínica de la paciente se cumplieron. Por lo cual, tomaremos como referencia la secuencia de atención del lineamiento, LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL, Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, con el fin de demostrar cómo los tiempos de atención, así como los procedimientos médicos aplicados, se ajustaron a los descritos en ésta, a través de un cuadro comparativo entre los procedimientos dispuestos en la guía con los ejecutados por los profesionales de la IPS Cafam para facilitar su comprensión:

ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO	
LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL	PROCEDIMIENTO IPS CAFAM CALLE 51
<p>En todo caso se deberá realizar una historia clínica completa que incluya como mínimo: Anamnesis, Identificación, motivo de consulta, fecha probable del parto, inicio de las contracciones, percepción de movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, <u>ruptura de membranas y sangrado</u>.</p> <p>Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia (cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, epigastralgia, vómitos en el III trimestre). Antecedentes patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos, farmacológicos y familiares.</p>	<p>Toda esta información se encuentra consignada en la historia clínica de la paciente desde los primeros controles a los cuales acudió la paciente. Adicionalmente se evidencia para la fecha de ingreso a las 8:44 la indagación de síntomas y la valoración general de la paciente.</p> <p>NOTA INGRESO PROBLEMA: SALIDA DE LIQUIDO VAGINAL DIAGNOSTICO INGRESO: O429 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION ESTADO: Estable CONDICION: Con acompañante SUBJETIVO: 20+30 NOTA SE BORRA INEXPLICABLEMENTE DEL SISTEMA PACIETNE</p>



<p>Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas.</p> <p>Examen físico Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación, estado de conciencia. Valoración del estado nutricional. Toma de signos vitales.</p> <p>Examen completo por sistemas, incluida la valoración neurológica. Valoración del estado mental, Valoración ginecológica. Valoración obstétrica que incluya la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto, fetocardia, altura uterina, tamaño del feto, número de fetos. Valoración de genitales externos, estado de las membranas y pelvimetría clínica.</p>	<p>COSNUTLA RPO U NAHORA DE SALIDA DE LIQUIDO ABUNDANTE POR VAGINAL COOLR VERDE, MVTOS FETALES LEVEMENTE DISMINUIDOS, NO SANGRADO, NO FIEBRE, NO SX URINARIOS, NO DISNEA PAT NEIGA QX NIEGAS TOX NIEGA AL NIEGA TRANSF NIEGA FAM HAT Y DMABUELA Y MADRE. G1P0 FUR 2/12/15 PARA 37 SEM 4 DIAS ECO DE 30/3/16 EMB 18 SEM PARA 38 SEM ECO DE 27/9/16 EMB DE 34 SEM PARA 38 SEM 2/7/16 HB 13 TOXO IGM NR CUTLIVO RECTOVAGINAL NEGATIVO 2/5/16 VDRL NR HB 12 PTOG 76-60-75 YSH 1.2 URC CONTAMINADO FFV NORMAL O+ 5/4/16 VIH NR NHBV NR GLIC 70 IVU Y VAGNOSI TRATADA EN MARZO OBJETIVO: TA 130/80 FR 18 T36 FC 90 T 153 P 66 BUEN ESTADO GENERAL ALERTA CP NORMOVENTILADA RS SC NORMALES UTERO GRAVIDO AU 32 CM FCF 145 ACT 1 TV CUELLO POSTEIROR D 1 CM B 80% M ROTAS LA MECONIO GRADO 3 V-2 EXTR NORMALES NEURO SIN DEFICIT (Sic)</p>
--	---

ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO Y EXPULSIÓN

<p>LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL</p>	<p>PROCEDIMIENTO IPS CAFAM CALLE 51</p>
--	--

<p>Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como la vigilancia estrecha de la fetocardia. Inicialmente, es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico. Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si éstas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.</p> <p>El periodo expulsivo es aquel que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases: -</p> <p>Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de</p>	<p>Situación que aconteció en el caso en particular razón por la cual se decide examinar a la paciente por el ginecólogo de turno el cual al considerar estado fetal insatisfactorio y poca probabilidad de inicio de trabajo de parto pronto procede a ordenar la intervención quirúrgica para parto por cesárea.</p> <p>ANÁLISIS: G1P0 EMB DE 38 SEM RPM ESTADO FETAL INSATISFACTORIO PRIMIGESTANTE CON EMB A TERMINO ROM DE 1 HORA QUIEN ESTA INCIANDO TRABAJO DE PARTO, LA MECONIADO GRADO 3, POR SOSPECHA DE ESTADO FETAL INSATISFACTORIO Y POCA POSIBILIDAD DE PARTO EN PROXIMAS HORAS SE DEFINE</p> <p>PLAN: PASAR A CESAREA, PACIENTE COMPRENDE Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, SS VDRL, VIH Autor: Aug.</p> <p>Respecto al periodo de expulsión en este caso por las complicaciones que se presentaron se decidió procedimiento quirúrgico de cesárea el cual según la historia</p>
---	---



contracciones involuntarias de expulsivo. -

Periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

clínica de la paciente se presentó sin complicación alguna. Procedimiento adelantado por la profesional DIANA CONTRERAS HERNÁNDEZ.

NOTAS DE CIRUGIA

1 Aug 23 2016 11:25PM

Información General:

CIRUGIA PROGRAMADA:

CESAREA SEGMENTARIA

TRANSPERITONEAL SOD

74010000 FECHA CIRUGIA: Aug

23 2016

12:00AMESPECIALIDAD:

MATERNIDAD MGMEDICO

CIRUJANO

: CLI CONTRERAS HERNANDEZ

DIANA CONSTANZAMEDICO

ANESTESIOLOGO: KEN ROSERO ALVAREZ

FABIO

RICARDOMEDICO AYUDANTE: ANESTESIA:

Regional

Descripcion: hora del parto 22+42

numero de certificado de recién nacido vivo

137004385 procedimiento

paciente en decubito supino previa asepsia y

antisepsia, colocacion de sonda vesical y campos

quirurgicos esteriles, se realiza incision

pfannenstiel, diseccion por planos hasta cavidad,

histerotomia arciforme, extraccion de recién

nacido vivo, en cefalico con hallazgos descritos,

pinzamiento habitual y corte del cordon

umbilical, toma de muestras, limpieza de cavidad

uterina, histerorrafia en dos planos, primero

invaginante, segundo continuo, limpieza de

goteras y de visualizacion de anexos, revision de

hemostasia en hoisterorrafia la cual es adecuada,

revision de hemostasia en pared posterior de

lafascia, cierre de fascia tejido celular

subcutaneo y piel

procedimiento sin complicaciones

sangrado estimado 400 cc

Hallazgos: recién nacido vivo seco masculino

aspecto sano, peso: 2350 g, talla: 48 cms, apgar:

7/8/9, liquido amniotico con meconio espeso,

membranas ovulares te±idas de meconio,

placenta completa, sin areas de desprendimiento,

anexos de aspecto sano

Complicaciones: no

Cirugias realizadas:

CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL

SOD 74010000 (SIC)

ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO Y PUERPERIO

**LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO
DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN
SALUD MATERNO PERINATAL**

PROCEDIMIENTO IPS CAFAM CALLE 51



Puerperio inmediato: Este período comprende las dos primeras horas post parto. Durante éste, se producen la mayoría de las hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Signos vitales maternos. Globo de seguridad. Sangrado genital. Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas. Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente.

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

Puerperio mediato: Esta etapa comprende desde las primeras dos hasta las 48 horas post parto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
 - Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
 - Deambulación temprana.
 - Alimentación adecuada a la madre

En la historia clínica de la paciente se encuentra consignada la evolución durante este periodo realizando todas las verificaciones correspondientes al estado físico de la paciente, sin presentar ninguna complicación post- parto hasta cuando se ordenó dar de alta. Cumpliendo con los tiempos establecidos en el lineamiento tal como se registra la primera nota evolutiva a la 1:45 am aproximadamente 2 horas luego de salir de la cirugía a las 11:40 pm.

1 Aug 24 2016 1:45AM

SUBJETIVO paciente en pop de cesarea por rpm e induccion fallida, en el momento en lactancia materna, modulacion del dolro, orina clara, se retira sonda.

OBJETIVO ta. 108/76 fc 78 fr 18 mucosa huemda, cuello movil sin masas, ruidos cardiopulmonares isn agregados, abdomen blando utero tonico no irritacio nperitoneal , herida cubierta. ext si nedemas, adecuada movilidad, glasgow 15/15

ANALISIS paciente quien presenta adecuada evolucion postoepratoria, hemodinamicamente estable, si nsangrado activo, en quein se considera traslado a piso, continuar vigilancia y manejo por ginecoobstetricia continuar control de tono y sangrado uterino.

PLAN traslado a piso

Autor: CLI MORALES BOHORQUEZ JUAN CARLOS-MEDICO GENERAL

2 Aug 24 2016 9:45AM

SUBJETIVO

OBJETIVO NOTA RETROSPECTIVA DE LAS 7+30 AM PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNOSTICO

1. POP DE CESAREA (23/08/2016 22+42)
2. RECIEN NACIDO VIVO EN UNIDAD
3. G1C1V1

S/ LACTANCIA MATERNA SIN COMPLICACIONES, SANGRADO GENITAL USUAL. NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO. DIURESIS POSITIVA DEPOSICION POSITIVA EN EL MOMENTO ASINTOMATICA TOLERA VIA ORAL Y DEAMBULACION

ANALISIS TA 119/78 FC 81 FR 17 T 36.3 ALERTA, HIDRATADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, MAMAS NO CONGESTIVAS SECRETANTES CARDIPOPULMONAR SIN ALTERACIONES ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE UTERO TONICO A NIVEL UMBILICAL.

HERIDAQUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE INFECCION NI SECRECION PURULENTA GU/ LOQUIOS HEMATICOS EN CANTIDAD USUAL EXTREMIDADES SIN



	<p>EDEMAS NO DEFIIIT NEUROLOGICO</p> <p><u>PLAN</u> PACIENTE DE 20 AÑOS, G1C1V1, EN SUS 9 HORAS DE POP DE CESAREA PRO SOSPECHADE ESTADO FETAL INSATISFACTORIA ,PACIENTE EN SU PUERPERIO ACEPTA Y TOLERA VIA ORAL, CON DEAMBULACION PRESENTE SIN PRESENTAR MAREO NI LIPOTIMIA. NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, UTERO DE BUEN TONO Y SANGRADO GENITAL ESCASO, EVOLUCION SATISFACTORIA, VIGILANCIA</p> <p>DIETA NORAML</p> <p>ACETAMINOFEN 1 GR CADA 8 HORAS</p> <p>DICLOFENACO 75 MG CADA 12 HORAS IM</p> <p>DEAMBULACION INCENTIVAR LACTANCIA MATERNA CSVAC CLI RIDRIGUEZ FLOREZ ANGELICA MARIA-MATERNIDAD MG</p> <p>3 Aug 24 2016 5:14PM</p> <p><u>SUBJETIVO</u> <u>OBJETIVO</u> EVOLUCION 4TO PISO MATERNIDAD. PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNOSTICOS: 1. G1C1V1</p> <p>2. POP CESAREA POR RUPTURA PROLONGADA DE MEMBRANAS E INDUCCION FALLIDA.</p> <p>3. PUERPERIO INMEDIATO (23/08/2016 22+42 HORAS)</p> <p>4. RECIEN NACIDO MASCULINO PESO 2350GR EN UNIDAD PEDIATRICA</p> <p>HEMOCLASIFICACION MATERNA:O POSITIVO HEMOCLASIFICACION RN: O POSITIVO SEROLOGIA: NO REACTIVA</p> <p>S/ PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERANDO VIA ORAL, DIURESIS POSITIVA, DEPOSICION NEGATIVA, SANGRADO ESCASO, NIEGA PICOS FEBRILES, DOLOR LEVE EN REGION HIPOGASTRICA Y DE LA HERIDA QUIRURGICA, HA DEAMBULADO. NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO(CEFALEA, FOSFENOS, TINITUS O EPIGASTRALGIA). O/ SV: T/A: 110/60 MMHG FR: 19 X MINUTO FC: 86 X MINUTO Tj: 36. BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADA, AFEBRIL. C/C: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, CUELLO SIN ADENOPATIAS, C/P:SENOS CON ADECUADA SECRECION LACTEA, NO ZONAS DE CONGESTION, RUIDOS</p>
--	---



	<p>CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS , ABDOMEN: UTERO TONICO INFRAUMBILICAL , HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SIN SIGNOS DE INFECCION O SANGRADO, NO HEMATOMAS, SUTURA ADECUADA. GU: LOQUIOS ESCASOS NO FETIDOS. EXTRE: LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG, EDEMA GRADO I EN MMIIS , NEU: NO SIGNOS DE FOCALIZACION.</p> <p><u>ANALISIS</u> REPORTE DE PARACLINICOS. 23/08/2016: VDRL:NO REACTIVO, VIH: NO REACTIVO. A/PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD, G1C1V1, PUERPERIO INMEDIATO (23/08/2016 22+42 HORAS) POP CESAREA POR RUPTURA PROLONGADA DE MEMBRANAS E INDUCCION FALLIDA.A LAS 38 SEMANAS DE GESTACION, RECIEN NACIDO VIVO CON BAJO PESO PARA EDAD GESTACIONAL HOSPITALIZADO EN UNIDAD PEDIATRICA, BAJO RIESGO BIOPSIOSOCIAL, ADECUADOS</p> <p>CONTROLES PRENATALES, NO INCOMPATIBILIDAD RH MATERNO-NEONATO, PACIENTE TOLERANDO LA VIA ORAL, DIURESIS POSITIVA, LEVE DOLOR, SIN SIGNOS DE SIRS O INESTABILIDAD HEMODINAMICA, ADECUADA INVOLUCION UTERINA, HA DEAMBULADO, SE CONSIDERA EVOLUCION SATISFACTORIA PUERPERAL SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA.</p> <p><u>PLAN</u> DIETA NORMAL LACTATO DE RINGER 80CC HORA DIPIRONA 2,5GR IV CADA 6 HORAS DICLOFENACO 75MG IM CADA 12 HORAS ENOXAPARINA 40MG SC DIA DEAMBULAR CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS ESTIMULAR LACTANCIA MATERNA <u>Autor</u> CLI SUAREZ HIGUERA ERIKA VIVIANA-MEDICO GENERAL</p> <p>4 Aug 25 2016 10:50AM <u>SUBJETIVO</u> PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNOSTICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. POP DE CESAREA (23/08/2016 22+42) 2. RECIEN NACIDO VIVO EN UNIDAD 3. G1C1V1 4 HIPOTIROIDISMO EN SUPLENCIA
--	---



	<p>S/ LACTANCIA MATERNA SIN COMPLICACIONES, SANGRADO GENITAL USUAL. NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO. DIURESIS POSITIVA DEPOSICION POSITIVA EN EL MOMENTO ASINTOMATICA</p> <p>TOLERA VIA ORAL Y DEAMBULACION</p> <p><u>OBJETIVO</u> TA 120/74 FC 81 FR 17 T 36.3</p> <p>ALERTA, HIDRATADA, MUCOSA ORAL HUMEDA,</p> <p>MAMAS NO CONGESTIVAS SECRETANTES</p> <p>CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES</p> <p>ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE UTERO TONICO A NIVEL UMBILICAL.</p> <p>HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE INFECCION NI SECRECION PURULENTA</p> <p>GU/ LOQUIOS HEMATICOS EN CANTIDAD USUAL EXTREMIDADES SIN EDEMAS</p> <p>NO DEFIIIT NEUROLOGICO (sic)</p>
ORDEN DE ALTA MÉDICA	
LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL	PROCEDIMIENTO IPS CAFAM CALLE 51
<p>El alta hospitalaria se debe dar a las 24 horas de un parto vaginal y de 48 después de una cesárea como mínimo.</p> <p>Se deberá monitorear de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, la presión arterial, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la perfusión y el estado de conciencia.</p> <p>Además, deben valorarse la posibilidad de atonía uterina, de un sangrado excesivo o</p>	<p>Si bien a la paciente se da orden de salida luego de haber cumplido 36 horas de cesárea, la misma se realiza bajo criterio médico objetivo en relación con el estado de salud y evolución que presentaba la misma.</p> <p>Fecha Alta : Aug 25 2016 10:51AM</p> <p>Autor : CLI RIDRIGUEZ FLOREZ ANGELICA MARIA, MATERNIDAD MG</p> <p>Diagnostico Alta : O820 PARTO POR CESAREA ELECTIVA</p>



la presencia de signos de hemorragia, de distensión de la vejiga, o de disnea o de dolor pleurítico como síntoma de alerta de un embolismo pulmonar.

Es obligatoria la valoración clínica del estado general de la mujer en el puerperio por el médico o personal encargado de la atención del parto de bajo riesgo al menos dentro de las primeras 2 horas de puerperio. Se debe monitorizar la aparición de fiebre en el posparto definida como una temperatura superior a los 38° C a excepción de las 24 primeras horas tras el parto. En caso de fiebre, debe indagarse la aplicación de misoprostol como causa de la fiebre en caso de ser negativo el antecedente, debe realizarse una exploración para identificar el foco de una posible infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis pélvica séptica, una reacción adversa a un fármaco o complicaciones derivadas de la episiotomía.

Del mismo modo es conveniente que antes del alta, se informe a la madre sobre una serie de aspectos pertinentes para sus cuidados domiciliarios. Signos de alarma de la madre para consulta en el posparto: Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia Fiebre sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio, vómito, diarrea. Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal) Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa) Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor) Dolor o hinchazón en las piernas Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.

Comentarios Dx :

Nota Alta : PACIENTE DE 20 AÑOS, G1C1V1, EN SUS 36 HORAS DE POP DE CESAREA POR SOSPECHADE ESTADO FETAL INSATISFACTORIA CON EMBARAZO DE 38 SEM SE PASA A CESAREA EL 23/08/2016 ALAS 22+42 PACIENTE QUE REFIRE CEFALEA QUE MEJORA CON ANALGESIA ,PACIENTE EN SU PUERPERIO ACEPTA Y TOLERA VIA ORAL, CON DEAMBULACION PRESENTE SIN PRESENTAR MAREO NI LIPOTIMIA. NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, UTERO DE BUEN TONO Y SANGRADO GENITAL ESCASO, EVOLUCION SATISFACTORIA, SALIDA

Recomendaciones :
SE DA SALIDA

RECOMENDACIONES
SIGNOS DE ALARMA, SE
INSTRUYE E
SITUACIONES DE
RECONSULTA POR
URGENCIAS
CONSULTORIO 301

- SANGRADO DE MAL OLOR

- MUCHO DOLOR DE ESTOMAGO

- MUCHO DOLOR DE CABEZA

- FIEBRE

- ARDOR PERSISTENTE AL ORINA

- VOMITO

- LOS SENOS SE PONEN DUROS, CALIENTES Y DOLOROSOS

NO BAÑO CON AGUA DE HIERBAS

ACETAMINOFEN 500 MG 1 CADA 6 HORAS

SULFATO FERROSO 300 MG 1 DIA

CITA CONTROL POSPARTO
ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR



A manera de primera conclusión en relación con la atención brindada a la señorita LAURA DANIELA GARAVITO QUIROGA el día 23 de agosto de 2016 se evidencia que todos los procedimientos realizados por el personal médico del CAS CAFAM CALLE 51 se encuentran acordes con la lex artis aplicable al caso, brindando una atención diligente, pertinente y prudente acorde con el diagnóstico presentado por la paciente.

Por otro lado, de igual manera, resulta pertinente mencionar que si bien el hecho generador del supuesto daño alegado y por el cual por la parte demandante solicita se declare civilmente responsable a los demandados corresponde única y exclusivamente al procedimiento médico realizado el 23 de agosto de 2016 en donde incluso participó la doctora DIANA CONSTANZA CONTRERAS HÉRNANDEZ (procedimiento quirúrgico de cesárea); en el acápite de hechos realiza una serie de manifestaciones en relación con la supuesta negligencia e inoportuna atención por parte del personal médico no solo a la señora GARAVITO QUIROGA sino también al menor JUAN MARTÍN GARAVITO después de su nacimiento, por lo que de igual forma que con la señorita LAURA DANIELA se procede a analizar la atención brindada al recién nacido bajo los parámetros establecidos en el lineamiento y guías anteriormente citadas como lex artis aplicable al caso en particular.

La secuencia de atención es:

1- Limpieza de las vías aéreas: En el momento en que el recién nacido asome la cabeza, se deben limpiar manualmente las secreciones primero de la boca y luego de las fosas nasales. Se debe evitar la realización de succión de las vías aéreas de forma rutinaria y se debe reservar este procedimiento solo para los casos de líquido amniótico con meconio espeso, sangre o pus con obstrucción de la vía aérea o si el recién nacido se encuentra con depresión respiratoria.

2- Secado del recién nacido: Una vez el recién nacido se encuentre fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo. Para esto, se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre, en contacto piel a piel y se inicia con el secado de la cabeza y cara y luego del resto del cuerpo en forma suave, gentil y exhaustiva, con campo seco y tibio. Posteriormente debe cubrirse con campo seco y tibio, y debe tenerse especial cuidado en evitar la pérdida de calor por la cabeza colocando un gorro. En caso de no contar con gorro, una alternativa sería armar un turbante con una compresa tibia y seca. Observación de la respiración o llanto, y el tono muscular. La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido.

Pinzamiento oportuno y corte del cordón umbilical. Excepto si tiene indicaciones para realización de pinzamiento inmediato, debe realizarse entre el segundo o tercer minuto de nacido o cuando este deje de latir. Se consideran criterios para pinzamiento inmediato del cordón umbilical el abrupcio de placenta y la placenta previa sangrante. Se debe considerar el pinzamiento diferido del cordón umbilical en los casos de prolapso o procidencia de cordón umbilical, nacimiento vaginal con ruptura prolongada de membranas o de nacimiento vaginal en podálica donde se presume hipovolemia sin sangrado placentario. En todo caso, se deben



tener en cuenta los criterios de latido umbilical, ingurgitación de vena umbilical y perfusión satisfactoria de piel para el pinzamiento del cordón umbilical. En los casos en que coexista algún criterio para pinzamiento inmediato con algún otro criterio para pinzamiento oportuno o diferido, debe prevalecerse el inmediato. Todo el instrumental que se use para pinzar y cortar el cordón umbilical debe estar estéril.

Continuar el contacto piel a piel con la madre si las condiciones clínicas lo permiten. Adicionalmente, debe presentarse el recién nacido a la madre y al padre o al acompañante (si se permitió la entrada del padre o de acompañante al parto) con el objeto de favorecer la relación vincular de los padres con el recién nacido. Se debe continuar monitoreando la respiración y se debe estimular el inicio de la lactancia materna. Si el niño se encuentra sano, se recomienda no separar de la madre durante los primeros 60 minutos, e incluso se deben postergar los procedimientos de aplicación de profilaxis, antropometría y examen físico completo después de este tiempo.

3- Lactancia materna: Se recomienda iniciar la lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre que la madre esté en condiciones de llevarlo a cabo. La lactancia materna debe ser a libre demanda, sin horario y sin restricción. Al terminar el proceso de cuidados inmediatos del recién nacido, se debe llevar junto con la madre si ambos se encuentran en condiciones de estar juntos, y se debe continuar apoyando la instauración de la lactancia materna. En caso de que la madre se encuentre en recuperación postcesárea, si se cuenta con la autorización del anesthesiólogo, se debe promover la lactancia materna mediante el alojamiento conjunto lo más pronto posible. Continuación del apoyo a la adaptación neonatal inmediata mientras se encuentra en contacto piel a piel y debe evitarse la separación del binomio madre-hijo. En caso en el que el recién nacido deba ser separado de la madre durante la transición de su adaptación neonatal, debe ubicarse bajo fuente de calor que idealmente debe ubicarse en la misma sala de partos/de cirugía/de nacimientos.

4- Valoración del APGAR: Se debe valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido con la Escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos para describir de forma estandarizada la vitalidad, teniendo en cuenta, de forma especial, la evaluación del tono muscular, el esfuerzo respiratorio y la frecuencia cardíaca. No se deben retrasar las intervenciones para los recién nacidos deprimidos hasta la valoración de un minuto. La adaptación neonatal inmediata se apoya si el Apgar es de 7 o más, se conduce si el Apgar es de 5 a 7 o se induce si es de 4 o menos. En todo caso, se debe vigilar la estabilización del recién nacido.

5- Realización de la Escala de Silverman-Anderson: Debe realizarse si el recién nacido tiene dificultad respiratoria a los 10 minutos de nacimiento.

6- Examen físico neonatal inicial: Luego de los primeros 60 minutos de vida (después del contacto piel a piel con la madre y de la consolidación de la adaptación neonatal) y dentro de los primeros 90 minutos de vida se procederá a un examen breve, el cual busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el sexo, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres. Durante la realización de este examen físico, debe verificarse la



permeabilidad esofágica y anal. Así mismo, debe medirse la temperatura, la cual debe estar entre 36,5 y 37,5° centígrados. Por encima o por debajo de estos valores, debe considerarse una señal de peligro. Identificación del recién nacido y expedición del certificado de recién nacido vivo: Debe realizarse frente a la madre y antes de su separación siempre y cuando no interfiera con la conducción o inducción de la adaptación neonatal.

En la manilla de identificación del recién nacido se debe describir fecha y hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica, sexo, peso, talla y perímetro cefálico. La expedición del certificado de recién nacido vivo debe realizarse por parte del profesional que atiende el parto y sin este documento ningún niño puede salir de la institución en la que nació.

7- Profilaxis umbilical: Se debe realizar la ligadura del muñón umbilical con una liga de caucho o una liga equivalente que sea efectiva y segura. Se debe verificar que no se atrape la piel periumbilical sino únicamente el muñón umbilical y se debe realizar la limpieza del muñón umbilical con Clorhexidina o Yodopovidona teniendo cuidado de retirar el exceso del antiséptico que haya podido aplicarse en la piel del recién nacido.

8- Profilaxis ocular: Para la prevención de la oftalmía neonatal se debe realizar con solución oftálmica de Povidona iodada al 2,5% o al 5% (según disponibilidad), una gota en cada ojo en dosis única. En caso de no contar con solución oftálmica de Povidona iodada, se puede hacer uso de solución de pomada de Eritromicina al 0,5%, de pomada de tetraciclina al 1% o de nitrato de plata al 1%. Es importante reconocer que con el uso de nitrato de plata hay descripciones de efectos irritantes.

9- Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido: Se debe aplicar Vitamina K 1 mg por vía intramuscular en la región anterior del muslo en dosis única. Si se dispone de Vitamina K en presentación oral con equivalencia farmacológica a la presentación parenteral, puede administrarse en lugar de esta última.

La muestra de sangre de cordón debe tomarse con la técnica de “asa” y no debe tomarse mientras no haya habido alumbramiento de la placenta. En el momento en que se implemente el programa de tamizaje neonatal (que incluye tamizaje de errores innatos del metabolismo), se realizarán consideraciones respecto a la toma de la muestra para tamizaje de hipotiroidismo congénito y las demás pruebas de tamizaje en sangre. Mientras tanto, se continuará con los procedimientos relacionados con la toma de muestra de sangre de cordón para detección de hipotiroidismo congénito.

Previo al nacimiento, ha debido procederse a la revisión de los exámenes maternos de Hepatitis B, Toxoplasmosis, Sífilis y VIH, si no se cuenta con estos resultados, deben haberse solicitado a la madre en el momento de la admisión para el trabajo de parto.

10-Toma de medidas antropométricas: Se deben tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico a todos los recién nacidos, y se deben registrar en la historia clínica. Debe prestarse especial atención a los casos en los que las medidas antropométricas no se corresponden adecuadamente con la edad gestacional, con el objeto de anticiparse a



distintos riesgos perinatales y postnatales. Luego de la antropometría y del examen físico más detallado, puede procederse a vestir al recién nacido.

11-Registro de los datos en la historia clínica: En la historia clínica deben registrarse todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos realizados al recién nacido. Se debe identificar al recién nacido e indicar las actividades a realizar durante las siguientes cuatro horas de vida .

Analizando la historia clínica del recién nacido puede evidenciarse cómo se cumplió toda esta secuencia, excepto, el numeral 6, pues si bien, el menor presentaba problemas respiratorios no fue hasta 4 horas después que se presentan los primeros síntomas por lo cual se procede a brindar la atención oportuna.⁴

*JUAN MARTIN" Manilla: 70621 Fecha de nacimiento: 23 de Agosto de 2016 Hora: 22+42 Fruto de primera gestación de madre de 20 años G1A0, con gestación actual de 38 semanas por amenorrea y ecografías, con controles prenatales #6, presentó infección urinaria en el segundo trimestre tratada ambulatoriamente, sin complicaciones aparentes. PARACLINICOS: - Grupo sanguíneo materno: O Positivo - Grupo sanguíneo paterno: Descnoce - Serología no reactiva (23 de Agosto del 2016) *HIV negativo (23 de Agosto del 2016) *Osullivan normal (02 de Mayo del 2016). *Toxoplasma M Negativo (02 de Julio del 2016). *Hepatitis B Negativo (10 de Marzo del 2016). *Reporte de cultivo para Streptococcus agalactiae negativo (27 de Julio del 2016). - Ecografías concordantes. Sin alteraciones en los informes. ANTECEDENTES MATERNOS *Patológicos: Niega *Farmacológicos: Niega *Quirúrgicos: Niega *Alergicos: niega *Tóxicos niega. *Familiaraes: Niega Ingresó por inicio de actividad uterina irregular en trabajo de parto fase activa, se refuerza actividad uterina, presentó amniorrea con líquido amniótico meconial por lo cual consulta y es valorada por ginecóloga de turno quien indica cesarea. Se obtiene recién nacido sexo masculino, presentación cefálica, sin circular del cordón, líquido meconial grado II, con llanto vigoroso, se realiza limpieza de secreciones bucales, secado inicial y contacto piel a piel, pinzamiento habitual del cordón umbilical y estimulación táctil; se pasa a lámpara de calor radiante, se termina secado , se realiza aspiración de secreciones bucales que son hialinas escasas, mediante paso de sonda sin succionar se confirma permeabilidad de coanas, esófago y ano, se realiza lavado gástrico con 10 cc de solución salina y se realiza aspiración hasta obtener líquido claro, se realiza ligadura de cordón, con pinza , profilaxis ocular y umbilical y se aplica vitamina K intramuscular 1 mg en muslo derecho. Diuresis (-) Deposición (+)*

OBJETIVO:

Buen estado general, APGAR: 7-8-9 BALLARD: 38 semanas Peso 2350 gr Talla 48 cm Perímetro Cefálico 33 cm Perímetro Torácico 31 cm Perímetro Abdominal 28 cm FC: 144 lpm FR: 48 rpm T° 36°C TA No Registro Normocefalo, fontanelas normotensas, mucosa rosada húmeda, ojos, nariz y boca normales, con implantación normal de orejas, coanas permeables, paladar íntegro, esófago permeable y cuello simétrico sin masas. Cardiopulmonar ruidos cardiacos

⁴ LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL. Pags. 89-91



rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios normales, tórax simétrico. Abdomen blando, depresible, pared abdominal íntegra, sin masas ni megalias palpables, cordón umbilical con 3 vasos identificados. Genitales externos masculinos normoconfigurados, no se palpa testículo en bolsa escrotal izquierda, ano permeable. Columna vertebral sin alteraciones. Extremidades móviles simétricas eutróficas, pulsos presentes, caderas normales. Neurológico: activo, reactivo, buen tono, succión +, prehensión +, moro +.

Según lo consignado en la historia clínica 4 horas después del nacimiento se encuentra, paciente recién nacido una vez se recibe, cianótico y normo térmico al tacto, con polipnea; se toma glucometría la cual se reporta baja (19-23); se toma oximetría la cual se reporta baja; el paciente se traslada inmediatamente a lámpara de calor radiante para cumplimiento de órdenes dadas por Médico y Pediatra, dejando claridad que desde que se traslada de salas de cirugía se dio indicación por referencia de la madre que no había comido bien de reforzar alimentación con fórmula. Pero ante estado general y hallazgos se actúa inmediatamente de acuerdo con los hallazgos y valoración inmediata del personal asistencial logrando controlar la glucometría en forma rápida. Siendo diagnosticado con Hipoglicemia y dificultad respiratoria los cuales son tratados en forma inmediata.

3-Aug 24 2016 2:31AM

Autor: CLI RODRIGUEZ RODRIGUEZ ANDREA DEL PILAR

Subjetivo: la mama refiere que el bebe no ha comido bien

Objetivo: bebe activo reactivo rosado con buen patron respiratorio buen tono muscular tiene buen agarre pero no es constante con la succion muñon umbilical limpio y seco manilla nº 70621

Analisis: dx producto de cesarea por orden verbal de la dra agudelo se inicia refuerzo con formula complementaria se traslada a pios en compañía de la mama

Plan: tomar glucometria a las 02+42 y 04+42 laboratorios 7 am traslado

"Aug 24 2016 3:07 AM MEDICO GENERAL

SE ATEINDE LLAMADO DE ENFERMERIA AL INDICAR QUE MENOR SE ENCUENTRA CON POLIPNEA, CIANOSIS PERIBUCAL. CON GLUCOMETRIA 19-23 MG/DL. SE VALORA PACIENTE ENCONTRADO SATURACION DE 60%, CON FR: 50 X' FC: 125X' . CIANOSIS PERIBUCAL. SE DECIDE HOSPITALIZAR.

PLAN : 1. HOSPITALIZAR EN UCI NEONATAL , ACEPTADO POR DRA DIANA PEDRAZA 2. HOOD A 50% 3. DAD A 10 % BOLO DE 5 CC (2 CC/KG/DOSIS) AHORA, LUEGO DEJAR A 8 CC /HORA 4. CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS. PASAR A UCI NEONATAL"

Si bien la hipoglucemia pudo ser superada de manera ágil con el tratamiento aplicado desafortunadamente no ocurrió lo mismo con las dificultades respiratorias que presentó el paciente, razón por la cual fue ingresado a UCI prenatal 15 días luego del parto; en donde se le otorgaron todos los cuidados necesarios para poder superar su condición, principalmente y tal como lo establece la Guía de práctica clínica del recién nacido con trastorno respiratorio brindar soporte ventilatorio al recién nacido partiendo de factores que agravaban la condición médica del menor como el bajo peso, haber nacido prematuro y requerir maduración pulmonar:

El aumento de los requerimientos de oxígeno y la necesidad de asistencia se producen rápidamente en las primeras 24 horas de vida y continúan durante varios días. El curso clínico depende de la gravedad de SDR, el peso, la edad gestacional y la madurez del niño al



nacer. El SDR sin complicaciones, generalmente se observa en los niños más maduros, la recuperación se produce durante varios días, y los niños generalmente ya no necesitan oxígeno o asistencia respiratoria después de la primera semana de vida. **La mayoría de los neonatos prematuros están en mayor riesgo de SDR grave** y con frecuencia desarrollan complicaciones, como la hemorragia intraventricular (HIV), ductus arterioso permeable (DAP), fugas de aire y la infección, que contribuyen a la necesidad prolongada de oxígeno y soporte ventilatorio.

Soporte ventilatorio que fue brindado en primera medida con sistema de libre retiro; no obstante, por la gravedad que presentaba el paciente se procedió a intubar y posteriormente una vez que presentó mejoría se procede a ordenar alta médica con apoyo domiciliario de suministro de oxígeno, el cual, como se registra en la historia llegó a prolongarse hasta los 2 meses de vida del menor, etapa en la que presenta mejoría total en relación con las complicaciones respiratorias presentadas.

Mostrando de esta forma como el actuar del personal médico del CAS CAFAM CALLE 51 por un lado fue acorde con la lex artis aplicable al caso y, por otro, fue diligente, oportuna y pertinente al estado de salud y diagnóstico que presentaba el paciente desde su nacimiento hasta incluso a sus 2 meses de vida que requirió atención frente al diagnóstico presentado.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con lo anterior, es importante recordar que la actividad médica resulta objetiva en la medida en que se configura de acuerdo con la sintomatología y diagnóstico que presenta el paciente, su actuar es definido para tratar dicho diagnóstico y bajo ese supuesto si toda la atención desplegada por los profesionales de la IPS Cafam se enmarcó en los lineamientos establecidos, guías y literatura médica nacional e internacional para la atención de trabajo de parto con complicaciones como en el caso en particular, al haber presentado la señora LAURA GARAVITO QUIROGA ruptura prematura de membranas e insuficiencia fetal, procedimiento por el cual se solicita declarar la responsabilidad de los demandantes; pero adicional a lo anterior y si bien como se mencionó no fue enmarcado por la parte demandante como causa generadora del daño, la atención al recién nacido que presente complicaciones cuatro horas después de su nacimiento hasta incluso 2 meses después que requirió el tratamiento, de manera alguna se puede aducir que existió imprudencia, impericia o negligencia en la atención de los pacientes.

Consideramos respetuosamente, que, a partir de conjeturas sobre la supuesta culpabilidad de la demandada, como las esbozadas en el libelo, no se puede **inferir**, ni mucho menos **probar**, la culpa de esta en la supuesta injerencia del retraso psicomotor presentado por JUAN MARTÍN GARAVITO QUIERO. Contrario sensu, probada está la diligencia, pericia y prudencia de los profesionales tratantes, por lo que se solicita Sr. Juez, se sirva declarar la prosperidad de la excepción.

3- AUSENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD:

De acuerdo con el ordenamiento jurídico colombiano, Arts. 2341 y 1616 del Código Civil, la relación de causalidad entre el daño sufrido por una persona y la conducta o el hecho realizado por otra, es un requisito indispensable para la configuración de la responsabilidad civil. Siendo la actividad médica una obligación de medio y no de resultado, el nexo de causalidad en esta



materia, a diferencia de la culpa, no admite, por norma general, ningún tipo de presunción⁵. En efecto, se exige que exista un ligamen entre la culpa del demandado y el daño; vínculo que no bastaría con presumirlo al identificarse la conducta culposa y el daño causado, sino que se impone que sea establecido con certeza, de lo contrario la duda favorece al demandado.⁶

La fundamentación de la relación de causalidad en la demanda no resulta clara en la medida en que no se encuentra un hecho generador del daño definido. Se solicita se decrete la responsabilidad por la supuesta negligencia en que se incurrió en el procedimiento médico realizado el 23 de agosto de 2016 en donde incluso participó la profesional CONTRERAS HÉRNANDEZ; y bajo esa pretensión se entendería que el procedimiento médico señalado como hecho generador del daño corresponde a la intervención quirúrgica realizada a la paciente (cesárea) por medio del cual ocurrió el nacimiento del menor JUAN MARTÍN. No obstante como se mencionó en acápites anteriores en el apartado correspondiente a los hechos, cataloga como hecho generador manifestado en apreciaciones subjetivas por medio de la cuales califica de indebida y deficiente prestación del servicio médico por parte del personal de IPS CAFAM Calle 51 sin fundamentos fácticos ni probatorios que acrediten tales afirmaciones; pero adicional a ello, lo que llama la atención es cómo ni siquiera manifiesta los motivos por los cuales considera que esta “supuesta” prestación deficiente resulta como **causa primaria generadora del daño** el cual consiste en que el menor JUAN MARTÍN GARAVITO QUIROGA presenta un retraso psicomotor que fue diagnosticado cuando el menor tendría aproximadamente 7 meses de vida sin presentar un solo supuesto fáctico ni probatorio que respalden porque alguna de las dos circunstancias se configura como hecho generador del daño.

Se ha entendido por gran parte de la doctrina e incluso la jurisprudencia que entablar el nexo de causalidad entre el hecho generador del daño y el perjuicio generado resulta una tarea complicada por no decir imposible; es por esta razón que se han adoptado diferentes teorías bajo las cuales se encuentre una relación de probabilidad lógica y razonable para la producción del daño generado.

En el sistema colombiano se ha adoptado por la teoría de la causalidad adecuada en la medida en que bajo criterios doctrinales y jurisprudenciales:

*El presunto responsable haya sido condición sine qua non, sino que además se requiere que, en virtud de los juicios de probabilidad, resulte ser una causa adecuada en la producción del daño, ⁷Esto es, una conducta apta para producir el resultado en el curso normal de los acontecimientos, de tal manera que la ocurrencia del daño aparece de manera general favorecida por la conducta en cuestión. **Lo que importa es, entonces, que la causa aparezca objetivamente apta para provocar los daños, con un pronóstico objetivo retrospectivo, es decir, se debe observar entre las condiciones del daño, cuál tiene la posibilidad objetiva de***

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sent. 225 del 25 de abril de 2009, Exp. 5847.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 02 marzo de 2016.

⁷ La responsabilità ed il danno. Milano: Giuffrè, vol. III, 2009. p. 308. Esto es así en especial en materia de responsabilidad médica, donde se podría hablar de una certeza razonable con fundamentos estadísticos. Capecchi, Marco. Il nesso di causalità. Padova: Cedam, 2005. p. 249 a 251, 267 a 268.



causarlo y para lograrlo, el juez debe ubicarse en la posición de un observador antes de la ocurrencia de los hechos, es decir, debe hacer un juicio ex ante. Se estima que esta observación estará guiada por la experiencia y de ser necesario, recurrirá a los conocimientos científicos; de esta manera, deberá observar las condiciones adecuadas que va a someter a un estricto examen crítico para verificar, por ejemplo, si la conducta que a primera vista aparece irrelevante, resulta tener un rol decisivo.

Es decir, un hecho puede ser considerado como “causa” jurídica de un daño cuando desde el punto de vista del curso ordinario de las cosas y la experiencia de la vida, **ese hecho era en sí propio a producir un resultado como el que se produjo.** (Énfasis propio).

Por lo anterior resulta claro que no toda causa alegada como generadora de daño puede ser aplicable al mismo pues en últimas la naturaleza de esta proviene de la otorgada por las ciencias naturales relación **causa-efecto.**

Ahora bien, para el caso que nos ocupa, si bien como se ya se mencionó no se encuentra una causa definida como generadora del daño se tienen dos hechos destacados por los demandantes: i) procedimiento médico señalado como hecho generador del daño corresponde a la intervención quirúrgica realizada a la paciente (cesárea) y ii) indebida y deficiente prestación del servicio médico por parte del personal de IPS CAFAM Calle 51, en este punto, resulta pertinente analizar el daño alegado como supuesto efecto de estas conductas el cual corresponde al retraso psicomotor que padece JUAN MARTÍN GARAVITO QUIROGA diagnosticado aproximadamente 7 meses después de su nacimiento.

Para la literatura médica tanto nacional como internacional el retraso psicomotor es entendido:

*“El retraso psicomotor (RPM) no es una enfermedad o trastorno en sí mismo, sino la manifestación clínica de patologías del SNC (sistema nervioso central) debidas a trastornos genéticos y/o factores ambientales, El retraso psicomotor es la lentitud y/o anormalidad de las adquisiciones de los primeros hitos del desarrollo (primeros 36 meses de vida), resultado de alguna agresión al sistema nervioso, o determinado genéticamente, y fruto de etiopatogenias estáticas, no evolutivas. Su prevalencia puede estimarse alrededor del 5 %, y **es especialmente alta en los grandes prematuros.**”*

*Dentro de los problemas adquiridos, éstos pueden tener lugar intraútero, durante el parto u ocurrir de forma postnatal. Infecciones, problemas vasculares o traumatismos son algunas de las causas. En cuanto a los problemas de base genética, encontramos muchos **errores congénitos del metabolismo** que dan lugar a una afectación motora y cognitiva. Pero **también hay muchas otras enfermedades no metabólicas debidas a alteraciones genéticas**, algunas descritas ya en la literatura médica y otras que se están describiendo en la actualidad gracias a los avances en genética.”⁸*

⁸ D. Martín Fernández-Mayoralas, A. Fernández-Jaén, A.L. Fernández Perrone, B. Calleja-Pérez, N. Muñoz-Jareño. Detección y manejo del retraso psicomotor en la infancia



El planteamiento anterior y aplicado al caso que nos convoca, está fundado en que un paciente con retardo del desarrollo psicomotor hoy, puede tener múltiples causas, no se puede considerar una causa ÚNICA, y así mismo; las posibles causas venir desde diferentes momentos o condiciones, algunas conocidas y otras no (contextos congénitos, genéticos o cromosómicos entre otros); unas intervenibles o modificables por factores externos como el actuar médico, al igual que otras en donde no resulta posible; y sin lugar a dudas si hay una posible causa única, esta debe ser completamente definida en su diagnóstico, manejo y control.

Ahora bien, respecto a su diagnóstico aparece la historia clínica como único criterio y elemento de juicio, el elemento objetivo del caso, y las conclusiones que de esta se generen, debe estar planteadas en todo el curso de la atención y no como una atención aislada o subjetiva de los diferentes actores.

La historia clínica debe ser completa. Se debe recoger de forma detallada el desarrollo psicomotor del paciente, no solo el desarrollo motor. En el caso de un estancamiento o involución, deben anotarse, entre otras: la edad de comienzo, las áreas afectadas, los síntomas acompañantes si existieron y las causas atribuidas por los padres u otros profesionales. Dentro de este apartado, se reflejarán igualmente los antecedentes personales de forma minuciosa, haciendo referencia a ingesta de fármacos u otras sustancias durante la gestación, control del embarazo, infecciones, características del parto, edad gestacional, instrumentación, etc. La recogida de datos relacionados con el periodo neonatal aporta de nuevo una información trascendental (Apgar, peso al nacimiento, cuidados neonatales...). Se añadirá la calidad de succión y llanto, resultado de screening metabólico, la presencia de hipotonía o crisis en los primeros días de vida, los problemas respiratorios y otros problemas. En relación a los antecedentes personales posteriores, no se obviarán aquellos trastornos o enfermedades que puedan tener relación con la situación a estudio: convulsiones febriles o afebriles, meningoencefalitis, traumatismos craneoencefálicos severos, cardiopatías, etc. Finalmente, se añadirán los antecedentes familiares. Debemos intentar obtener un árbol genealógico lo más amplio posible en el que se haga constar los posibles antecedentes de DI, TEA, trastornos psiquiátricos, epilepsia y cualquier otro antecedente llamativo.

Para analizar este paciente hay que tener presente que se trata de un recién nacido a término con restricción de crecimiento intrauterino lo que lo lleva a tener hipoglucemia, sepsis (tratada con cubrimiento antibiótico), trombocitopenia (que lleva a hemorragia intraventricular), aspiración de meconio y neumonía connatal que lo llevan a falla ventilatoria con requerimiento de intubación, ventilación mecánica.

La restricción de crecimiento intrauterino es multicausal, y se presenta en Colombia en el 20% de todos los recién nacidos vivos, aumenta la probabilidad de acidosis (estado fetal insatisfactorio), aspiración de meconio, hipoglicemia, sepsis, entre muchas otras morbilidades; que para este caso en particular se identificaron por el personal asistencial como factores de riesgo, se tuvieron en cuenta en el plan de manejo y cuando se presentaron se trataron en forma inmediata.

De igual manera, aumenta la admisión en cuidado intensivo 3.4 veces y el riesgo de muerte 4.7 veces durante el primer año de vida; así como de padecer durante la infancia trastorno de crecimiento físico, del neurodesarrollo, desarrollo cognitivo, del aprendizaje, comportamental, metabólico y endocrino.



El pronóstico neurológico en paciente con restricción de crecimiento intrauterino se ha determinado por disminución de la circunferencia cefálica, volumen de la materia gris y volumen cerebral total, menor tamaño cerebral y del hipocampo, reducción en el número total de células neuronales y contenido mielínico, adelgazamiento de la corteza y alteración en la girificación, retardo en la mielinización y disminución en la conectividad interneuronal; como resultado el desenlace funcional neurológico puede verse alterado en el componente motor con reducción de la motricidad gruesa y fina, alteración visomotora, e inclusive, parálisis cerebral. Siendo la restricción de crecimiento intrauterino la principal causa leucoencefalomalacia. Desde el punto de vista cognitivo una reducción en el coeficiente intelectual, ejecutivo y verbal con pobre memoria.

Respecto a la hipoglucemia presentada la literatura médica ha establecido que la concentración y duración de los niveles de glucosa en sangre que causan daño neurológico no está clara. Eso quiere decir que un nivel muy bajo de glucosa en un tiempo corto podría producir el daño neurológico como también el tiempo que duren esos niveles bajos.

Se han evidenciado serios trastornos cognitivos y en el desarrollo motor a los 36 meses, en pacientes con glucometrías menores de 47 mg% por 5 días o más aún en pacientes con hipoglucemia asintomáticos⁹.

Con base a lo anteriormente expuesto, es claro que la HIPOGLUCEMIA puede generar alteraciones neurológicas a largo plazo, pero el contexto presentado por el paciente de ser pico único, no profundo, no sostenido y de rápida recuperación, no explica por sí misma todo lo presentado por el paciente; la misma no se asocia a dificultad respiratoria.

A manera de conclusión resulta evidente cómo ni el procedimiento médico señalado como hecho generador del daño corresponde a la intervención quirúrgica realizada a la paciente (cesárea) y ii) la supuesta indebida y deficiente prestación del servicio médico por parte del personal de IPS CAFAM Calle 51 (que como se manifestó en la excepción de culpa ni siquiera se presentó) pueden considerarse causa sine qua non considerado como causa propia para que se presente un retraso psicomotor; razón por la cual el nexo de causalidad entre los supuestos hechos generadores del daño y el resultado **resulta inexistente**.

3.1- AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

En relación con el nexo causal entendido como la conexión entre el evento dañoso y el daño probado presenta una connotación especial del elemento culpa para desarrollar el evento dañoso y si bien como se ha mencionado a lo largo este evento no se encuentra claramente definido lo cierto también es que entre los dos episodios destacados por el demandante se desarrollaron acorde con la lex artis aplicable al caso siendo además diligente, oportuna y pertinente al estado de salud de los pacientes; razón por la cual sin culpa no puede considerarse hecho generador del daño y sin hecho generador **no existe nexo causal**.

3.2- IMPOSIBILIDAD DE IMPUTAR EL DAÑO:

⁹ Neonatal hypoglycaemia: A never ending Story?. Nestor E.Vain. Florencia Chianelli. Department of pediatrics and newborn medicine hospitals Sanatorio Trinidad Palermo San isidro. Review. Neonatology DOI:101159 Published on line.March 20.2021.



Es necesario distinguir entre causalidad e imputación, en la medida que se trata de dos conceptos que usualmente son confundidos. En el ámbito de la responsabilidad civil, el término imputación, proveniente del latín imputare, se usa para referirse al hecho de hacer soportar las consecuencias de un daño a una persona, en razón a su capacidad para discernir las consecuencias de sus acciones, distinguir entre el bien y el mal. La causalidad, que sería, como antes lo señalamos, el vínculo entre el hecho dañoso y el perjuicio y, la imputación, que sería el vínculo entre el hecho generador y el responsable. La causalidad material o vínculo naturalístico o de carácter físico (imputatio facti) hace relación a la imputación fáctica, física, material, causal, siendo la primera forma de causalidad como relación causa a efecto. La causalidad jurídica (imputatio juris) es la que determina el fundamento o justificación del deber de responder para establecer si el sujeto, a cuya esfera jurídica se imputa el daño, está o no obligado a repararlo, encontrándose la anterior estrictamente ligada al factor de imputabilidad

Para el caso en particular si bien IPS CAFAM presentó una relación de responsabilidad en la prestación de servicios de salud de la señorita LAURA DANIELA GARAVITO QUIROGA y el menor JUAN MARTÍN GARAVITO QUIROGA lo discutible en esta oportunidad se centra en la causa material alegada como fuente generadora de daño, además de la naturaleza del mismo, en la medida en que, **no se encuentra probada la conexión entre estos dos elementos** haciendo imposible que dicha situación sea atribuible a mi representada mas allá de su responsabilidad jurídica en prestación de la atención.

4- INDEBIDA TASACIÓN DE PERJUICIOS INMATERIALES FALTA DE RESPALDO PROBATORIO PARA LOS MISMOS:

La presente excepción, tiene fundamento en los lineamientos dados por la Corte Suprema de Justicia para la tasación de los perjuicios inmateriales en sus diferentes modalidades, específicamente, los consagrados en la sentencia del 21 de febrero de 2018, y que sirven de derrotero a seguir dentro de la facultad discrecional con que cuenta el operador judicial para su reconocimiento y tasación, de acuerdo con las condiciones particulares de cada caso. En ese orden de ideas, nos pronunciaremos sobre cada uno de estos, conforme fueron planteados en la demanda.

Daño Moral:

Solicita el apoderado de los demandantes, el reconocimiento y pago de 100 SMLV para la madre, la víctima y de 50 SMLV para cada uno de sus hermanos, con fundamento en un pronunciamiento de la sección tercera del Consejo de Estado, inaplicable al presente asunto, donde la tasación de los perjuicios se rige por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

Pues bien, el máximo tribunal de la jurisdicción ordinaria, en el referido pronunciamiento del año 2018¹⁰ reajustó la suma máxima a conceder por concepto de daño moral, fijándola a la suma de setenta y dos millones de pesos M/Cte., (\$72.000.000) para los padres, hijos, esposos y compañeros permanentes del fallecido, y en la mitad de ese valor, esto es, treinta y seis millones de pesos M/Cte., (\$36.000.000) para hermanos y abuelos.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia SC-5686 de 2018, MP. Margarita Cabello Blanco, Pág. 425.



Realizando la correspondiente conversión a salarios mínimos vigentes de las sumas anteriormente indicadas, encontramos que las mismas corresponden a 79 y 39 salarios mínimos respectivamente, los cuales difieren ampliamente de los 100 y 50 SMLV solicitados por los demandantes por concepto de daño moral.

Conclusión:

A modo de conclusión, cabe resaltar que, las sumas reconocidas en precedente jurisprudencial por concepto de daño moral, vigente y aplicable al caso sub judice, constituye la máxima a reconocer y no es una regla general y única, toda vez que su reconocimiento y tasación variará de acuerdo con las condiciones particulares; ahora bien, es importante recordar que como característica principal para la solicitud de los mismos, estos deben encontrarse debidamente probados y para el caso en particular solo se realiza mención de los mismos sin allegar ningún respaldo fáctico ni probatorio.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con el Art. 206 del Código General del Proceso, me permito presentar objeción al juramento estimatorio formulado en la demanda, con fundamento en las razones de hecho y de derecho que expongo a continuación.

El apoderado de los accionantes estimó razonadamente las pretensiones de los demandantes en la suma de **DOSCIENTOS VEINTIÚN MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO SESENTA Y OCHO PESOS (\$221.548.168)** como monto correspondiente a los perjuicios materiales correspondientes a lo que el demandante señala lucro cesante futuro. Sin allegar soporte fáctico ni probatorio contundente para la liquidación de este, los valores ingresados en la fórmula de liquidación provienen de supuestos relacionados con la esperanza de vida y la posible pérdida de capacidad laboral del menor JUAN MARTÍN sin que de las mismas exista evidencia alguna que logre soportar tales supuestos.

PRUEBAS

Se solicita respetuosamente al Sr. Juez, sean decretadas como pruebas de la parte demandada, las siguientes:

Documentales

1. Historia clínica de la Señorita LAURA DANIELA GARAVITO QUIROGA
2. Historia clínica del menor JUAN MARTÍN GRAVITO QUIROGA

Documentales Lex Artis.

Solicitamos sean tenidas en cuenta, como pruebas documentales del proceso, i) LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL, ii) la Guía de práctica clínica del recién nacido con trastorno respiratorio y, iii) las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio expedidas por el Ministerio de Salud y Protección social.



Interrogatorio de Parte

Solicito se decrete el interrogatorio de los demandantes, para que absuelvan cuestionario que formularé oralmente en audiencia y a la demandada DIANA CONSTANZA CONTRERAS HERNÁNDEZ.

Declaración de terceros

1.- Solicito al Sr. Juez, se sirva decretar el testimonio del Dr. **JAVIER ERNESTO FERNÁNDEZ PALACIO** como testigo técnico de la parte demandada. El Dr. Fernández podrá ser citado en la Av. Cra. 68 N° 90 – 88, Bloque 4, Piso 4 de la ciudad de Bogotá.

Con este testimonio, se probará la adhesión de la IPS Cafam a los protocolos de atención en relación con el estado de salud del menor de edad JUAN MARTÍN GARAVITO QUIROGA horas después de su nacimiento.

2.- Solicito al Sr. Juez, se sirva decretar el testimonio del **Dra. MARÍA PAULA HOUGHTON** como testigo técnico de la parte demandada. La doctora HOUGHTON podrá ser citada en la Av. Cra. 68 N° 90 – 88, Bloque 4, Piso 4 de la ciudad de Bogotá.

Con este testimonio, se probará la adhesión de la IPS Cafam a los protocolos de atención en relación con el estado de salud de presentaba la señora LAURA DANIELA GARAVITO QUIROGA el día 23 de agosto de 2016 al ingresar al Cas CAFAM calle 51.

PETICIÓN

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, así como los argumentos de hecho y de derecho que integran la presente contestación, solicito a al Sr. Juez respetuosamente:

1. Declarar probadas las excepciones propuestas.
2. Denegar las pretensiones de la demanda.
3. Condenar en costas a los demandantes.

ANEXOS

Allego como anexos de la demanda los enunciados en el acápite de pruebas, así como poder especial debidamente otorgado a favor del suscrito para actuar dentro del presente proceso junto con el certificado expedido por la superintendencia de economía solidaria de la entidad.

FUNDAMENTOS DE DERECHO.

Invoco como fundamentos de derecho de la presente contestación de demanda, los Arts. 2341, 2344 y s.s., del Código Civil, así como la jurisprudencia, guías de manejo clínico y doctrina reseñada en la contestación de la demanda.

NOTIFICACIONES



Mi poderdante, recibirá notificaciones en Avenida Carrera 68 No 90-88 Bloque, Piso 4; tel: 6468000; email: notificacionesjudiciales@cafam.com.co

El suscrito apoderado recibirá notificaciones en la Calle 90 No 11 A-34 Oficina 505; tel: 6582570 email: rodrigomartinez@mvuabogados.com

Del Sr. Juez, Cordialmente,



RODRIGO MARTÍNEZ GÓMEZ
C.C. 79'791.554 de Bogotá
T.P. 123.276 C.S.J.



