

Medellín, 10 de febrero de 2022

Señor:

JUZGADO VEINTIUNO CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN

La ciudad

Referencia: ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Accionantes: ÁNGELA MARÍA ARANGO Y OTROS

Accionados: SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA Y OTROS

Radicado: 0500131030042012-00358-00

Asunto: RECURSO DE APELACIÓN SENTENCIA

Actuando dentro del término legal, presente para y ante el Tribunal Superior de Medellín, **RECURSO DE APELACIÓN** de la SENTENCIA emitida por su Despacho el tres (3) de febrero de dos mil veintidós (2022).

Concluye el Juez de primera instancia que no se encontró acreditada la culpa médica endilgada a los demandados, ni tampoco que las actuaciones desplegadas por el equipo médico que brindó la atención al trabajo de parto donde nació la niña Gallo Arango se hubiesen realizado de manera tardía o inoportuna; que, por el contrario, se evidenció que los médicos obraron conforme a la *lex artis*. Que así mismo no se encuentra demostrado el nexo causal entre dicho proceder y las enfermedades que hoy aquejan a LUISA MARÍA GALLO ARANGO, pues el tratamiento médico y los procedimientos de atención al parto que se reportan en la historia clínica fueron los adecuados y acordes a los avances para el año 2009, además fueron brindados de manera acertada y oportuna conforme a los protocolos ya establecidos para este tipo de atenciones.

El Juez de primera instancia llegó a esta conclusión apoyado en las manifestaciones realizadas por el informe pericial allegado al proceso y en las manifestaciones de dos supuestos testigos de la demandada y que no lo fueron; toda vez que no atendieron el trabajo de parto y justificando que eran testigos técnicos explicaron protocolos que en

ningún momento lo sustentaron científicamente, convirtiendo dicha prueba en dos nuevos peritos en contravención a lo establecido en el C.G.P.

Aún así, el Juez de primera instancia no se dignó en ninguna parte de la sentencia en correlacionar aquellas manifestaciones periciales y de aquellos dos supuestos testigos con el escrito secuencial de la historia clínica. Por lo tanto, las conclusiones del a-quo fueron fiel copia de lo dicho por dichas deposiciones, careciendo de una valoración exhaustiva del acervo probatorio en su conjunto.

Demuestra la historia clínica que, al momento del ingreso a la clínica demandada para la atención del parto no se detectaron ni signos, ni síntomas de patología materna o fetal que permitieran definir la presencia de embarazo con complicación alguna, o alteración neurológica fetal posterior.

ANGELA MARÍA ARANGO HENAO, ingresó a la Clínica SOMA el día 12 de julio de 2009 a las 13:16 horas por tener contracciones, siendo hospitalizada con diagnóstico de supervisión de otros embarazos de alto riesgo, ruptura prematura de las membranas sin otra especificación en estudio y falso trabajo de parto sin otra especificación en estudio. Se evidencia que a las 15:30 horas del 12 de julio de 2009 se observó que la actividad cardíaca del feto estaba en 144 por minuto y se ordenó OXITOCINA y MONITOREO FETAL. **Lo que demuestra que la bebé que estaba por nacer se encontraba en adecuadas condiciones de salud.**

La hoja del partograma evidencia los siguientes registros de atención de la paciente por ginecólogo: A las 18:00, 19:30, 22:30 horas del 12 de julio de 2009, a las 00:10, 1:00 y 1:40 horas del 13 de julio de 2009.

Se prueba con los registros en el PARTOGRAMA que en la evaluación realizada a la materna y al feto y que **se registró a la 1:00 hora del 13 de julio de 2009 se cuantificó una FRECUENCIA CARDIACA FETAL de 90 por minuto, lo que indicaba SUFRIMIENTO FETAL.**

Entre el folio 240 y 241 (Página 10 de 15 y 11 de 15) correspondiente al registro de la historia clínica de **las 1:15 horas del 13 de julio de 2009, se cuantificó una FRECUENCIA CARDIACA FETAL de 100 por minuto, lo que indicaba SUFRIMIENTO FETAL.**

El folio 241 (Página 11 de 15) correspondiente al registro de la historia clínica de las 1:30 horas del 13 de julio de 2009, **no se evaluó Frecuencia Cardíaca Fetal.**

El folio 242 (Página 12 de 15) correspondiente al registro de la historia clínica de las 1:45 horas del 13 de julio de 2009, **no se evaluó Frecuencia Cardíaca Fetal.**

Prueban los recortes del MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO anexos en la historia clínica, que **sólo se le realizó el monitoreo fetal electrónico desde las 15 horas del 12 de julio de 2009 hasta las 00:20 horas del 13 de julio de 2009:** Obsérvese los recortes del registro electrónico a las 15 horas, a las 15:20 horas, a las 15:40 horas pegados en un solo folio - indicados en los folios No. 246, 247, 248 - y los registros electrónicos a las 00:07 horas y 00:20 horas del 13 de julio de 2009 - indicados en el folio No. 249.

Y lo más curioso y contrario a una secuencialidad del tiempo en el registro de la historia clínica y que exige la normatividad de la **Resolución 1995 de 1.999** emitida por el Ministerio de Salud, (no cumpliendo con las **CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA Historia Clínica de Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención - art 3, numeral 2 -), **está registrado en el folio 239 (Página 9 de 15) en un solo escrito aislado realizado por una Auxiliar de Enfermería JULLY CARROLL MONTES, que la hora del nacimiento de la bebé fue a la 1:52 horas del 13 de julio de 2009, lo que evidencia una posible falsedad en el registro de historia clínica.** Lo lógico es que el registro del nacimiento de la bebé debió haber sido anotado en el folio 242 (Página 12 de 15) luego del registro de las anotaciones de la 1:45 horas del 13 de julio de 2009 y antes del registro de las anotaciones de las 2.00 horas, ambas realizadas por la misma **Auxiliar de Enfermería JULLY CARROLL MONTES.** En este mismo folio 242 (Página 12 de 15), la misma **Auxiliar de Enfermería JULLY CARROLL MONTES** registró a las 2:25 horas del 13 de julio de 2009 hora salida de quirófano. Esta historia clínica no cumple con el requisito de la SECUENCIALIDAD que exige la Resolución 1995 de 1999: **¿POR QUÉ APARECE UN FOLIO AISLADO DE LA HISTORIA CLÍNICA (folio 239 (Página 9 de 15), QUE FUE REALIZADA POR LA MISMA AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REGISTRÓ EN EL FOLIO 242 (PÁGINA 12 DE 15), EL DATO DE LA HORA DE NACIMIENTO DE LA BEBÉ, DEVOLVIENDOSE EN EL TIEMPO CON RELACIÓN A LA SECUENCIALIDAD, HOJA QUE NO COINCIDE CON LA SECUENCIALIDAD DE LA PÁGINA 8 DE 15 Y DE LA PÁGINA 12 DE 15?**

Tal como lo determina la ciencia médica, la Clínica demandada debió como mínimo, establecer en forma objetiva la presencia de desaceleraciones de la frecuencia cardiaca con control electrónico; o con un estetoscopio durante 1 a 10 minutos la frecuencia cardiaca fetal luego de la 1:00 horas del 13 de julio de 2009. Atención, que como lo demuestra la historia clínica, no se realizó.

La historia clínica prueba que, pasados 40 minutos luego de registrada una Frecuencia Cardiaca Fetal de 90 a la 1:00 hora del 13 de julio de 2009 y de 100 a la 1:15 horas del 13 de julio de 2009, en la atención realizada a la 1:40 horas del 13 de julio de 2009, se registró el siguiente análisis (folio 227, página 5 de 8): **"PTE EN 10 DE DILATACIÓN. SE PASA A SALA TRABAJO DE PARTO CON BRADICARDIA FETAL. FETO NO DESCENDE. MAL PUJO MATERNO. EXPULSIVO PROLONGADO CON BRADICARDIA SOSTENIDA. SE PASA A CESÁREA URGENTE, SE COMENTA CON PEDIATRA. DX. SFA (DIAGNÓSTICO. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO) DESCENSO DETENIDO. MAL PUJO MATERNO. CESÁREA DE EMERGENCIA. PLAN CESAREA DE URGENCIA"**. (advirtiendo de antemano, Honorables Magistrados, que como lo manifiesta la perito en la respuesta 6.3. que el servicio de Ginecoobstetricia está compuesto por una sala de trabajo de parto, salas de atención del parto y quirófano para la realización de cesárea). En ese momento, el personal asistencial de la clínica se ciñó a tomar las siguientes decisiones, tal como consta en la historia clínica:

Con una dilatación de 10 se limitaron a ordenar que la pasaran a la **SALA DE TRABAJO DE PARTO** para insistir en parto vía vaginal, tal como se relata en los hechos de la demanda, expuesto por la misma materna **ANGELA MARÍA ARANGO HENAO**.

Que luego de la aplicación de anestesia epidural, - procedimiento que incidió en no volver a sentir dolores abdominales -, **el personal de enfermería continuó haciendo presión muy fuerte en el abdomen, con el fin de desplazar el bebé por el canal del parto para precipitar el parto vaginal**, tal como lo manifestó la misma materna; situación que no quedó registrada en la historia clínica.

Tal como lo prueba la misma historia clínica, se diagnosticó **"EXPULSIVO PROLONGADO CON BRADICARDIA SOSTENIDA"** y se ordenó que se **"PASARA A CESÁREA URGENTE"** (**al quirófano para la realización de la cesárea**), la cual, de acuerdo al registro de historia clínica aparece el registro de aquella cesárea a las 2:36 horas del 13 de julio de 2009 (folio 228, página 6 de 8), es decir, **UNA HORA Y TREINTA Y SEIS**

MINUTOS (Tan es así, la historia clínica pediátrica reportó que la bebe **LUISA MARÍA GALLO ARANGO** nació en malas condiciones generales, en apnea, y el pediatra que la atendió inmediatamente nació (2:47 a.m. del 13 de julio de 2009: HORA DE ATENCIÓN - folio 250, página 1 de 64) le diagnosticó "DEPRESIÓN CEREBRAL NEONATAL".

Honorables Magistrados, insisto en la siguiente inconsistencia entre el registro de **HORA DE ATENCIÓN** de la recién nacida (2:47 am del 13 de julio de 2009 folio 250 - página 1 de 64 -) y el momento de los registros de la Cesárea, lo que contraviene la normatividad de la **Resolución 1995 de 1.999** emitida por el Ministerio de Salud, (no cumpliendo con las **CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA Historia Clínica** de **Secuencialidad**: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención - art 3, numeral 2 -):

En la hoja del **PARTOGRAMA DE LA HISTORIA CLÍNICA (folio 58)**, se anotó la **TERMINACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO por CESAREA siendo el registro a la 1:52 horas del 13 de julio de 2009**. Observen Honorables Magistrados que el **FORMATO DEL PARTOGRAMA** tiene unos segmentos preforma; uno de ellos es el **TRABAJO DE PARTO**, el cual contiene el ítems de **TERMINACIÓN**. La perito y los supuestos testigos de la clínica demandada quisieron demostrar que el formato del partograma registró el nacimiento de la bebé a la 1:52 horas. Y no es así, toda vez que **lo que permite evidenciar el FORMATO DEL PARTOGRAMA es la hora de terminación del trabajo de parto**.

En el folio 63, página 5 de 8 de la historia clínica de la materna a las 13/07/2009 a la 1:40 horas se registra: "Análisis: PTE EN 10 DE DILATACIÓN, SE PASA A **SALA TRABAJO CON BRADICARDIA FETAL**, FETO NO DESCENDE. MAL PUJO MATERNO, EXPULSIVO PROLONGADO CON BRADICARDIA SOSTENIDA. SE PASA A CESAREA URGENTE, **SE COMENTA CON PEDIATRA**. (Lo resaltado es fuera de texto)

En el folio 64, página 6 de 8 de la historia clínica de la materna, a las 2:36 del 13/07/2009 se registró: "DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA... HALLAZGOS: EXTRACCIÓN MUY DIFÍCIL POR ENCAJAMIENTO FETAL. APGAR 2=4=5, **EVALUADA INMEDIATAMENTE POR PEDIATRA**..." (Lo resaltado es fuera de texto).

Y en folio 250 (página 1 de 64) de la historia clínica de la bebé se registra en Pediatría: "**HORA DE INGRESO: 2:41. HORA DE ATENCIÓN: 13/07/2009 2:47**".

Honorables Magistrados, sí partiendo de la base de lo manifestado por la perito en la respuesta 6.3. que el servicio de Ginecoobstetricia está compuesto por una sala de trabajo de parto, salas de atención del parto y quirófano para la realización de cesárea, la historia clínica demuestra en el folio 63, página 5 de 8 que a la 1:40 horas del 13/07/2009 la materna SE PASÓ A SALA TRABAJO CON BRADICARDIA FETAL SOSTENIDA. Y si en el folio 64, página 6 de 8 de la historia clínica, se registró que a las 2:36 horas del 13/07/2009 la bebé fue EVALUADA INMEDIATAMENTE POR PEDIATRA; entonces, se llega a la conclusión de que dicho nacimiento se produjo a las 2:36 horas, momento en que la bebé fue atendida por Pediatra, cuyo registro de atención fue a las 2:47 horas. Poniendo en DUDA RAZONABLE que el nacimiento de la bebé sí haya sido a la 1:52 horas de aquel 13 de julio.

Pero aún más, Honorables Magistrados: Lo que se debe precisar es que, lo que se registra en el PARTOGRAMA es la forma de TERMINACIÓN del TRABAJO DE PARTO, más no la hora de nacimiento. Esto desvirtúa lo manifestado en el informe pericial y que más adelante se señalará.

Lo que sí es absolutamente demostrado con veracidad por la historia clínica, es que la clínica demandada se demoró CUARENTA MINUTOS para diagnosticar "**BRADICARDIA FETAL SOSTENIDA**" a sabiendas que registraron que la bebé que estaba por nacer presentaba una FRECUENCIA CARDIACA FETAL de 90 por minuto REGISTRADA a la 01:00 a.m. del 13 de julio de 2009 y una FRECUENCIA CARDIACA FETAL de 100 por minuto REGISTRADA a la 01:15 a.m. del 13 de julio de 2009. Lo que prueba que la clínica demandada no estableció durante esos 40 minutos, en forma objetiva la presencia de desaceleraciones de la frecuencia cardiaca con control electrónico; o con un estetoscopio durante 1 a 10 minutos la frecuencia cardiaca fetal. La prueba está en la historia clínica, la que no demuestra dicha atención.

Honorables Magistrados, si nos acogemos al reporte del folio 64, página 6 de 8 de la historia clínica de la materna en que se registró a las 2:36 horas del a las 13/07/2009: "DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA... HALLAZGOS: EXTRACCIÓN MUY DIFÍCIL POR ENCAJAMIENTO FETAL. APGAR 2=4=5, EVALUADA INMEDIATAMENTE POR PEDIATRA..." (Lo resaltado es fuera de texto); y al reporte en el folio 67 de la página 1 de 19 de la historia clínica de la bebé en la que se registró en Pediatría: "HORA DE INGRESO: 2:41. HORA DE ATENCIÓN: 13/07/2009 2:47", se prueba que la clínica

demandada sí se demoró desde la 01:00 a.m. hasta las 02:36 horas, **es decir, UNA HORA Y TREINTA Y SEIS MINUTOS** para realizarle a la materna la cesárea y que naciera la bebé, favoreciendo el SUFRIMIENTO FETAL.

La historia clínica pediátrica reportó que la bebe **LUISA MARÍA GALLO ARANGO** nació con depresión, en malas condiciones generales, en apnea, y se le diagnosticó "**DEPRESIÓN CEREBRAL NEONATAL**", siendo atendida a las 2:47 a.m. del 13 de julio de 2009.

La recién nacida **LUISA MARÍA GALLO ARANGO** fue dada de alta el 5 de agosto de 2009 con diagnóstico de "**DEPRESIÓN CEREBRAL NEONATAL**" y "**ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA ISQUÉMICA CON RETARDO GLOBAL DEL DESARROLLO**", lesiones que generan secuelas irreversibles que padecerá de por vida.

Desde ya, Honorables Magistrados, solicitamos como parte del Recurso de Apelación, que se valore como material probatorio, si la historia clínica cumplió o no con las **CARACTERÍSTICAS BÁSICAS** que exige la **Resolución 1995 de 1.999** con relación a la secuencialidad y determinarse sí tiene peso eficaz el determinar si la bebé nació a la 1:52 horas del 13 de julio de 2009; o, por el contrario, existe mayor peso para determinar que el nacimiento de la bebé ocurrió minutos antes del ingreso a pediatría y de la atención efectiva de la bebé por parte del pediatra, esto es, acorde a los reportes del folio 64 de la página 6 de 8 de la historia clínica de la materna a las 2:36 horas del 13/07/2009, en los que se registra: "DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA... HALLAZGOS: EXTRACCIÓN MUY DIFÍCIL POR ENCAJAMIENTO FETAL. APGAR 2=4=5, **EVALUADA INMEDIATAMENTE POR PEDIATRA...**" (Lo resaltado es fuera de texto); y al reporte en el folio 67 de la página 1 de 19 de la historia clínica de la bebé se registra en Pediatría: "HORA DE INGRESO: 2:41. HORA DE ATENCIÓN: 13/07/2009 2:47".

Honorables Magistrados, el Juez de primera instancia se contentó con manifestar que, acorde con lo que aparece anotado en la historia clínica no es posible establecer que se dieron las demoras que pregona la parte actora en la atención del trabajo de parto. Pero omitió tener en cuenta los detalles que la misma historia clínica registra y que fueron expuestos en nuestros alegatos; lo que ameritaba que el Juez los valorara. Antes, por el contrario, se limitó a transcribir los otros medios de pruebas como lo son el dictamen pericial y los testimonios de los profesionales de la salud que declararon en este proceso a instancia de la parte demandada. Es de anotar que, al momento de la recepción de los dos testigos cuestionados, diferente al pediatra testigo, se solicitó al Juez por parte nuestra

que no se tuviesen en cuenta aquellas pruebas en su totalidad, toda vez que no fueron profesionales que atendieron la paciente y que se excedieron en la única finalidad de su testimonio: el exponer los protocolos del trabajo de parto. Carece en la Sentencia un análisis valorativo de aquellas deposiciones y a la luz de los registros específicos de la historia clínica y que repito, fueron expuestos en nuestros alegatos.

Solicitamos a los Honorables Magistrados cuestionar y limitar el alcance de los testimonios de los Doctores Carlos Mario Jaramillo Arbeláez y Luis Fernando Tobón Trujillo, toda vez que no atendieron a la materna, ni en el trabajo de parto, ni en la cesárea. También se solicita valorar el testimonio del Doctor ANDRÉS LEMA POSADA en lo pertinente a la atención hospitalaria de la bebé recién nacida; pero no con relación al momento del nacimiento; **TODA VEZ QUE DICHO PEDIATRA NO ATENDIÓ LA BEBÉ AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, SINO POSTERIORMENTE, EN LA HOSPITALIZACIÓN.**

Observemos Honorables Magistrados las precisiones de SARA CATALINA MERINO CORREA, perito Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, nombrada por la Universidad de Antioquia, y con relación al análisis de los registros específicos de la historia clínica se pueda evidenciar aquellos fundamentos que ella expuso y la contradicción con sus conclusiones; todo por no correlacionar de manera adecuada y veraz los registros evidentes de historia clínica.

Al contestar a la pregunta 3.3. realizada por la Clínica Soma, que sí la **fetocardia registrada en el partograma a la 1 am del 13 de julio de 2009 podía explicarse como parte del desarrollo normal del trabajo de parto, manifestó que la frecuencia cardíaca fetal normal es de 110-160 latidos por minuto.** Que se pueden producir desaceleraciones tempranas: descenso gradual de la frecuencia cardíaca fetal cuyo inicio y fin coincide con el inicio y el fin de cada contracción uterina, de 30 segundos o más de duración, pero menos de 10 minutos. Que las desaceleraciones tempranas se consideran benignas clínicamente.

Esta precisión de la perito logra evidenciar que la Clínica demandada, cuando observó la frecuencia cardíaca fetal de la bebé que estaba por nacer, de 90 latidos por minuto a la 1 am del 13 de julio de 2009, no se dignó en evidenciar si esa desaceleración de 90 y que estaba por debajo de lo normal, de 110, fuese benigna o no; toda vez que, como lo prueba la historia clínica, no revisó la frecuencia cardíaca fetal con el inicio y el fin de cada contracción uterina, de 30 segundos o más, y menos de 10 minutos. Por

lo tanto, se demuestra que la Clínica demandada no permitió establecer el desarrollo normal del trabajo de parto, así como lo evidencia la historia clínica con relación a lo expuesto por la perito. Es mas, a la clínica demandada no le sorprendió que a la 1:15 horas del 13 de julio de 2009, se estuviese presentando una Frecuencia Cardíaca Fetal de 100 por minuto.

Al contestar a la pregunta 3.5. realizada por la clínica Soma de que la escogencia del tratamiento en esta situación (la cesárea) va a depender de la severidad de los patrones de la frecuencia cardíaca fetal, la duración de la alteración de la frecuencia cardíaca fetal, el criterio médico y la disponibilidad de recursos en el momento en que se presente. En consideración contraria a lo que emite la perito, se logra evidenciar que la cesárea ordenada a la paciente fue tardía, cuando observó las malas condiciones irreversibles de la bebé que estaba por nacer; toda vez que la clínica demandada no logra demostrar en la historia clínica parámetros de severidad de los patrones de la frecuencia cardíaca fetal de 90 latidos que ya reportaba desde la 1 am del 13 de julio de 2009 y la duración de la alteración de aquella frecuencia cardíaca fetal.

Como lo manifiesta el informe pericial en la respuesta a la pregunta 3.6 propuesta por la Clínica Soma, al leerse que se considera una alteración de la frecuencia cardíaca fetal "persistente" si su duración supera 10 minutos; que por lo tanto, es en este tiempo donde se debe iniciar el manejo y la toma de decisiones según sea la evolución del caso. Y que se considera un tiempo de espera hasta de 30 minutos con las medidas establecidas para que mejore la frecuencia cardíaca; si esto no se presenta se define la finalización del embarazo de la manera más rápida posible.

Es fácil probar Honorables Magistrados, sin considerar lo que la misma perito concluye, que la clínica demandada se pasó del tiempo de espera de 30 minutos para tomar la decisión de la cesárea; Es evidente lo que logra demostrar la historia clínica con los registros en el Partograma que en la evaluación realizada a la materna y al feto que a la 1:00 hora del 13 de julio de 2009 se cuantificó una FRECUENCIA CARDIACA FETAL de 90 por minuto, lo que indicaba SUFRIMIENTO FETAL. Y entre los folios 240 y 241 (Página 10 de 15 y 11 de 15) correspondiente al registro de la historia clínica de las 1:15 horas del 13 de julio de 2009, se cuantificó una FRECUENCIA CARDIACA FETAL de 100 por minuto, lo que indicaba SUFRIMIENTO FETAL. Por lo tanto, se logra probar que la Clínica demandada, aún evidenciando que la alteración de la frecuencia cardíaca fetal estaba alterada a la 1 am de aquel 13 de julio y que persistió en 100 por minuto a

1:15 horas del 13 de julio de 2009, se pasó del tiempo de espera de 30 minutos para tomar la decisión de la cesárea.

Al contestar a la pregunta No. 3.7 realizada por la Clínica Soma, la perito precisó qué, según los registros de la historia clínica, el diagnóstico de la bradicardia fetal se registró a la 1:00 h del 13/07/2009 y el nacimiento se produjo a la 1:52 h (52 minutos después) y que según la literatura de soporte se ha estudiado un tiempo aproximado de 30 minutos de espera entre las maniobras para solucionar la bradicardia y la realización de una cesárea emergente ante la persistencia de la bradicardia fetal.

Entonces, supongamos Honorables Magistrados, que sí la perito tiene razón en relación a que la bebé nació a la 1:52 horas, debemos analizar lo siguiente: A pesar de las conclusiones contradictorias de la misma perito, insistimos que se logra probar que la clínica demandada tardó en decidir la cesárea urgente; toda vez que se sobrepasó el tiempo aproximado de 30 minutos de espera entre las maniobras para solucionar el tipo y la persistencia de la bradicardia y la realización de una cesárea emergente, aún ante la real persistencia de la bradicardia fetal por el lapso de 52 minutos. Tal como se prueba, cuando se observó la Frecuencia Cardíaca Fetal de 90 latidos a la 1 am del 13 de julio de 2009 y de 100 a la 1:15 am, la clínica demandada no se dignó en evidenciar si esa desaceleración de 90 y que persistía en 100 a los 15 minutos más tarde, - Frecuencias Cardíacas Fetales que estaban por debajo de lo normal -, fuese benigna o no y, como tal se demoró 52 minutos, -acorde a las cuentas subjetivas de la perito-, para producir el nacimiento de la bebé, que insistimos, fue tardía la conducta.

Observen Honorables Magistrados que la perito al contestarnos nuestra pregunta No. 3.1., ¿Se puede considerar que una FRECUENCIA CARDIACA FETAL de 90 por minuto, indica que el feto se encuentra en un SUFIMIENTO FETAL?, al ella precisar que durante un trabajo de parto normal pueden presentarse los siguientes tipos de desaceleraciones (descenso de la frecuencia cardíaca fetal basal por 30 segundos o más), las cuales se dividen en **Desaceleraciones tempranas, Desaceleraciones tardías**, si son o no recurrentes y que requieren una acción inmediata para disminuir el riesgo de resultados adversos fetales asociadas a la hipoxia y la depresión cardíaca; **Desaceleraciones variables, Desaceleración prolongada** y que refleja una caída de la frecuencia cardíaca fetal mayor o igual a 15 latidos por minuto, de 2 o más minutos de duración, pero menor a 10 minutos, **Bradicardia sostenida**: caída de la frecuencia cardíaca fetal por debajo del rango normal por 10 minutos o más; éstos solos reportes de la historia clínica demuestran que la clínica demandada no permitió establecer que tipo de desaceleraciones presentaba este

trabajo de parto, para determinar si eran o no normales. Por el contrario, aún evidenciando que la alteración de la frecuencia cardíaca fetal estaba alterada a la 1 am de aquel 13 de julio y que persistió en 100 por minuto a 1:15 horas del 13 de julio de 2009, la Clínica demandada no diagnosticó una bradicardia sostenida que persistió por el lapso de 10 minutos y que ya estaba por debajo de 110; Por lo mismo, al no diagnosticar la BRADICARDIA FETAL SOSTENIDA ENTRE 1:00 HORAS Y LA 1:15 HORAS, NO TOMÓ LA DECISIÓN DE CESÁREA DE MANERA INMEDIATA, SINO QUE ESPERÓ HASTA LAS 1:40 HORAS DEL 13/07/2009, TAL COMO LO PRUEBA EL FOLIO 63 DE LA PÁGINA 5 DE 8 DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA QUE SE REGISTRÓ EL SIGUIENTE "ANÁLISIS: PTE EN 10 DE DILATACIÓN, SE PASA A SALA TRABAJO CON BRADICARDIA FETAL, FETO NO DESCIENDE. MAL PUJO MATERNO, EXPULSIVO PROLONGADO CON BRADICARDIA SOSTENIDA. SE PASA A CESAREA URGENTE, SE COMENTA CON PEDIATRA".

Y es que como contestó la perito a nuestra pregunta No. 3.2., en la que manifiesta que según la literatura, ante una bradicardia fetal la cual produce un estado fetal no tranquilizador (previamente nombrado Sufrimiento Fetal), lo que indica un estado de alarma que requiere un manejo inmediato, se considera una Bradicardia Fetal (frecuencia cardíaca inferior a 110 latidos por minutos) que persiste si dura 10 minutos o más; Se logra entonces probar, Honorables Magistrados, que la clínica demandada no proporcionó un manejo inmediato de terminar el embarazo al observar una frecuencia cardíaca fetal que estaba alterada a la 1 am de aquel 13 de julio y que persistió alterada en 100 por minuto a 1:15 horas del 13 de julio de 2009.

El mismo relato de la materna, - material probatorio que el Juez de primera instancia no valoró en su Sentencia y que solicitamos a los Honorables Magistrados discutan en Segunda Instancia conducente a dársele el determinado grado de credibilidad y su correspondiente valoración -, describe que luego que le aplicaron la anestesia epidural, el personal de enfermería le continuó haciendo presión muy fuerte en el abdomen, con el fin de desplazar la bebé por el canal del parto para precipitar el parto vaginal, situación que no esta registrada en la historia clínica. Dicha presión o maniobra denominada de Kristeller, no está justificada y no debe realizarse, tal como lo afirmó la perito en la respuesta a nuestra pregunta No. 3.6.

Observarán los Honorables Magistrados una ayuda de valor probatorio más, al interpretarse la respuesta a nuestra pregunta No. 3.7 cuando se le preguntó a la perito:

¿Se puede considerar como demorado el lapso de tiempo de **CUARENTA MINUTOS** para diagnosticar una "**BRADICARDIA FETAL**"? a sabiendas que se registró una **FRECUENCIA CARDIACA FETAL de 90 por minuto** desde la 1:00 hora del 13 de julio de 2009, y si esa fue la situación de la materna **ANGELA MARÍA ARANGO HENAO**. Tomando como base la respuesta de la perito de que se debe tener en consideración el funcionamiento de los servicios de Obstetricia en una institución, donde la hora en que queda registrada la nota es la hora en la que se escribe, que comúnmente es posterior a la evaluación de cada paciente. Entonces, se deduce que el registro de las **FRECUENCIAS CARDIACAS FETALES** fueron detectadas antes de las horas registradas. Pues, entonces se debe concluir que la respuesta de la perito debió ser positiva, máxime que en repuestas a la pregunta No. 3.7 de la Clínica Soma, la misma perito precisó que según los registros de la historia clínica, el diagnóstico de la bradicardia fetal se registró a la 1:00 h del 13/07/2009 y supuestamente, el nacimiento se produjo a la 1:52 h (52 minutos después).

La perito reitera en la respuesta a nuestra pregunta No. 3.8. que la literatura científica ha determinado un tiempo aproximado de hasta 30 minutos de espera entre las maniobras para solucionar la bradicardia y la realización de una cesárea emergente ante la persistencia de la bradicardia fetal.

La perito señaló en la respuesta No.3.9 que para determinar que la encefalopatía haya sido causada por factores asociados al momento del nacimiento se debe haber excluido otras causas dentro de las que se encuentran: infección materna o fetal, malformaciones fetales o síndromes genéticos, los cuales pueden afectar el neurodesarrollo y causar un cuadro similar. Honorables Magistrados, la misma historia clínica de la materna descartó aquellas posibles situaciones patológicas en la materna y en la bebé que estaba por nacer.

Solicitamos a los Honorables Magistrados considerar como PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL lo siguiente:

En reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, expediente 05001 31 03 009 2010 00185 01 (4124 de 2021), fecha de expedición documento: noviembre 16 de 2021, en un caso similar la Sala decidió no casar la Sentencia emitida por su mismo Tribunal Superior de Medellín, Sala Civil, señalando que tal como lo indicó el Tribunal, hubo negligencia en la practica del monitoreo fetal que fue ordenado en horas de la mañana, ya que el tiempo de valoración fetal electrónica era mínimo de 40 minutos

continuos de manera que permitiera observar en forma más objetiva la presencia de desaceleraciones de la frecuencia cardiaca. En contraste, el manual que se hacía con un estetoscopio durante 1 a 10 minutos, lo que impedía detectar cambios en la fetocardia y el sufrimiento de la bebé que estaba por nacer.

Como se logra probar, en el caso de la atención del parto de la materna **ANGELA MARÍA ARANGO HENAO** la clínica Soma, no realizó un tiempo de Valoración Fetal Electrónica, cómo mínimo de 40 minutos continuos luego de la 1:00 horas del 13 de julio de 2009, de manera que permitiera observar en forma objetiva la presencia de desaceleraciones de la frecuencia cardiaca durante este tiempo. Obsérvese que esta valoración electrónica fue realizada hasta las 00:20 horas del 13 de julio de 2009. Por el contrario, lo único que se demuestra con los recortes del Monitoreo Fetal Electrónico anexos en la historia clínica, es que sólo se le realizó el monitoreo fetal electrónico desde las 15 horas del 12 de julio de 2009 hasta las 00:20 horas del 13 de julio de 2009: Obsérvese los recortes del registro electrónico a las 15 horas, a las 15:20 horas, a las 15:40 horas pegados en un solo folio - indicados en los folios No. 246, 247, 248 - y los registros electrónicos a las 00:07 horas y 00:20 horas - indicados en el folio No. 249.

Honorables Magistrados, tampoco le importó a la clínica demandada para tomar una decisión inmediata, valorar la presencia de una Frecuencia Cardiaca Fetal que estaba alterada a la 1 am de aquel 13 de julio y que persistió alterada en 100 por minuto a 1:15 horas del 13 de julio de 2009.

Con las evidencias que se acaban de exponer, también se cae de peso a las conclusiones que llegó el Juez de primera instancia, con relación al nexo de causalidad. Con un pobre análisis de la historia clínica y aceptando en su integridad lo manifestado en las conclusiones del informe pericial y lo depuesto por los supuestos testigos de la parte demandada, el Señor Juez concluyó que con el análisis de la prueba, se infiere que la Dra. Merino Correa encontró que la paciente, para ese momento y según su percepción, el diagnóstico final de la menor **LUISA MARIA GALLO ARANGO** de **ENCEFALOPATÍA HIPOXICA ISQUEMICA CON RETARDO GLOBAL DEL DESARROLLO, SORDERA BILATERA, EPILEPSIA SECUNDARIA Y PARALISIS CEREBRAL INFANTIL** y que fue sufrido por la menor, se debió a **múltiples causas, y no solo a una**, siendo imposible determinar un hecho generador en particular; que por lo tanto, no es posible asegurar que fue la bradicardia que sufrió la nasciturus minutos antes del alumbramiento la que originó las múltiples dolencias que hoy padece.

Sea primero advertir que la misma historia clínica desvirtúa completamente las posibles múltiples causas que pudiesen haber generado la Parálisis Cerebral que padece la menor LUISA MARÍA GALLO. No existe reporte alguno que pudiese considerar dicha posibilidad durante el embarazo de la madre y en la bebé posterior a su nacimiento. Por lo tanto, esa conclusión que acogió el Señor Juez de primera instancia, no son más que SIMPLES CONJETURAS CARENTES DE PRUEBAS.

Antes, por el contrario, se logra evidenciar que la ENCEFALOPATÍA HIPOXICA ISQUEMICA CON RETARDO GLOBAL DEL DESARROLLO, SORDERA BILATERAL, EPILEPSIA SECUNDARIA Y PARALISIS CEREBRAL INFANTIL sufrido por la menor LUISA MARIA GALLO ARANGO fueron consecuencia directa de la tardanza en definir la cesárea en la materna, en los primeros 30 minutos luego de la 1:00 horas del 13 de julio de 2009 en que se presentó la Frecuencia Cardiaca Fetal de 90 por minuto (BRADICARDIA), que persistió en 100 a los 15 minutos más tarde, contraviniendo lo que precisamente reiteró la perito en la respuesta a nuestra pregunta No. 3.8. que la literatura científica ha determinado un tiempo aproximado de 30 minutos de espera entre las maniobras para solucionar la bradicardia y la realización de una cesárea emergente ante la persistencia de la bradicardia fetal, momento en que la institución no realizó ninguna maniobra para solucionar dicha bradicardia; o lo que es lo mismo, no realizó la cesárea emergente. Por la BRADICARDIA FETAL SOSTENIDA, como finalmente se diagnosticó tardíamente, EL CEREBRO DE LA BEBÉ CARECIÓ DE OXIGENACIÓN, llevándola a padecer ENCEFALOPATÍA HIPOXICA ISQUEMICA al momento antes del nacimiento.

Por las consideraciones y solicitudes expuestas en este Recurso de Apelación, solicito a los Honorables Magistrados del Tribunal Superior revocar en toda su integridad la SENTENCIA emitida el tres (3) de febrero de dos mil veintidós (2022) por el **JUZGADO VEINTIUNO CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN**. Y como consecuencia, se acceda a todas las pretensiones de la demanda.

Por ultimo, en el evento en que los Honorables Magistrados llegaren a confirmar la Sentencia de primera instancia, solicitamos se revise las costas y las agencias en derecho fijados por el Juez de Primera instancia, la cual la estimamos exorbitante en consideración a las condiciones económicas de la familia de LUISA MARIA GALLO ARANGO, quienes además de subsistir sosteniendo y manteniendo una menor de edad con RETARDO MENTAL SEVERO, son familias que sobreviven en estrato bajo, tal como se demostró al momento de

convocar a las demandadas, ante la Personería Municipal de Medellín, en donde se realizó la conciliación prejudicial. Institución que sólo proporciona esta conciliación, sólo a posibles demandantes en condiciones de pobreza.

Atentamente,

SOR TERESITA TORO QUINTERO

C.C 42.886.042 den Envigado

T.P 55.991 del C.S.J.