

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR GERENCIA DE NEGOCIOS EMPRESARIALES
ÁREA DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES
(NUMERAL 1 AL 5)

1 INFORMACIÓN GENERAL				
Número De Póliza	013000349027			
Vigencia (dd/mm/aaaa)	Desde	28/04/2018	Hasta	28/Abr/2019
Valor Asegurado	\$2.090.000.000			
Deducible	10% de la pérdida, mínimo \$2000000			
Número De Siniestro	9200000323735			
Fecha Aviso (dd/mm/aaaa)	31/07/2020			
Fecha Aviso Empresariales (dd/mm/aaaa)	31/07/2020			
Fecha Jurídico	12/08/2020			

2 DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS	
Quién	MENOR FALLECIDO (RECIEN NACIDO) LA MADRE ES MARÍA FERNANDA SARMIENTO BAUTISTA
Número Documento de Identidad	T.I.: 1005282144
Cómo Sucedieron Los Hechos	La menor MARÍA FERNANDA SARMIENTO BAUTISTA quedó embarazada y presentó infección urinaria, fue atendida en principio en el Hospital de Sabana de Torres y remitida a la Clínica Chicamocha -Bucaramanga- y finalmente fue atendida en la Clínica Materno Infantil San Luis (tenía 8 meses y 4 días de gestación) allí fue hospitalizada por 4 días. La joven recibió sus controles de embarazo en la IPS SURAMERICANA, en donde le diagnosticaron un embarazo de alto riesgo, con observaciones precisas que no fueron acatadas manifiesta la parte demandante por los doctores y el personal de la Clínica Materno Infantil al momento de la remisión que se realizó. El 23 de mayo de 2020 la menor María Fernanda tuvo cita de control y fue remitida a la Materno Infantil por tener el vientre muy pequeño para tener 30,7 semanas de gestación, estando en la Materno Infantil el médico de

	guardia le ordenó realizarse una ecografía y con posterioridad le comunicaron que el feto presentaba falta de crecimiento ya que la placenta era muy grande, al feto le maduraron los pulmones y a la madre le ordenaron un control semanal con Doppler. Los días 26 y 30 de Mayo la menor regresó a la Clínica Materno Infantil 1. porque presentaba dolores intensos de cabeza, hormigueo en la parte izquierda de la cabeza y ardor en la boca del estómago, razón por la cual le realizaron examen de preclamsia y resultó normal, 2. Para realizarse el control de rutina y le confirmaron que todo se estaba desarrollando bien. Los días 2, 5 y 12 de junio la menor María Fernanda volvió a asistir a la Clínica Materno Infantil para control de Doppler fetal, en el primer control el médico tratante informó que todo se encontraba normal y que el bebe se encontraba bien, pero que si los signos vitales llegaban a caer era necesario extraer el feto, en el segundo control el médico tratante concluyó <i>“Relación cerebro placentaria, Doppler de uterinas normal, restricción de crecimiento intrauterino y circunferencia abdominal en percentil<2,3 para la edad gestacional”</i> adicionalmente el medico reiteró que si en cualquier momento la presión llega a bajar era indispensable extraer al bebe y en el tercer control informan nuevamente que el bebé estaba bien, que aún no era tiempo de sacar al bebe del vientre. El 19 de junio de 2018, debido a que la menor presentó un fuerte dolor en la parte baja del vientre se dirigió a la Materno Infantil, al momento de llegar la enfermera la revisó y no le encontró signos vitales al bebé, razón por la cual fue revisada por el Dr. Guarín e informó que no escuchaba el latido del corazón del feto, el Dr. Romero realizó la cesaría el 19 de junio de 2018 a las 2:00 am y entre ambos médicos le avisaron a la menor que no había nada que hacer, que el feto ya estaba muerto. El 2 de julio de 2018 se realizó AUTOPSIA PERINATAL, realizada por el Dr. Julio Mantilla y quien determinó: <i>“teniendo en cuenta los datos de historia clínica y correlacionados estos con los hallazgos del examen macroscópico externo e interno del cuerpo y del examen histopatológico, se concluye que se trata de un feto de sexo masculino, cuya muerte ocurre pocas horas antes de la cesárea a consecuencia de hipoxia aguda por interrupción de flujo sanguíneo materno-fetal por abrupcio de placenta. En la autopsia no se encuentran malformaciones externas, ni internas, así como tampoco se identifica lesión inflamatoria específica en ninguno de los órganos examinados.”</i>
--	--

Con Qué	FALLECIMIENTO DEL MENOR HORAS ANTES DE REALIZAR CESÁREA
Dónde, Parte(s) del Cuerpo Afectada(s)	VER HISTORIA CLINICA
Cuándo (fecha de ocurrencia dd/mm/aaa)	18/06/2018
Por Qué	RECIEN NACIDO FALLECIDO

3	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES ADELANTADAS POR EL ASEGURADO

4	RECLAMACIONES PRESENTADAS AL ASEGURADO(R)
Citación audiencia de conciliación	No aplica
Reclamación extrajudicial	No aplica
Nombre del Abogado	
Convocantes y/o reclamantes	ANA BELEN BAUTISTA (MADRE DE LA MENOR QUE PERDIÓ AL BEBÉ), JOSÉ MANUEL SARMIENTO GUARÍN (PADRE DE LA MENOR QUE PERDIÓ AL BEBÉ) Y ANDRÉS FELIPE PARRA MARTÍNEZ (PADRE DEL MENOR FALLECIDO)
Convocados	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A (LLAMADO EN GARANTIA) CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A (DEMANDADO)

5	PRETENSIONES					
Perjuicios extra patrimoniales	Daño Moral	Cuantifica (S/N)	S	Valor	\$175.560.600	
		Solicita (S/N)				
	Vida de relación	Cuantifica		Valor		
		Solicita (S/N)				
Observaciones	\$175.560.600					

Perjuicios materiales	Lucro Cesante	Cuantifica (S/N)			
		Solicita (S/N)			
	Daño Emergente	Cuantifica		Valor	
		Solicita (S/N)			

5	PRETENSIONES						
	Perjuicios extra patrimoniales	Daño Moral	Cuantifica (S/N)	S	Valor		
			Solicita (S/N)				
		Vida de relación	Cuantifica	S	Valor		
			Solicita (S/N)				
	Observaciones						
	Perjuicios materiales	Lucro Cesante	Cuantifica (S/N)	S			
			Solicita (S/N)				
		Daño Emergente	Cuantifica	S	Valor		
			Solicita (S/N)	TOTAL \$			

HASTA Aquí LLENO

**INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR IPS SERVICIOS DE SALUD SURAMERICANA
(NUMERAL 6)**

6	RESULTADOS EVALUACIÓN CONCEPTO MÉDICO
---	---------------------------------------

Las historias clínicas analizadas fueron tomadas de las atenciones efectuadas en la Clínica Materno Infantil San Luis S.A., además, de la historia de las consultas ambulatorias realizadas por ginecología/obstetricia y perinatología. Así como también, del informe autopsia perinatal aportado.

RESUMEN HISTORIA CLINICA

Primigestante de 15 años, quien a las 7.3 semanas presentó pielonefritis, por lo que fue hospitalizada en la Clínica Materno Infantil San Luis S.A. desde el 17/12/2017 hasta el 21/12/2017 y manejada con ampicilina sulbactam, al egreso manejo con cefradina 500 mg cada 6hs por 4 días. Con ecografía de III nivel del 05/01/2018 que reporta Embarazo de 33.3 +/- 2.7 semanas, bienestar fetal al momento del examen, anatomía fetal normal. En control ecográfico del 23/04/2018 se reporta embarazo de 25.5 +/- 2.0 semanas, bienestar fetal al momento del examen, anatomía fetal normal. Se realiza maduración pulmonar fetal en semana 30. Se realiza perfil de crecimiento fetal el 23/05/2018 en el que se reporta relación cerebro placentaria alterada, aumento de la pulsatilidad de las arterias uterinas, restricción de crecimiento intrauterino, circunferencia abdominal en percentil 2.4 para la edad gestacional. Se sugiere control con doppler fetal en 1 semana. En control por perinatología del 24/05/2018 se conceptúa alto riesgo obstétrico, paciente referida por restricción del crecimiento intrauterino. RxS: asintomática, movimientos fetales presentes, no sangrado no síntomas urinarios, flujo vaginal fisiológico, sin dolor abdominal. FUR: 20/10/2017 EG:36 semanas. Y conceptúa gestación de 30.6 semanas, Restricción del crecimiento intrauterino, redistribución del flujo sanguíneo fetal, control semanal, para vigilar bienestar fetal.

Se realizan controles de bienestar fetal por medio de doppler y valoración perinatal

05/06/2021 PERINATOLOGÍA Alexander Arrieta RM 6200:

Gestación de 32 semanas 4 días x FUR, restricción de crecimiento intrauterina tipo I, 05/06 doppler fetal percentil menor a 3. Relación cerebro placentaria normal. Revisión por sistemas: En el momento asintomática, niega contracciones, niega pérdidas vaginales, niega síntomas urinarios, movimientos fetales presentes. Exámenes: 05/06 monitoria fetal categoría 1. Laboratorios de control prenatal dentro de límites normales, inmune a toxoplasma gondii, 05/06 doppler fetal: restricción de crecimiento intrauterino. Perfil hemodinámico fetal normal. Análisis: Paciente de 32 semanas 4 días primigestante con feto en

percentil menor a 3 con doppler fetal realizado hoy dentro de lo normal, se considera hacer seguimiento con doppler semanal, de acuerdo a los resultados de doppler se decidirá momento de terminación de la gestación, control con doppler fetal en 1 semana y consulta por perinatología en 10 días.

17/12/2017 CLÍNICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. EPICRISIS (17/12/2017a 21/12/2017):

17/12/2017: DX: supervisión primigesta muy joven, infección de vías urinarias. Análisis resultados: CH L12.8, N76, RPlaquetas: 303000. Orina: leucoestearasas POS, Leucocituria+hematuria, PCR: 24. Plan: Hospitalizar, Ampi/Sulbactam 1.5 g EV cada 6 hs. SS/ ultrasonografía obstétrica transvaginal, ultrasonografía de vías urinarias, urocultivo.

20/12/2017: Embarazo de 7.5 semanas. DX: infección de vías urinarias, supervisión primigesta muy joven, infección de vías urinarias. Ampicilina sulbactam 1.5 g IV cada 6 hs.

21/12/2017 Embarazo de 7.6 semanas. DX: infección de vías urinarias, supervisión primigesta muy joven, infección de vías urinarias. Análisis: Valorada en ronda médica por GO turno, encontrándose estable hemodinamicamente sin SIRS, con evolución adecuada, con urocultivo que muestra sensibilidad a cefalosporinas, por lo cual se decide dar egreso con manejo ATB y control por EPS. Plan: cefradina 500 mg cada 6 hs por 4 días. SS/ urocultivo post tto.

23/05/2018 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Carlos Almira RM 25663:

DX: P059 Retardo del crecimiento fetal. O365 Atención materna por déficit del crecimiento fetal. Análisis: MNF categoría I, sin actividad, MFRS POS. Se remite a valoración por perinatología, teniendo en cuenta la EG y edad de la paciente. Plan: Betametasona 12 mg IM una dosis y segunda dosis en 24 hs.

24/05/2018 PERINATOLOGÍA Andrés Felipe Nuñez RM191892004:

DX: P059 Retardo del crecimiento fetal. O365 Atención materna por déficit del crecimiento fetal. Anamnesis: Alto riesgo obstétrico. Paciente referida por restricción del crecimiento intrauterino. RxS: asintomática, movimientos fetales presentes, no sangrado no síntomas urinarios, flujo vaginal fisiológico, sin dolor abdominal. FUR: 20/10/2017 EG:36 semanas. Exámenes: 23/05/2018 Relación cerebro placentaria alterada, Percentil 2, aumento de la pulsatilidad de las arterias uterinas, restricción de crecimiento intrauterino, circunferencia

abdominal en percentil 2.4 para la edad gestacional. EF: Abdomen: FCF: 140xmin. GU: no sangrado ni amniorrea, Ext: no edema, normoreflexia. Análisis: Gestación de 30.6 semanas, Restricción del crecimiento intrauterino, redistribución del flujo sanguíneo fetal. Concepto: Paciente con restricción intrauterino y redistribución del flujo sanguíneo fetal. Se realizará control semanal, para vigilar bienestar fetal.

26/05/2018 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Carlos Almira RM 25663:

Paciente G1 con EG 31 semanas, que acude por cuadro de cefalea + epigastralgia (con pirosis), desde la mañana de hoy, afebril, niega disuria, niega pérdidas vaginales. RxS: Ciclo completo de maduración pulmonar. Doppler hoy: perfil HD normal + aumento de pulsatilidad de AU+RCIU tipo I+ se sugiere doppler en una sem y valoración perinatología.

Dx: Cefalea, Análisis resultados: CH L12.5, Plaquetas: 335000, HB 12, orina neg, PCR neg, mejoría clínica evidente. Plan: Egreso.

31/05/2018 PERINATOLOGÍA Andrés Felipe Nuñez RM191892004:

Anamnesis: Alto riesgo obstétrico. Paciente referida por restricción del crecimiento intrauterino. RxS: asintomática, movimientos fetales presentes, no sangrado no síntomas urinarios, flujo vaginal fisiológico, sin dolor abdominal. FUR: 20/10/2017. EF: PA: 100/60. Abdomen: FCF: 140xmin. GU: no sangrado ni amniorrea, Ext: no edema, normoreflexia. Análisis: Gestación de 31.6 semanas, Restricción del crecimiento intrauterino, aumento de la pulsatilidad de las arterias uterinas. Concepto: Paciente con restricción intrauterino, con perfil hemodinámico fetal normal en último doppler fetal. Se continuará control seriado del bienestar fetal en 1 semana. Plan: tiene pendiente de III trimestre de VIH, SS Doppler fetal tomar en una semana. Control perinatología en dos semanas.

05/06/2018 PERINATOLOGÍA Alexander Arrieta RM 6200-2003:

Gestación de 32 semanas 4 días x FUR, restricción de crecimiento intrauterina tipo I, 05/06 doppler fetal percentil menor a 3. Relación cerebro placentaria normal. Revisión por sistemas: En el momento asintomática, niega contracciones, niega pérdidas vaginales, niega síntomas urinarios, movimientos fetales presentes. Exámenes: 05/06 monitoria fetal categoría 1. Laboratorios de control prenatal dentro de límites normales, inmune a toxoplasma gondii, 05/06 doppler fetal: restricción de crecimiento intrauterino. Perfil hemodinámico fetal

normal. Análisis: Paciente de 32 semanas 4 días primigestante con feto en percentil menor a 3 con doppler fetal realizado hoy dentro de lo normal, se considera hacer seguimiento con doppler semanal, de acuerdo a los resultados de doppler se decidirá momento de terminación de la gestación, control con doppler fetal en 1 semana y consulta por perinatología en 10 días.

12/06/2018 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA José Rafael Romero RM 73429732:

EA: Movimientos fetales presentes, niega vasoespasmo, niega actividad uterina, niega otra sintomatología. 12/06/2018 Doppler fetal: biometría para 31.4 semanas, peso 1625 gr menor de 3. Relación cerebroplacentaria alterada en P1, RCIU tipo 1. EO: AU 28 semanas. FCF: 145. Análisis: Embarazo de 33 sem 4 días por FUM acorde con ECO, RCIU tipo I, G1P0, ARO. Análisis: Paciente con dx anotados, derivada de perinatología para tomar prueba de bienestar fetal adicional, se decide toma de monitoria fetal y revalorar.

18/06/2018 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Diana Poveda RM 253895:

Paciente con dx de RCIU tipo I último doppler fetoplacentario alterado por relación cerebroplacentaria alterada en P1, en seguimiento, PFE menor a P3 por lo que asiste en el momento asintomática, niega actividad uterina, no pérdidas vaginales, movimientos fetales + activos, asintomática para vasoespasmo, niega otro síntoma asociado. Antecedentes personales: patológicos: RCIU Tipo I, maduración pulmonar fetal en semana 30. FUR: 20/10/2017, Edad gestacional por FUR: 34 Semanas + 3 días. FPP 27/07/2018. Controles prenatales No.:5. PA:128/80. Abdomen: Globoso por útero gravido, no hipertoniá ni hipersensibilidad uterina, no dolor a la palpación. EO: AU: 27, FCF:140, Tono Uterino: Normal. Análisis: Paciente con embarazo de 34 semanas 3/7 por FUR concordante con ecografía de I trimestre, en seguimiento por RCIU, en el momento asintomática, con fetocardia normal, sin cambios cervicales. SS/monitoria fetal+doppler fetoplacentario.

19/06/2018 EPICRISIS CLÍNICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

19/06/2018(00:29) GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA RM 2578/14228:

Dx: desprendimiento prematuro de la placenta, muerte fetal de causa no especificada, atención materna por déficit del crecimiento fetal. Subjetivo: Consulta por contracciones desde las 21 hs, G1P0 FUR 20/10 FPP: 27/07/2018 EG 34.4 semanas con RCIU con eco doppler hoy y con control una semana con reingreso por contracciones desde las 21 hs sin amniorrea no sangrado. GS O

Positivo. Objetivo: FCF no auscultable ni visible en ecografía de urgencias. TA: 132-78 FC:78. Abdomen: grávido, tono aumentado con contracción sostenida compatible con hipertensión vs abruptio. Cuello: cerrado no amniorrea no flujo, miembros normales. Análisis: Se explica a la paciente de no FCF auscultable y se explica la posibilidad de óbito fetal por un posible abruptio de placenta por lo que se pasa urgente a cesárea.

19/06/2018 INFORME QUIRÚRGICO: Cesárea extraperitoneal. DX: Desprendimiento prematuro de la placenta.

Nota operatoria: Útero grávido, líquido amniótico en moderada cantidad, sanguinolento, normotérmico, feto único, cefálico, útero con infiltración hemática miometrial a nivel del cuerno izquierdo y cara posterior izquierda, hematoma retroplacentario de 15 cm. Anexos normales. RN de sexo masculino, sin signos vitales, Peso 1925 gramos, Talla 43 cm, placenta normal, apgar: 0/0. Hora de nacimiento: 02:05 H

20/06/2018: Paciente femenina en puerperio mediato de cesárea por óbito fetal + abruptio de placenta sin complicaciones, se encuentra en ronda médica en buen estado general, sin déficit aparente, afebril e hidratada, hemodinámicamente estable, normotensa, no taquicárdica, con buen patrón respiratorio, con loquios escasos, con leve dolor a nivel perilesional, sin signos de irritación peritoneal, herida quirúrgica en buen estado. Tolerando la vía oral, sin emesis, realiza micción espontánea sin complicaciones, ginecólogo de ronda. Dr. Martínez ordena egreso médico.

02/07/2018 INFORME AUTOPSIA PERINATAL (Julio César Mantilla):

Autopsia No.050-2018

Nombre: Hijo de Maria Fernanda Sarmiento

Resumen de historia clínica: Mujer adolescente de 15 años de edad, quien cursa la semana 34 de su primer embarazo, ingresa a la clínica San Luis el día 19/06/2018 y se le realiza diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta, por lo que se practica cesárea, obteniéndose óbito fetal. Se solicita autopsia, procedimiento autorizado por la familia.

Diagnóstico: Feto sexo masculino, sin malformaciones congénitas, con una edad gestacional de 34 semanas, con retardo en el crecimiento de tipo asimétrico, quien fallece por hipoxia aguda pocas horas antes de cesárea

practicada por abrupcio de placenta. Placenta monocular monoamniótica madura con hematoma retroplacentario del 50%.

Análisis: Teniendo en cuenta los datos de historia clínica y correlacionado estos con los hallazgos del examen microscópico externo e interno del cuerpo y del examen histopatológico, se concluye que se trata de un feto de sexo masculino, cuya muerte ocurre pocas horas antes de la cesarea a consecuencia de hipoxia aguda por interrupción de flujo sanguíneo materno-fetal por abrupcio de placenta. En la autopsia no se encuentran malformaciones externas, ni internas, así como tampoco se identifica lesión inflamatoria específica en ninguno de los órganos examinados.

Causa muerte:

Hipoxia aguda in útero. Abruptio de placenta.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

17/12/2017 UROCULTIVO: Bacilos gram negativos en identificación. Microorganismo: Escherichia coli. No se recomienda el uso de betalactamasas de espectro extendido. No se recomienda el uso de cefalosporinas, aztreonam ni de inhibidores de betalactamasas.

17/12/2017 ECOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL: Embarazo intrauterino de 8 semanas 4 días pro LCC con vitalidad.

17/12/2017 ECOGRAFÍA VÍAS URINARIAS: Leve ectasia calicial inferior derecha.

17/12/2017 PCR: 24

19/12/2017 PCR: 6

05/01/2018 ECOGRAFÍA DE III NIVEL: Embarazo de 33.3 +/- 2.7 semanas, bienestar fetal al momento del examen, anatomía fetal normal.

23/04/2018 ECOGRAFÍA DE III NIVEL: Embarazo de 25.5 +/- 2.0 semanas, bienestar fetal al momento del examen, anatomía fetal normal.

23/05/2018 PERFIL DE CRECIMIENTO FETAL: Conclusiones: Relación cerebro placentaria alterada, Percentil 2, aumento de la pulsatilidad de las arterias uterinas, restricción de crecimiento intrauterino, circunferencia abdominal en

percentil 2.4 para la edad gestacional. Se sugiere control con doppler fetal en 1 semana.

26/05/2018 DOPPLER FETAL/BIOMETRÍA FETAL Alexander Arrieta RM 6200:
Biometría fetal: 28.9 +/-2.3 semanas. Conclusiones: Perfil hemodinámico fetal normal, aumento de la pulsatilidad de las arterias uterinas, restricción de crecimiento intrauterino tipo I, circunferencia abdominal en percentil 3.2 para la edad gestacional. Se sugiere control con doppler fetal en 1 semana y valoración por perinatología prioritaria.

26/05/2018 UROANÁLISIS: Estearasa leucocitaria 25 cel/uL, Leucocitos 10/uL.

26/05/2018 PCR: menor de 6.

02/06/2018 MONITOREA FETAL James Saenz RM 13072003:

Línea de base 135 lpm, variabilidad moderada, sin desaceleraciones, sin actividad uterina, categoría I. Se documenta bienestar fetal por monitoria fetal, paciente fue remitida por el Dr. Arrieta para prueba de bienestar fetal la cual es satisfactoria sin actividad uterina, paciente con dx de RCIU tipo 1, en seguimiento ecográfico y doppler en 3 días.

02/06/2018 DOPPLER FETAL/BIOMETRÍA FETAL Alexander Arrieta RM 6200:

Vena umbilical: no pulsátil. Biometría fetal: 30.2 +/-2.4 semanas. Placenta posterior grado II de 32 mm. Conclusiones: Relación cerebroplacentaria alterada en percentil I, restricción de crecimiento intrauterino tipo I por arteria umbilical y arterias uterinas pulsátil, aumento de la pulsatilidad de las arterias uterinas, circunferencia abdominal en percentil 7 para la edad gestacional. Se recomienda ingreso a urgencias para realizar de monitoria fetal.

05/06/2018 MONITORIA FETAL Javier Enrique Gómez RM 2578-14228:

Monitoria fetal reactivo FCF 150, no contracciones, buena variabilidad.

05/06/2018 DOPPLER FETAL/BIOMETRÍA FETAL Andrés Felipe Nuñez RM191892004:

Vena umbilical: no pulsátil. Biometría fetal: 30.9 +/-2.5 semanas. Placenta posterior grado II de 26 mm. Conclusiones: Relación cerebroplacentaria normal, doppler de arterias uterinas normal, restricción de crecimiento intrauterino,

circunferencia abdominal en percentil menor 2.3 para la edad gestacional. Se sugiere control con doppler fetal en 1 semana.

12/06/2018 MONITORIA FETAL James Saenz RM 13072003:

Monitoria fetal FCF Basal 145, reactiva, movimientos fetales +++, actividad uterina no regular, 1 en 20 minutos. Análisis: Monitoria fetal reactiva.

12/06/2018 DOPPLER FETAL/BIOMETRÍA FETAL Alexander Arrieta RM 6200-2003:

Vena umbilical: no pulsátil. Biometría fetal: 31.4 +/-2.5 semanas. Observaciones: Se remite para el servicio de urgencias para realización de pruebas de bienestar fetal y control con doppler fetal próximo lunes. Placenta posterior grado II de 29 mm. Conclusiones: Relación cerebroplacentaria alterada en percentil I, restricción de crecimiento intrauterino tipo I, aumento de la pulsatilidad de las arterias uterinas.

18/06/2018 DOPPLER FETOPLACENTARIOS Diana Poveda RM 253895:

Doppler fetoplacentario: ILA 9.2, PFE menor a P3 1721gr aumento de pulsatilidad de arterias uterinas, RCIU, relación cerebroplacentaria alterada percentil 1. Sugiere doppler en 1 semana- monitoria fetal, línea de base 150 x minuto, variabilidad moderada, aceleraciones + no desaceleraciones, ACOG I, no actividad uterina.

19/06/2018 UROANÁLISIS:

Muestra tomada con sonda: sangre 10, leucocitos 1/uL.

19/06/2018 LABORATORIO (12:36):

CH: Leu: 153000. Neu:10.400. Linf:4070. HB: 9.9. PTT: 21.4 Control: 30.13, PT: 12.4 Control: 13.07. Transaminasa glutámica oxalacética: 24.2, Transaminasa glutámico pirúvica: 8.2

19/06/2018 LABORATORIO (01:34):

PT: 11.7 Control: 13.07, PTT:23 Control: 30.13, CH: Leu: 185000. Neu:12.200. Linf:5140. HB: 12.1.

A	ORIGEN DEL DAÑO Señalar si el malestar por el cual se presenta la reclamación proviene del accidente que se imputa al asegurado.
Los hallazgos quirúrgicos descritos en el momento de la cesárea llevada a cabo el 19/07/2018 y el informe de la autopsia perinatal, guardan relación con el abruptio de placenta como causa de la muerte perinatal. El desprendimiento abrupto de placenta (abruptio placentae) es una complicación poco frecuente, pero grave, del embarazo. La placenta se desarrolla en el útero durante el embarazo. Se adhiere a la pared del útero y suministra al bebé nutrientes y oxígeno. El desprendimiento de la placenta se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared interna del útero antes del parto. Esto puede disminuir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes del bebé y causar un fuerte sangrado en la madre. El desprendimiento de placenta con frecuencia aparece de manera repentina. Si no se trata, pone en peligro a la madre y al bebé. Ahora bien, el embarazo cursaba paralelamente con restricción del crecimiento intrauterino, el cual incrementa el riesgo de deterioro in útero, muerte y pobres resultados perinatales.	

B	INCAPACIDAD (NÚMERO DE DÍAS) Señalar cuál ha sido o será el término (probable) de la incapacidad derivada del accidente sufrido por el reclamante.
NA	

C	TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS Señalar si los tratamientos y medicamentos recibidos o que el reclamante señala que necesita, son pertinentes para su recuperación y señalar (si es posible) si estos son asumidos por el POS.
Durante su atención en urgencias, hospitalización y ambulatorio recibió tratamiento farmacológico con analgésico, cobertura antibiótica, maduración pulmonar en la semana 30. Adicionalmente, requirió múltiples controles con ecografías obstétricas de III nivel, monitoria fetal y doppler fetal/biometría fetal.	

Ecografía vías urinarias. Valoraciones regulares por ginecoobstetricia y perinatología. Requirió cesárea de urgencia el 19/06/2018.

E	PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Señalar en lo posible cuál ha sido la pérdida de capacidad laboral sufrida por el reclamante como consecuencia del accidente; indicando también a manera de ejemplo qué actividades no podrá seguir desarrollando (abrir puertas, manejar, trotar, actividades de la vida cotidiana, etc.).
NA	

F	DOLOR Y SUFRIMIENTO Indicar, en una escala de 1 a 10, qué tan doloroso fue y será (en caso de que no haya terminado) el accidente, los tratamientos a los que conllevó y el proceso de recuperación del mismo.
Escala de dolor (1-10)	
NA	

G	OBSERVACIONES ADICIONALES Indicar si se tiene alguna observación adicional en relación con la evaluación del caso
La menor gestante fue clasificada con un embarazo de alto riesgo (edad de la gestante), en esta población la tasa de morbilidad materna y perinatal es superior a la de la población general. A las 7.3 semanas presentó pielonefritis, por lo que fue hospitalizada en la Clínica Materno Infantil San Luis S.A. desde el 17/12/2017 hasta el 21/12/2017. Según se informa en la historia clínica se estaban realizando controles prenatales y ecográficos regulares, de estos últimos se tiene conocimiento de ecografías del 05/01/2018 y 23/04/2018	

que reportan bienestar fetal al momento del examen, anatomía fetal normal.

A la semana 29.5 aproximadamente de embarazo se realiza perfil de crecimiento fetal el **23/05/2018** en el que se concluye relación cerebro placentaria alterada, Percentil 2, aumento de la pulsatilidad de las arterias uterinas, restricción de crecimiento intrauterino, circunferencia abdominal en percentil 2.4 para la edad gestacional. Por los hallazgos se sugiere control con doppler fetal en 1 semana. Se realiza maduración pulmonar fetal en semana 30. Es valorada por perinatología el **24/05/2018**, en dicha valoración se confirman diagnóstico de retardo del crecimiento fetal y el alto riesgo obstétrico. Sin embargo, en esta valoración la paciente se encuentra asintomática, con movimientos fetales presentes, no sangrado no síntomas urinarios, flujo vaginal fisiológico, sin dolor abdominal. Al examen físico con fetocardia de 140x/min. Sin sangrado ni amniorrea, sin edema, ni normoreflexia. Se conceptúa realizar control semanal, para vigilar bienestar fetal. El **26/05/2018** se realiza doppler el cual reporta perfil hemodinámico fetal normal, aumento de la pulsatilidad de las arterias uterinas, restricción de crecimiento intrauterino tipo I, circunferencia abdominal en percentil 3.2 para la edad gestacional. Ese mismo día, cursando por la semana 31 acude por cuadro de cefalea + epigastralgia (con pirosis). Se efectúan paraclínicos que reportan Leu12.5, Plaquetas: 335000, HB 12, orina neg, PCR neg, por lo cual se da de alta. El **31/05/2018** perinatología da continuidad a los controles seriados del bienestar fetal, para ese momento se mantiene las condiciones del control anterior, con restricción intrauterino, con perfil hemodinámico fetal normal según doppler. En siguiente control por perinatología aportado con fecha del **05/06/2018** se reporta gestación de 32 semanas 4 días x FUR, restricción de crecimiento intrauterina tipo I, 05/06 doppler fetal percentil menor a 3. Relación cerebro placentaria normal. Sin evidencia de signos de alarma ni modificaciones con respecto a control previo. El día **12/06/2018** y **18/06/2018** se realiza seguimiento ginecológico con monitoria fetal y doppler fetal/biometría fetal en los que persiste condiciones clínicas, esto es movimientos fetales presentes, sin vasoespismo, sin actividad uterina. Se mantienen los hallazgos de doppler fetal, esto es alteración relación cerebroplacentaria alterada en P1, RCIU tipo I, FCF: 145. El **19/06/2018 (00:29)** consulta por urgencias por contracciones desde las 21 hs, sin amniorrea no sangrado, al examen físico: no se ausculta fetocardia, con presión arterial de 132-78 FC:78. Tono uterino aumentado con contracción sostenida compatible con hipertensión vs abruptio. Se hace da impresión diagnóstica de abruptio de placenta por lo que se pasa

urgente a cesárea. El **20/06/2018** se da de alta.

Bajo este escenario se identifica que la gestante recibió seguimientos regulares tanto por ginecoobstetricia como perinatología, adicionalmente, se realizó control periódico con monitoria fetal y doppler fetal. Ahora bien, considero indispensable contar con el concepto por perito que tenga conocimientos relacionados con embarazo de alto riesgo y/o perinatología para definir si la frecuencia de los controles es la correcta y se conceptúe si era recomendable la terminación del embarazo antes del evento agudo.

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR GERENCIA DE ASUNTOS LEGALES
DIRECCIÓN DE SEGUROS
(NUMERAL 7 al 8)

7	CONCEPTO SOBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO

8	PROPUESTA DE INDEMNIZACIÓN
---	----------------------------

A	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES
	Daño Moral

Daño a la Vida de Relación	

B	PERJUICIOS PATRIMONIALES
Daño Emergente	
Lucro Cesante	

C	PROPUESTA INDEMNIZATORIA
Total \$	
Margen de maniobrabilidad \$	

REAPERTURA DEL CASO POR SOLICITUD DEL ASEGURADO

1 INFORMACIÓN GENERAL	
Fecha Aviso Empresariales (dd/mm/aaaa)	
Fecha Jurídico	

**INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR GERENCIA DE NEGOCIOS EMPRESARIALES
ÁREA DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES**

A OBSERVACIONES	

**INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR IPS SERVICIOS DE SALUD SURAMERICANA
(NUMERAL 6)**

B OBSERVACIONES	

**INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR GERENCIA DE ASUNTOS LEGALES
DIRECCIÓN DE SEGUROS
(NUMERAL 7 al 8)**

C	OBSERVACIONES

Realizó:

Martha Lucía Agudelo López
MÉDICA LABORAL
IPS SERVICIOS DE SALUD SURAMERICANA
Cra. 16 A # 84-05, piso 7
Bogotá D.C., Colombia
Tel.: (051) 6463060
mlagudelo@sura.com.co