

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO

Manizales, abril cuatro de dos mil veintidós

PROCESO	DECLARATIVO DE VERBAL RESPONSABILIDAD MÉDICA
RADICACIÓN	1700-31-03-006-2019-00275-00
DEMANDANTE	María Enith Correa Duque y otros
DEMANDADOS	Comeva EPS S.A. Clínica Versailles S.A. (hoy Ospedale)
SENTENCIA	000

I ANTECEDENTES

1. Pidieron los demandantes que a la Clínica Versailles S.A. (hoy Ospedale) y a Coomeva E.P.S. S.A. se les declare civilmente responsables del aborto y del posterior fallecimiento de Sandra Milena Velandia Correa, acaecidos el 27 de septiembre de 2014, durante el servicio de salud dispensado a la gestante por la primera de las mencionadas demandadas; y que, como efecto de tal pronunciamiento, se les condene solidariamente al pago de los perjuicios que les fueron

inferidos con ocasión de las antedichas pérdidas, fruto -según el libelo introductorio- del deficiente servicio de salud prestado.

Reprocharon de dicho servicio las siguientes acciones y omisiones:

1) La ausencia de órdenes para controles fetales continuos, ecografías y especuloscopias, que -al decir de los accionantes- hubieran permitido medir el líquido amniótico y el bienestar fetal. Estos son echados de menos por la actora desde la consulta del 15 de septiembre de 2014, en la Clínica Versailles; a la que acudió Sandra Milena Velandia por no percibir movimientos fetales y presentar tinitus y cefalea occipital; pero que, luego de un monitoreo fetal, el Dr. Javier Enrique Pieruccini Murillo, gineco-obstetra de la mencionada clínica, detectó la existencia de tales movimientos y dio de alta a la paciente, con información acerca de los signos de alarma.

2) La inexistencia de suministro antibiótico a la paciente, a pesar de haber sido diagnosticada con respuesta inflamatoria sistémica. En efecto, se dijo en la demanda que el día 26 de dicho mes la gestante asistió nuevamente a la referida clínica porque sentía movimientos uterinos continuos, diarrea, vómito, fiebre y malestar general; en donde fue atendida por la Dra. Lina María Zuluaga Vargas, también gineco-obstetra de la citada institución, quien le dictaminó gastroenteritis de presunto origen infeccioso; motivo por el cual dispuso la hospitalización de la misma, ordenó exámenes paraclínicos, hidratación con solución salina y mantenerla en observación [Hora 03:18 p.m.]; y que horas más tarde, con fundamento en los resultados arrojados por las citadas pruebas, el Dr. Pieruccini Murillo, ya mencionado, diagnosticó a la paciente con respuesta inflamatoria sistémica; y a pesar de ello, continuó con la hidratación, en lugar de iniciar el tratamiento antibiótico [Hora 08:23 p.m.]

3) El inusitado viraje en el tratamiento que se venía dando a la paciente, ya que por orden de la Dra. Luisa Fernanda Toro Rodríguez, médico general, se dio inicio al trabajo de parto, ignorando el manejo que se le estaba dando a la paciente [Hora: 11:01 p.m.] [HC:71/150]; tanto que las únicas medidas adoptadas por el personal médico en el marco de la atención en comento consistieron en: i) realización de tacto con fines de identificar dilatación intrauterina y porcentaje de borramiento, ii) Identificación de movimientos fetales presentes, y iii) Medidas de asesoría en técnicas de respiración en favor de la gestante.

Viraje seguido por la decisión del Dr. Pieruccini de llevar a cabo cesárea a la paciente, como en efecto ocurrió, atendiendo la solicitud de ésta en tal sentido luego de enterada del óbito fetal y de manifestar que no quería seguir colaborando con el trabajo de parto [Hora 04:10 a.m.]

La realización de dicha intervención [Hora: 05:57 a.m.], habiendo claros indicios de sepsis, propició la complicación de que da cuenta la historia clínica a la hora de las 08:02 a.m. del 27 de septiembre, caracterizada por la incontrolable hemorragia de Sandra Milena Velandia. Así lo refuerza la nota de la Dra. Luisa Fernanda Restrepo Rendón [09:48 a.m.]

A las 11:00 a.m. del 27 de septiembre de 2014 falleció Sandra Milena Velandia Correa.

Finalmente, concluyeron, con apoyo en manifestaciones del COVE, que la sepsis provocó la muerte del embrión, y el choque mixto séptico-hemorrágico, la de la materna; falencias que dejan entrever el desapego a las guías y protocolos que rigen este tipo de intervenciones por parte del personal médico que atendió a Sandra Milena Velandia.

2. Las demandadas se pronunciaron de la siguiente manera:

2.1. La Clínica Versalles¹ observó que el suministro de antibióticos a Sandra Milena Velandia no era pertinente, porque cuando fue valorada por el Dr. Pieruccini, el 26 de septiembre, se desconocía el foco de la infección; de modo que aplicar antibióticos en semejantes condiciones no es de recibo porque puede producir teratopatías.

Añadió que la Dra. Luisa Fernanda Toro Rodríguez no varió el tratamiento de vigilancia dada por obstetricia; por el contrario -dijo-, se atuvo a la evolución de la paciente, caracterizada por una mejoría de la frecuencia cardíaca fetal. No había, por lo tanto, síntomas que indujeran a cambiar la conducta a seguir, como se desprende de la nota de enfermería de la hora 11:01 p.m.

A través de los medios exceptivos propuestos invocó el carácter de resultado de la obligación de los profesionales de la salud, la inexistencia de culpa del personal sanitario que atendió a Sandra Milena Velandia Correa.

También llamó en garantía a los Dres.: Lina María Zuluaga García, con fundamento en contrato de trabajo existente entre ésta y la clínica; Luisa Fernanda Rodríguez Toro, Javier Enrique Pieruccini Murillo, Juan Esteban Sosa Bohórquez y Juan de la Cruz; a Coomeva S.A. y a las aseguradoras: Allianz Seguros S.A., Axa Colpatria S.A., y Chubb Seguros Generales S.A.

¹ **EXCEPCIONES DE MÉRITO - CLÍNICA VERSALLES S.A.:** 1) acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos; 2) Inexistencia de responsabilidad de la clínica Versalles S.A.; 3) inexistencia de culpa en la atención médica prestada al paciente por clínica Versalles S.A.; 4) Inexistencia de la obligación de indemnizar; 5) obligación de medios y no de resultados a la atención brindada por parte de clínica Versalles al paciente; 6) cobro lo no debido; 7) exceso de pretensiones y violación al juramento estimatorio; 8) carga de la prueba de los perjuicios sufridos; 9) innominada

2.2. Coomeva EPS S.A.², por su parte, se manifestó en términos similares respecto de la demanda, esto es, alegando la corrección del acto médico; eso sí, añadió la inexistencia de la solidaridad que de ella se predica en la demanda. Llamó también en garantía a: Seguros Confianza S.A. – Confianza S.A.

II CONSIDERACIONES

1. La responsabilidad médica

Como especie de la responsabilidad civil, la médica también puede ser contractual o extracontractual, según que los daños cuya reparación se pretende tengan su génesis en el incumplimiento, total o parcial, de una relación contractual; o por el contrario, en una acción u omisión ajena a cualquier relación contractual [Ley 23 de 1981 y SC001-2001, exp. 5507, José Fernando Ramírez Gómez].

En todo caso, se acepta si el perjudicado por el incumplimiento del contrato ha fallecido, sus herederos podrán solicitar la indemnización que se le deba al causante [actio iure hereditatis] y los perjuicios propios [actio iure proprio] [SC-118-2000, exp. 5774, M.P.: Silvio Fernando Trejos Bueno; SC de 18 de octubre de 2005, exp. 14491, M.P.: Pedro Octavio Munar Cadena; SC11347-2014, M.P.: Fernando Giraldo Gutiérrez]

² **EXCEPCIONES DE MÉRITO - COOMEVA S.A.:** 1) inexistencia de prueba de los elementos estructurantes de la responsabilidad civil extracontractual médica por parte de los demandantes; 2) inexistencia del nexo de causalidad (prueba de diligencia y cuidado en la atención médico asistencial por parte del personal médico a la paciente Sandra Milena Velandia Correa y a su hija no nacida Silvana Salazar Velandia; 3) causa extraña: fuerza mayor o caso fortuito; 4) falta de diligencia exclusiva del asegurado: culpa exclusiva de la víctima; 5) culpa exclusiva de la víctima; 6) excesiva tasación de perjuicios (enriquecimiento sin causa); 7) declarables de oficio.

Pero para predicar responsabilidad civil con ocasión de un resultado lesivo, contractual o extracontractual, en el ejercicio de la actividad médica no es suficiente la realización del mismo; se requiere, adicionalmente, acreditar la culpa del personal médico en la producción del mismo y, por supuesto, también el nexo causal entre culpa y daño.

Dicha culpa no se presume en la responsabilidad extracontractual, porque, de acuerdo con la jurisprudencia nacional, el ejercicio de la actividad médica no constituye una actividad peligrosa [SC001-2001, exp. 5507, José Fernando Ramírez Gómez], debido al carácter benefactor y altruista que es inherente a dicha profesión; de no ser así, la misma sería impracticable por causa de la enorme desventaja procesal en que se hallarían los profesionales de ese ramo ante las acusaciones de negligencia que se les llegare a imputar. Quiere decir lo que antecede, que en el ámbito de la responsabilidad extracontractual, la médica está cimentada sobre el régimen de culpa probada, que impone al actor la carga de demostrar la falla del profesional de la salud para que su pretensión salga avante.

En el régimen de las actividades peligrosas, valga precisar, el demandante está relevado de probar la culpa del accionado, pues ésta se presume, aligerando así la carga probatoria del damnificado. Al respecto, la más reciente doctrina de la Corte ha precisado que en las actividades peligrosas no se presume la culpa -como lo venía sosteniendo con precedencia-, sino que lo que se presume es la responsabilidad o mejor la causalidad; que el riesgo y el deber de garantía a cargo del guardián de la misma justifican dicho régimen, lo que explica porque el demandado está impelido a demostrar la causa extraña para liberarse de responsabilidad y no le es suficiente la prueba

de la diligencia y cuidado [SC4420-2020, M.P.: Luis Armando Tolosa Villabona; SC4204-2021, M.P.: Álvaro Fernando García Restrepo].

Y en la responsabilidad contractual ocurre igual, pues -por regla general- las obligaciones o deberes de conducta que adquiere el galeno son de medio, no de resultados; es decir, que no está obligado a salvar la vida del paciente o a mejorar su salud, según el caso, pero sí a poner todos los medios que estén a su alcance para lograr ese propósito [SC001-2001, exp. 5507, José Fernando Ramírez Gómez; Ley 1164 de 2007, art. 26, modificado por la Ley 1438 de 2011, at. 104]; por supuesto, en este último caso, sin perjuicio de que por acuerdo entre las partes se invierta el fardo probatorio [SC7110-2017, M.P.: Dr. Luis Armando Tolosa Villabona; SC4786-2020, M.P.: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo].

La culpa en esta materia, simple y llanamente, opera cuando “la conducta del galeno no se ajusta a los parámetros que la propia ciencia médica impone para el acto por él realizado” [SC2555-2019]; de manera que para deducirla se debe confrontar el acto médico enjuiciado con los dictados de esa ciencia.

Tales parámetros son conocidos como la *lex artis ad hoc*, que según noción elaborada por el Tribunal Supremo Español, acogida por nuestra Corte Suprema de Justicia [SC-001-2021, exp. 5507], es

“...aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización

sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados, y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)...” [T.S.S. de 11 de marzo de 1991]

También ha precisado el referido Tribunal que la actuación negligente, contraria a la *lex artis* médica

"...permite imputar el resultado dañoso a la demandada, por cuanto implica una actuación negligente de los facultativos, no por el resultado, puesto que los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, sino por una mala praxis médica." [T.S.S. de 18 de diciembre de 2006, Rec. 59/2000]

2. El caso concreto

2.1. Los registros contenidos en la historia clínica no fueron objeto de tacha alguna; por el contrario, sirvieron de soporte a las partes para explicar, desde sus diferentes perspectivas, la muerte de Sandra Milena Velandia y de su embrión; razones que permiten deducir al despacho la veracidad de lo allí consignado. Por lo tanto, se tienen como hechos ciertos del presente debate:

2.1.1. Que Sandra Milena estaba en embarazo

2.1.2. Que en ese estado acudió el 15 de septiembre de 2014, a consulta en la Clínica Versailles, quejándose de tinitus y cefalea occipital y de no percibir movimientos fetales; pero gracias al

monitoreo fetal que le realizó el Dr. Pieruccini Murillo, se pudo evidenciar la presencia de los mismos; por lo que éste dio de alta a la paciente con signos de alarma [HC 55-57/150]

- 2.1.3. Que el 26 de ese mismo mes, con 37 a 38,2 semanas de embarazo, asistió nuevamente a dicha Clínica, hora 03:13 p.m., refiriendo tener actividad uterina continua, fiebre, vómito, diarrea y malestar general, también negó pérdidas vaginales; donde fue atendida por la Dra. Lina María Zuluaga Vargas, gineco-obstetra; quien la diagnosticó con gastroenteritis presunto origen infeccioso; motivo por el cual dispuso la hospitalización de la paciente, la realización de exámenes paraclínicos, la hidratación con solución salina y la observación mientras llegan los resultados de las aludidas pruebas, para determinar la conducta a seguir [HC 68-69/150]
- 2.1.4. Que horas más tarde de ese día, 08:39 p.m., el Dr. Pieruccini Murillo diagnosticó respuesta inflamatoria sistémica en la paciente sin foco evidente, apoyado en los resultados de los paraclínicos; y que como plan de manejo dispuso seguir hidratando con solución salina y repetir monitoreo fetal pos bolo, cada 30 minutos [HC 70/150].
- 2.1.5. Que luego de una mejoría importante, según monitoreo pos bolo, fue hospitalizada para la realización de trabajo de parto [Hora: 11:01 p.m.], ya que se encontraba en fase latente del mismo [HC 72/150].
- 2.1.6. Que a la 04:10 a.m. se detectó el corazón sin movimiento [aquínético] del feto; y que informada de ello, Sandra Milena pidió que se le practicara cesárea, pues no estaba en condiciones de

pujar ni estaba dispuesta a colaborar con el trabajo de parto [HC 80-81/150]

2.1.7. Que la cesárea se llevó a cabo a la hora de las 5:57 a.m. [HC 83/150]

2.1.8. Que con posterioridad a dicha intervención quirúrgica, tuvo que ser trasladada a UCI [Hora: 07:54 a.m.], por causa de hemorragia pos cesárea, de cerca de 800 cc [HC 76/150]

2.1.9. Que a las 11:00 a.m. murió Sandra Milena Velandia

2.2. Evidenciado el daño, consistente en el fallecimiento de la madre y su producto, lo que sigue es establecer el hilo causal que une la actividad del profesional médico con dicho resultado. En este punto, importa determinar: 1) de qué murieron, esto es, que ocasionó su muerte (causa); 2) en qué acciones u omisiones incurrió el médico, conforme a la lex artis y 3) qué justificación tienen esas acciones u omisiones. Dicho de otro modo: 1) si la causa de la mortinata y de la madre fue producto de choque séptico, como se afirma la demanda; 2) si la lex artis ad hoc contempla la realización de biopsias, monitoreos fetales continuos y antibióticos de amplio espectro para contrarrestar los efectos de dicha patología y 3) si el equipo médico de la Clínica Versalles se apartó sin justificación alguna dichas pautas.

2.2.1. CAUSA DE LA MUERTE DE SANDRA MILENA VELANDIA:
¿CHOQUE SÉPTICO?

Con apoyo en la literatura especializada el Dr. Jesús María Jácome Hernández explicó los siguientes conceptos relacionados con el choque séptico:

“Sepsis: Es la presencia de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) que en la mayoría de las veces se asocia a la presencia de un proceso infeccioso. Sepsis grave: se concibe bajo el criterio de sepsis, más hipotensión y con evidencia de alteraciones en la perfusión de órganos, entre ellos: cambios agudos en el estado mental, oliguria, acidosis láctica o alteraciones en la presión arterial de oxígeno, sin una patología pulmonar o cardiovascular previa.

“La sepsis y el choque séptico durante el embarazo pueden ser resultado tanto de factores obstétricos como no obstétricos, así como de condiciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio. La sepsis en las mujeres embarazadas, principalmente, es el resultado de infecciones pélvicas, como corioamnionitis, endometritis, infección en la herida quirúrgica, aborto séptico o infecciones del tracto urinario y otras. La fase temprana de la sepsis suele manifestarse con signos en el sitio local de la infección.

“El reconocimiento temprano y la estabilización de las anomalías de choque séptico son vitales para asegurar un resultado materno-fetal favorable.

“Los hallazgos más comunes de laboratorio en pacientes con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica SRIS con o sin sepsis durante el embarazo son: leucocitosis; sin embargo, en casos de sepsis grave, la paciente puede llegar a desarrollar leucopenia y neutropenia como resultado de supresión de la médula ósea. Otra alteración de laboratorio es la presencia de elevación de creatinina. El nivel de lactato sérico mayor de 4.0 mmol/L se relaciona fuertemente con hipoxia tisular extensa, metabolismo anaerobio resultado de la hipoperfusión y diagnóstico de sepsis severa.

“El SIRS (del inglés Systemic Inflammatory Response Syndrome) es una situación clínica de respuesta inflamatoria general a una agresión, ya sea esta por una infección (sepsis), un traumatismo o una cirugía, aunque otras situaciones clínicas son también capaces de producirlo (TEP, ICC, etc.) (1,2). Se detecta clínicamente por la presencia simultánea en un paciente de dos o más de entre los siguientes criterios: frecuencia cardiaca superior a 90 lpm, frecuencia respiratoria mayor de 20 rpm, temperatura axilar superior a 38 °C o inferior a 36 °C, presencia de más de 12.000 leucocitos/mm³ o menos de 4.000 leucocitos/mm³ o la aparición de más de un 10% de cayados en el recuento diferencial (3). La detección precoz de esta situación clínica y el subsiguiente inicio de medidas de soporte (hidratación, antimicrobianos, oxígeno, etc.) es capaz de reducir la morbimortalidad en estos pacientes.” [Pericia, respuesta a pregunta 6]

Precisado lo anterior, tenemos que la Dra. Elia Beany Lasso Cerón atribuyó dicha la muerte de Sandra Milena Velandia a una corioamnionitis [Pericia, 28/37]; ocasionada: 1) por una rotura de membranas, no percibida por la paciente ni detectada por el servicio de salud; 2) infección urinaria recurrente y 3) infección vaginal a repetición. Los anteriores factores, explicó, favorecen la invasión uterina y, más tarde, la del torrente sanguíneo por el estreptococo del grupo B. Esta invasión, indicó, genera sepsis, que si no es debidamente atendida, como ocurrió en este caso, conduce a un defecto de coagulación (coagulopatía); que sumada al estrés por la cesárea, genera una hemorragia obstétrica severa; produciendo un choque séptico hemorrágico, que fue lo que causó la muerte de Sandra Milena Velandia.

Sobre el punto, el Dr. Jácome anotó: “La revisión de la Historia clínica de la materna no permite diagnosticar ni descartar el diagnóstico de

corioamnionitis, pero el resultado de la necropsia médico legal practicada a la mortinata, no reporta signos histopatológicos de infección fetal, ni de las membranas corioamnióticas.” [Pericia, respuesta a pregunta No. 16]

Efectivamente, del informe de necropsia 2014010117001000248, que sirvió de insumo para las diferentes pericias, no es concluyente acerca de la causa de la muerte de la materna, porque allí se lee como causa de la muerte de la materna: “En estudio, pos asfixia perinatal” [Archivo 52/201]; así lo corroboró el perito Jesús María Hernández Jácome al absolver la pregunta 57 de su pericia. Afirmó que “en la necropsia médico legal que se realizó a la paciente Sandra Velandia Correa no se identificó exactamente la causa de muerte (el profesional de patología expone que pudo ser a un choque séptico vs hemorrágico)”

También el Dr. Javier Eduardo Pérez Puerta descartó tal hipótesis; porque los hallazgos del estudio histopatológico se concentraron en el miometrio, que es la capa más interna que el endometrio, capa a la que está adherida la placenta; de donde deduce que si ni la placenta ni el endometrio ni el feto presentaban hallazgos de infección, los advertidos en el miometrio son siembras que vienen del compartimiento interno, por el mecanismo de la traslocación bacteriana; en el caso de Sandra Milena Velandia, secundario a la su estado crítico y sobre todo a la hipoxia tisular. Esto explica la presencia de hemocultivo positivos [Pericia, respuesta a pregunta 7]

Se evidencia, entonces, que la hipótesis del choque séptico planteada por la perito Lasso Cerón no es de recibo porque, además, de lo antes dicho se apoya en premisas falsas. En efecto, no precisa en qué momento se produjo la rotura de membranas a la que se refiere, porque es evidente que al inicio de la atención médica no existía dicha rotura, la

difunta lo negó a la Dra. Lina María Zuluaga García. Tampoco se entiende la expresión que la rotura de membranas no fue percibida por Sandra Milena Velandia y tampoco por el servicio de salud, pues no aclaró, entonces, de donde extrajo ese dato fáctico.

De otra parte, los Dres. Jorge Eduardo Pérez Puerta [Pericia, respuesta a la pregunta 15]; Javier Arturo Martínez García [Pericia, respuesta a la pregunta 28] y María Ximena Olaya Garay [Pericia, respuesta a la pregunta 25]; sugirieron como causa de la muerte materna la embolia del líquido amniótico.

La Dra. Sandra Milena Olaya Garay, gineco obstetra especialista en cuidado crítico y medicina intensivo, dijo sobre el tema que “El evento que llevo a la paciente a la muerte, inició durante el desarrollo de la cirugía en el trabajo de parto, donde presentó cuadro clínico súbito, de rápida progresión y catastrófico para la paciente. Ahora bien, basado en estas características y en la evolución de la paciente, una de las posibilidades diagnosticas es el embolismo de líquido amniótico, esta es una patología que se presenta con estas características, asociado con coagulopatía y rápida progresión a la muerte” [Pericia, respuesta a la pregunta 25]. Esta puede ser una hipótesis plausible de lo acontecido a Sandra Milena Velandia, pero como se desprende de lo preanotado no deja de ser una conjetura, pues se ha elaborado con visos de probabilidad, no de certeza.

Se infiere, entonces, que la muerte por causa de choque séptico no está probada

2.2.2. LA MORTINATA SILVANA SALAZAR VELANDIA

En el estudio histopatológico se consignó en relación a este punto lo siguiente:

“Histológicamente se encuentra placenta con marcada necrosis por probable origen isquémico muy posiblemente originado en el estado de choque materno lo que produjo una hipoperfusión placentaria lo que explica la causa de muerte.”

La Dra. Lasso Cerón estableció como hipótesis del óbito fetal: “La no detección oportuna de la sepsis que padecía la señora Velandia, la falta de manejo favoreció el choque y con esto una mala perfusión de la placenta lo que conllevó al insuficiente suministro de sangre al feto generando un estado de hipoxia que terminó con su muerte” [Pericia, 28/37]

La Dra. Olaya Garay, en cambio, sostiene que “Es imposible determinar la causa de muerte, pues el feto se encontraba bien y no mostraba signos de que el bienestar fetal estuviera comprometido. No es posible saberlo sin necropsia. La principal causa de óbito fetal son malformaciones, alteraciones cerebrales, cardíacas o metabólicas. No hay forma de demostrar que no tuviera algo desconocido que le provocara la muerte. Sin precisar la causa, todo es especulativo. Lo único cierto es que no hubo ningún signo de que se estuviera agravando o muriendo. A mi criterio fue algo subitito [sic] inevitable e inesperado” [Pericia, respuesta a la pregunta 13]

El Dr. Ricardo Arturo Martínez García afirmó que según el estudio de histopatología la placenta esta marcada con necrosis de posible origen isquémico (falta de irrigación sanguínea) con presencia de hipoperfusión

placentaria (disminución en el aporte de flujo sanguíneo a la placenta, condición que ocasionó la muerte. En la placenta hay necrosis sin evidencia de infiltrado inflamatorio. Y a renglón seguido explicó, que el infiltrado inflamatorio es la presencia de células como “neutrófilos, polimorfo nucleares, macrófagos y se encuentran presentes ante la clara o verdadera presencia de infección. En los datos de patología del mortinato no existía infiltrado inflamatorio [Pericia, respuesta a pregunta 8]

El Dr. Javier Eduardo Pérez Puerta manifestó que la mortinata se produjo por compresión del cordón umbilical durante las contracciones, debido a oligohidramnios, lo que constituye una patología idiopática; ya que la materna nunca refirió, aminorrea ni hidrorrea [Pericia, respuesta a la pregunta 15]

Para apoyar su hipótesis de la siembra bacteriana por la circulación por el intestino hasta el miometrio, explicó que primero es la corioamnionitis, luego la endometritis y finalmente la miometritis, que es una complicación más grave y más tardía que la corioamnionitis [Pericia, respuesta a pregunta 7]

Efectivamente, el informe de necropsia no refiere absolutamente nada acerca de infección placentaria, por lo que se colige que la hipótesis formulada en este sentido por la Dra. Lasso Cerón supone la existencia de la referida infección. Es decir, que tampoco se acreditó la pretendida muerte del feto por choque séptico.

El Dr. Pérez Puerta sugirió que la muerte se produjo por la compresión del cordón umbilical; pero al igual que en el caso de la materna, tal apreciación parece más bien una conjetura.

CONCLUSIÓN:

Como no se probó que el choque sistémico hubiera sido la causa de la muerte de Sandra Milena Velandia Correa y de la mortinata Silvana Salazar Velandia, no puede imputarse válidamente a negligencia de las demandadas tal desenlace; pues no está acreditado el enlace causal entre éste y el actuar de aquéllas; como tampoco la culpa galénica.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juez Sexto Civil del Circuito de Manizales, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

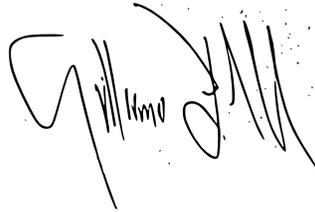
PRIMERO: DECLARAR prósperas las excepciones de falta de culpa y nexos causales invocados por las demandadas

SEGUNDO: ABSOLVER a las demandadas, Clínica Versailles S.A. (hoy Ospedale S.A.) y Coomeva S.A., de los cargos formulados por María Enith Correa de Velandia y otros

TERCERO: Como consecuencia de la improsperidad de la demanda, no se hace pronunciamiento alguno respecto de los llamados en garantía: Dra. Lina María Zuluaga García, Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Toro, Dr. Javier Enrique Pieruccini Murillo, Juan Esteban Sosa Bohórquez, Allianz Seguros S.A., Axa Colpatria S.A., Chubb Seguros S.A. y Confianza Seguros S.A.

CUARTO: Condenar a los demandados al pago de costas. Las agencias en derecho se fijan en la suma de siete millones de pesos.

Notifíquese y cúmplase

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Guillermo Zuluaga Giraldo', with a stylized flourish at the end.

GUILLERMO ZULUAGA GIRALDO

Juez