

Dra.

LUZ MARY ORETEGA ORTIZ

Honorable Magistrada TRIBUNAL SUPERIOR SALA-CIVIL-FAMILIA -LABORAL DE NEIVA HUILA.

E.

S.

D.

Ref : Ordinario de Responsabilidad civil extracontractual

Demandantes : Yandry Paola Chacón Rodríguez, Wilmer Gutiérrez González Y Otros

Demandados : Clínica Medilaser S.A. y Otros.

Rad : 41001310300420170024201

ASUNTO : Recurso de Apelación contra la sentencia de Primera Instancia del 30 de noviembre de 2017, la cual negó las pretensiones de la demanda.

JHON GILBER PEÑA CANO, conocido de auto en el proceso de la referencia, y actuando en calidad de apoderado de la parte demandante en el proceso de la referencia, por medio del presente escrito, procedo a descender el traslado concedido y en tal sentido me permito sustentar ante su despacho el **RECURSO DE APELACIÓN** contra de la Sentencia de **Primera Instancia del 30 de noviembre de 2017, la cual negó las pretensiones de la demanda**, por la inconformidad de la decisión a la cual hago los siguientes reparos y los sustento en los siguientes términos:

REPAROS E INCONFORMIDAD DE LA SENTENCIA RECURRIDA

Yerra el juez de primera instancia en los siguientes aspectos:

1-. Al no tener en cuenta la omisión, del médico tratante al ordenar vigilar espontáneamente el trabajo de parto, cuando por las complicaciones presentadas debió ordenar vigilancia constante, hacer monitoreo fetales cada 30 minutos, e iniciar la inducción del trabajo de parto, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud, o realizar la cesárea con el fin de evitar el aumento del riesgo de infección del feto y de la madre gestante, por cuanto se encontraba en fase latente por la ruptura prematura de la membrana, la cual puede generar varias complicaciones, y aumenta el riesgo de las siguientes:

1. Infección en la mujer (infección intraamniótica [corioamnionitis]), en el recién nacido (sepsis), o ambos
2. Presentación fetal anormal
3. Desprendimiento prematuro de placenta
4. Los estreptococos del grupo B y *Escherichia coli* son causas comunes de infección. Otros microorganismos en la vagina también pueden causar infecciones.
5. La rotura prematura de membranas puede aumentar el riesgo de hemorragia intraventricular en los recién nacidos; la hemorragia intraventricular puede dar lugar a trastornos del neurodesarrollo (p. ej., parálisis cerebral).
6. La rotura prematura de membranas pretérmino prolongada antes de la viabilidad (a < 24 semanas) aumenta el riesgo de deformidades de los miembros (p. ej., posición anormal de las articulaciones) e hipoplasia pulmonar debido a la pérdida del líquido amniótico (denominado secuencia o síndrome de Potter).

De lo anterior tenemos que tanto el feto como la madre se infectaron tal y como se desprende del estudio anatomopatológico posmortem de feto y placenta realizado por la Médico Patólogo CAROLINA SILVA MORERA, el día 23 de agosto de 2013, el cual arrojo el siguiente Diagnóstico:

- Corioamnionitis grado II
- Corangiosis
- Cambios por maduración acelerada
- Infarto placentario menor al 10%
- Cordón umbilical Trivascular esencialmente normal

Como vemos la **corioamnionitis** es una infección de la placenta y del líquido amniótico. Se presenta con más frecuencia cuando el saco amniótico ha estado roto por mucho tiempo antes del nacimiento. El síntoma principal es la fiebre.

La Corangiosis, corangiomas, y corangiomas (CM), son lesiones relacionadas con el desarrollo vascular fetal de la placenta, poco frecuentes. CM se define como lesión multifocal caracterizada por incremento del número de capilares que asienta el troncos vellositarios principales (primarios y secundarios) sin afectación de vellosidades terciarias, identificada (en general) macroscópicamente como varios nódulos compactos bien de localización focal, o difusa. Se presenta un caso de corangiomas localizada segmentaria en una placenta de mujer gestante con preclampsia grave y retraso de crecimiento intrauterino (CIUR).

Y los Cambios por maduración acelerada El impacto del diagnóstico de "envejecimiento de la placenta" en boca del médico y pronunciado en la penumbra de la sala de ultrasonidos, retumba en los oídos de la paciente, estremeciéndola. Para ella, la traducción instantánea de tan infortunado mensaje es el de un peligro inminente que corre su pequeño hijo, y a partir de ese momento queda a merced de la proposición que le haga el médico y que le permita "salvar" a como dé lugar a la criatura que en su seno y hasta la fecha no había dado ningún signo de que su salud estuviese comprometida.

Así las cosas y ante los riesgos latentes de infección por la ruptura prematura de la membrana y síntomas de preclampsia diagnosticados tanto en la nota remisoria como al ingreso a la clínica, era de vital urgencia iniciar la inducción del parto y/o expulsivo del feto-interrumpir el embarazo, ya sea por cesárea o utilizando los protocolos y procedimientos establecidos para tal fin, pero nunca descuidar como no hicieron los médicos tratantes, "vigilar espontáneamente el trabajo de parto", permitiendo con su negligencia y omisión que se infectara el feto y se produjera el óbito fetal, por la ruptura prematura de la membrana, si tenemos en cuenta que la paciente ingresa a las 9:17 pm del día 22 de agosto de 2013, y es revisada y atendida nuevamente hasta el día siguiente 23 de agosto de 2013 a las 7:30 AM, es decir que duro más de 10 horas y 30 minutos sin ningún tipo de tratamiento para evitar el contagio o inducción del trabajo de parto para agilizar el expulsivo y salvar al feto de las complicaciones e infecciones a las que lo sometió por la tortuosa espera sin ningún control que le permitiera nacer con vida al nasciturus y con ello la prosperidad de este recurso y la revocatoria de la sentencia recurrida para en su defecto ordenar el pago de los perjuicios causados.

2-. En el problema jurídico no se indica la posible omisión de la orden médica de hospitalización e inducción al parto de la paciente, o posible cesárea recomendada en la nota remisoria del **HOSPITAL DEL ROSARIO de Campoalegre Huila**, de fecha 22 de agosto de 2013, donde y después de diagnosticar ruptura prematura de la membrana, y al tacto encontraron **DOS de DILATACION**, con la tensión alta, al parecer con síntomas de preclampsia, la canalizaron y le hicieron monitoreo al bebe, el cual no presentaba novedades y por la complejidad decidieron remitirla a la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva, para que allí la hospitalizaran e indujeran al trabajo de parto o realizaran la cesárea por las complicaciones presentadas.

Es así como la paciente ingresa a la Clínica Medilaser a las 9 y 17 PM, del mismo día 22/08/2013, donde fue atendida por el Medico de turno Dr. Calderón, quien refiere, paciente con gestación de termino en trabajo de parto fase latente, RPM. Alta y THAE a clasificar, se hospitaliza en trabajo de parto y vigilar espontáneamente trabajo de parto.

Debido a la recomendación del Dr. CALDERON, descuidan a la Gestante pasando toda la noche sin ninguna observación ni tratamiento alguno y al día siguiente a eso de las 7:30 am, por petición de la paciente quien asustada grita que no siente el feto, que por favor la atiendan, deciden monitorearla y sorpresa tal que no hay latidos fetales, por lo que asustados deciden inyectarla con oxitócica y hacerla pujar como si estuviera haciendo del cuerpo y el Medico de turno le coloco el brazo encima del estómago para ayudarle a expulsar él bebe, el cual finalmente sale pero sin signos vitales.

Y debido al susto los médicos omiten hacerle reanimación al feto, simplemente lo aislaron, sin brindarle la última oportunidad de sobrevivir, descuidando la obligación de reanimarlo, negligencia, descuido y omisión que configura otra falla en el servicio, pues la obligación de los médicos es hacer todos los procedimientos tendientes a salvar la vida del recién nacido, sin descuidar o dejar de hacer todo cuando fuere posible para salvar la vida del paciente.

La reanimación o resucitación cardiopulmonar al nacer es una emergencia mayor en Pediatría. No hay otro período de la vida en que la probabilidad de requerir reanimación sea mayor: Alrededor de un 5 a 10% de los recién nacidos requiere algún grado de reanimación y de 1 a 10% de los nacimientos intrahospitalarios requieren de alguna forma de ventilación asistida. El tratamiento del niño deprimido, que no respira, puede ser fundamental para su sobrevivencia y calidad de vida. Debe ser realizado con el más alto nivel de competencia, lo que incluye personal calificado, equipamiento y medicamentos. Estas condiciones deben existir en todos los partos.

La principal causa de depresión cardiorespiratoria al nacer es la hipoxia perinatal. Esto puede ser anticipado en la mayoría de los casos por los antecedentes perinatales. Otras causas son: - la prematurez; - las malformaciones congénitas; - las drogas administradas a la madre y las enfermedades neuromusculares. En cualquiera de estos casos si no se interviene oportunamente, se producirá asfixia con todos los efectos deletéreos en los distintos órganos y sistemas.

De lo anterior es evidente la falla médica en la prestación del servicio, pues a pesar de la nota remisoria del médico del Hospital el Rosario de Campoalegre donde advertía, la dilatación, síntomas de preclamsia, entre otras complicaciones por lo que posiblemente requería la cesárea, y por tal motivo fue remitida a la Clínica Medilaser, para que realizaran dicho procedimiento o el procedimiento adecuado y no descuidarla como lo hicieron configurando el daño antijurídico que conllevó al óbito fetal del nasciturus.

Al respecto es preciso traer a colocación la sentencia de segunda instancia del 10 de abril de 2018 Magistrado Ponente JOSÉ ASCENCIÓN FERNÁNDEZ OSORIO del Tribunal Administrativo de Boyacá Sala de Casación No.4 en el proceso por falla en la prestación del servicio médico obstétrico radicado 150002331000200501725-02 que dice:

“En relación con los hechos narrados respecto de la protección de la familia y a la mujer en embarazo, estos derechos fundamentales están consagrados en los artículos 42 y 43 de la Carta Política.

Al respecto, la Corte Constitucional se ha pronunciado en reiteradas oportunidades, destacando la **sentencia de unificación** del 7 de mayo de 1993, en los siguientes apartes:

De los derechos de la mujer en estado de embarazo

Fundamentos Constitucionales. Así como sucede en la niñez, la juventud y la tercera edad, la maternidad fue objetivo de especial protección en la Constitución de 1991. Igualmente, dada su estrecha relación con la dignidad de la persona humana consagrada en el artículo 1° de la carta y la protección a la familia. Se estimó que la maternidad debe recibir protección constitucional. El artículo de la Constitución establece: La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación **durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección** del estado, y de toda la comunidad en general, amas aun de las entidades prestadoras de salud, en el sentido de realizar todos y cada uno de los procedimientos establecidos para garantizar la salud, la vida, del ser que está por nacer en el entendido de prestarle un óptimo prestación del servicio médico adecuado que procure la integridad física de ambos.

Por lo que resulta precisar que el artículo 11 de la C.P., consagra la vida como un derecho fundamental inviolable, cuyo amparo cubre al nasciturus tal y como lo consagra el artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos, el cual consagra.

“toda persona tiene derecho a que se respete su vida, y en general a partir del momento de la concepción”

De aquí es importante resaltar el papel que desempeña la mujer en la sociedad como madre, puesto que es ella quien se encarga del desarrollo y de la culminación del embarazo, la cual la convierte en una gestora de vida. Permitiendo la perpetuidad de la especie humana, cuestión más que suficiente, unida a la dignidad que le debe ser reconocida y respetada como persona, para que al momento del alumbramiento se le deba brindar el mejor trato que amerita tan magno evento.

La protección como gestora de vida, la consagración de la protección de la maternidad la cual rige en el artículo 93 de la C.P., y en el artículo 25 de la declaración universal de los derechos humanos.

Para concluir que revocara la sentencia de primera instancia para en su lugar, acceder a las pretensiones de la demanda por cuanto quedo demostrada la responsabilidad administrativa y extracontractualmente, como quiera que existió una falla médica en la prestación del servicio al no atender los protocolos impuestos para la atención obstétrica que desencadeno en la muerte fetal.

Así las cosas y elevado al rango constitucional la protección de la madre gestante y del nasciturus, como garantes del núcleo familiar y la perpetuidad de la humanidad, le imprime una mayor y mejor atención a las entidades prestadoras del servicio de salud en atender los protocolos impuestos para la atención obstétrica, el cual debe prestarse en la sala de partos con todos los medicamentos e implementos quirúrgicos y médicos especialistas, como ginecólogos, pediatras para sopesar cualquier dificultad, o complicación, en el caso de estudio la madre Gestante fue atendida por el Medico de turno Dr. Calderón, refiere, paciente con gestación de termino en trabajo de parto fase latente, RPM. Alta y THAE a clasificar, se hospitaliza en trabajo de parto y vigilar espontáneamente trabajo de parto, diagnostico tomando con base en la ecografía del 21-08-2013, la cual no es confiable toda vez que con base en esta diagnosticaron 35 semanas de gestación cuando en realidad estaba a dos días del parto.

De lo anterior tenemos que no se cumplieron los protocolos para el trabajo de parto por cuanto a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda:

Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda: • Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones. • Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna) y la frecuencia respiratoria. • Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura. • Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga. • Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer. D Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante la segunda etapa del parto se recomienda: • Revisar cada 30 minutos la frecuencia e intensidad de las contracciones. • Comprobar cada hora la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura. • Comprobar el vaciado de la vejiga.

Como vemos no se dio cumplimiento a las recomendaciones de vigilancia y control del trabajo de parto, establecidos por el Ministerio de Salud, y la (OMS) por cuanto la paciente ingresa a la clínica a las 9:17 Pm, del día 22 de agosto de 2013 y el Medico de turno Dr. Calderón, ordena vigilar espontáneamente, y es así como hasta el día siguiente 23 de agosto de 2013 a las 7:30 AM, fue nuevamente atendida y por un llamado de la paciente, es decir si la paciente no llama para que la revisen no es atendida, lo que nos indica el descuido y falla en la prestación del servicio, por cuanto se tardaron 10 horas y media en volverla a revisar, cuando los protocolos señalan que la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda: • Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones. • Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna) y la frecuencia respiratoria. • Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura, Se practicará monitorización fetal continua, Si las membranas están intactas se procederá a la amniotomía. • Exploración vaginal dos horas después y si el progreso de la dilatación es menos de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación. • Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se ofrecerá la estimulación con oxitocina o se remitirá a una unidad obstétrica de nivel II o superior donde haya las condiciones para ofrecer esta alternativa. • Se practicará monitorización fetal continua y se ofrecerá anestesia neuroaxial antes del uso de la oxitocina. • Se procederá a un nuevo tacto vaginal 4 horas después de iniciada la perfusión de oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después.

En conclusión no tuvieron en cuenta el **MÉTODO DE VIGILANCIA FETAL PARA MEJORAR LOS RESULTADOS PERINATALES**, tampoco tomaron **LAS MEDIDAS MÁS EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL PRIMER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO**, métodos y medidas que de ser utilizados hubieran salvado la vida del feto y con ello una buena práctica médica y no como la que realizaron descuidando a la madre gestante en trabajo de parto exponiéndola a ella y al feto, lo que arrojó el fatal desenlace, es de recordar que la madre ingresa a la clínica con 2 cm de dilatación, y no hay un reporte en la historia clínica donde nos indique si durante la noche aumento o disminuyo la dilatación ni tampoco que tratamiento le realizaron para mejorar o acelerar el trabajo de parto, ni tampoco reportes de monitoreo fetal continuos, lo

que nos confirma el descuido, la omisión y negligencia del médico tratante lo que conllevó al fatal resultado del óbito fetal.

3-. Por cuanto el despacho le da total credibilidad a las pruebas de la parte demandada, sobre todas las declaraciones sin tener en cuenta el interés que le asistía a los médicos deponentes y demás declarantes por el vínculo laboral que los ataba con la clínica demandada y que los limitaba en sus declaraciones, es decir omitió analizar tanto lo favorable como lo desfavorable a las partes, para de esta manera analizar y poderse dar cuenta que lo dicho no correspondía a la realidad de lo sucedido y que por lo contrario, el óbito fetal se produce por las infecciones contraídas por el feto y la madre al estar demasiado tiempo expuestas por el rompimiento del saco, lo que abrió el camino para que por allí entraran las infecciones contraídas y antes anotadas, producto de la omisión negligencia y descuido de los médicos tratantes en el manejo del parto, donde debieron actuar rápidamente, es decir realizar todos los protocolos y mecanismos establecidos con el fin de interrumpir de manera rápida y profesional el parto, para lograr el expulsivo en el menor tiempo para evitar precisamente que tanto el feto como la madre se contaminaran y se complicara más el parto y en su defecto salvarle la vida a la criatura que estaba por nacer y como no lo hicieron, y por lo contrario lo dejaron en espera por más de 10 horas y media, sin ningún tipo de control o controles constantes cada 30 minutos por la gravedad y la urgencia manifiesta al estar el saco roto por la ruptura prematura de la membrana, por donde podrían al menor descuido entrar bacterias e infecciones como lo que paso y con ello se produce el óbito fetal y con ello la prosperidad de este recurso y con el cual se revocara la sentencia recurrida para en su defecto obtener un fallo justo y equilibrado conforme a los hechos probados.

4-. Por cuanto el despacho no tiene en cuenta las notas medicas de remisión y de ingreso a la clínica para poder determinar que efectivamente era un parto complicado por la ruptura prematura de la membrana y los síntomas de preclamsia, el cual ameritaba un expulsivo del feto inmediato, ya sea por cesárea o por inducción aligerada del trabajo de parto, utilizando todos los protocolos y tratamientos para ello, y no dejar en espera y completamente descuidada a la paciente y pretender que un simple monitoreo en más de 10 horas eso era necesario para sopesar las complicaciones presentadas, y más aun con los resultados catastróficos obtenidos, y es así que el feto ingresa en normales condiciones y por descuido, negligencia y omisión en el tratamiento del trabajo de parto se infecta y muere 10 horas y media después de una espera tortuosa, sin ningún tipo de atención o tratamiento adecuado que amerite si quiera un reproche, pero como vemos en la historia clínica allí no se contempla por parte de la clínica ningún procedimiento valido durante las más de 10 horas que la paciente ingresa en trabajo de parto y la dejan al olvido y a la buena de Dios, para que por sí y sin ayuda de nadie dé a luz a su bb, como si se tratara de un parto normal sin la ruptura prematura de la membrana y sin síntomas de preclamsia y lo que dichas complicaciones conllevan como lo que paso en el caso de estudio, que por descuido omisión y negligencia del médico de turno y tratante, sometió al azar la vida del nasciturus, quien acudió a través de su madre a un centro médico para que los profesionales en salud le ayudaran a dar a luz a su bb por las complicaciones presentes y que ameritaban un tratamiento profesional y que no lo obtuvo y por ende se produce el fatal resultado óbito fetal.

5-. Por cuanto el despacho le resta credibilidad a las pruebas de la parte demandante incluyendo lo contenido en la historia clínica donde se puede corroborar todo lo antes dicho y la falta de reanimación por parte de los médicos tratantes al feto por ser esta la última posibilidad de vida que tenía y que por obligación debían realizar, tal y como lo señalan los protocolos establecidos por el ministerio de salud y traídos a colocación en el proceso que nos ocupa, como no lo hicieron se configura otra de las omisiones y fallas en la prestación del servicio configurando la responsabilidad en las entidades demandadas.

6-. Por cuanto yerra el despacho en la apreciación y valoración de la historia clínica al restarle credibilidad a pesar de que allí está consignado todo el tratamiento defectuoso, tardío, e insuficiente, que conllevó al óbito fetal, pues es claro según los protocolos y procedimientos establecidos por el ministerio de salud, que por la ruptura prematura de la membrana y la preclamsia, era necesario e indispensable agilizar el trabajo de parto para obtener el expulsivo del feto y no esperar para someterlo a las posibles infecciones como ocurrió en el caso de estudio que la paciente permaneció en total descuido por más de 10 horas y media sin que se le realizara ningún tratamiento para evitar las infecciones, contraídas y que se hubieran podido evitar si se actuaba de manera diligente prestando un buen servicio, ya sea induciendo el trabajo de parto o interrumpiéndolo a través de la cesárea, pero el fin principal y fundamental era salvar el feto por las complicaciones padecidas y no esperar y exponerlo a las infecciones que se hicieron presentes producto

del descuido, omisión y negligencia en el tratamiento médico que conllevaron a la falla del servicio y con ello la obligación de indemnizar por los perjuicios causados.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO

El Modelo de seguridad para la atención de emergencia obstétrica en Instituciones de Salud, del Ministerio de Salud, nos señala e indica los protocolos y procedimientos a seguir en caso de emergencia obstétrica como la del caso de estudio y por medio de los cuales nos podemos dar cuenta que el procedimiento realizado en la Clínica Medilaser a la señora **Yandry Paola Chacón Rodríguez**, y al nasciturus no fue el acorde a dichos procedimientos y por lo contrario se apartó de tal manera que no los tuvieron en cuenta y se limitaron a someter la paciente a una espera de más de 10 horas y media en un cuarto sin ningún tipo de tratamiento ni vigilancia ni monitoreos fetales y solo hasta al día siguiente a las 7:30 AM, la atendieron y eso por un llamado de la paciente al no sentir las pulsaciones y movimientos del feto, quien llamo desesperada a la médica de turno para que la atendiera y solo hasta allí y después de 10 horas y media fue atendida nuevamente, muy tarde cuando el feto ya no tenía pulsaciones y por el susto debido al descuido, negligencia y omisión de la clínica los médicos lo único que hicieron y ante el óbito fetal producido por la espera innecesaria fue aplicar oxitócina y ayudar a la expulsión del feto el cual y producto de las infecciones a la que lo sometieron por la falla médica, nació sin vida, y como para colmo de males no lo reanimaron, negándole hasta la última oportunidad de vida que le quedaba, rayando y yendo en contravía de los protocolos médicos propios para estos casos, con lo que configura la falla en la prestación del servicio médico y con ello el deber de indemnizar.

Protocolos que nos indican:

La ruptura prematura de membranas pretérmino (PPROM, por sus siglas en inglés) es una complicación del embarazo. Esta afección implica que la bolsa (membrana amniótica) que rodea a su bebé se rompe (ruptura) antes de las 37 semanas de embarazo. Una vez que se rompe la bolsa, aumenta su riesgo de tener infecciones. Usted también tiene una probabilidad más alta de que su bebé nazca antes de tiempo.

La rotura **prematura de membranas** pretérmino predispone al parto pretérmino. La RPM en cualquier momento aumenta el riesgo de los siguientes: Infección en la mujer (infección intraamniótica [corioamnionitis]), en el recién nacido (sepsis), o ambos. Presentación fetal anormal. en trabajo de parto el cual debieron inducir

La RPM en cualquier momento aumenta el riesgo de los siguientes:

Infección en la mujer ([infección intraamniótica](#) [corioamnionitis]), en el recién nacido ([sepsis](#)), o ambos

[Presentación fetal anormal](#)

[Desprendimiento prematuro de placenta](#)

Los estreptococos del grupo B y *Escherichia coli* son causas comunes de infección. Otros microorganismos en la vagina también pueden causar infecciones.

La rotura prematura de membranas puede aumentar el riesgo de [hemorragia intraventricular](#) en los recién nacidos; la hemorragia intraventricular puede dar lugar a trastornos del neurodesarrollo (p. ej., [parálisis cerebral](#)).

La rotura prematura de membranas pretérmino prolongada antes de la viabilidad (a < 24 semanas) aumenta el riesgo de deformidades de los miembros (p. ej., posición anormal de las articulaciones) e hipoplasia pulmonar debido a la pérdida del líquido amniótico (denominado secuencia o síndrome de Potter).

El intervalo entre la rotura prematura de membranas y el inicio del trabajo de parto espontáneo (período latente) y el parto varía inversamente con la edad gestacional. A término, > 90% de las mujeres con rotura prematura de membranas comienzan con el trabajo de parto dentro de las 24 h; entre las 32 y las 34 semanas, el promedio del período de latencia es de 4 días.

Tratamiento

Extracción del feto si hay compromiso fetal, infección o la edad gestacional es ≥ 34 semanas

De otro modo, reposo pelviano, monitorización estricta, antibióticos y, a veces, corticoides El manejo de la RPM requiere evaluar los riesgos de infección si se posterga el parto frente a los riesgos por inmadurez fetal cuando el parto es inmediato. Ninguna estrategia es correcta, pero en general los signos de compromiso fetal o de infección (p. ej., resultados de los estudios fetales persistentemente preocupantes, dolor uterino más fiebre) son indicación de realizar el parto. De otra manera, el parto puede postergarse por un período variable si los pulmones fetales aún están inmaduros o si el trabajo de parto puede iniciarse espontáneamente (es decir, en la última etapa del embarazo).

La inducción del trabajo de parto se recomienda cuando la edad gestacional es ≥ 34 semanas.

Cuando el manejo adecuado no es claro, pueden realizarse estudios de líquido amniótico para evaluar la madurez de los pulmones fetales y así guiar el tratamiento; la muestra puede obtenerse por vía vaginal o por amniocentesis.

Conducta expectante

Cuando se usa un manejo expectante, la actividad de la mujer debe limitarse a un reposo en cama modificado y completo reposo pelviano. Deben medirse la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura ≥ 3 veces/día.

Se administran antibióticos (en general 48 h de ampicilina y eritromicina IV, seguidas de 5 días de amoxicilina y eritromicina oral); reducen el período de latencia y la morbilidad neonatal.

LATENTE PORQUE ESTA EN 2 DE DILATACION Y RPM. ALTA-ruptura prematura de membrana, y lo que debían hacer era el aligeramiento del trabajo de parto por cuanto la membrana rota pueden ingresar bacterias a la bolsa e infectar al feto, lo que confirma el estudio de la placenta que tiene corionitis cuando se infecta la placenta y el líquido de la bolsa el cual está en contacto y es posible que el feto muere por la infección de la ruptura temprana de la bolsa. Y preclamsia presión arterial se sube en el embarazo lo que indica que debían agilizar el trabajo de parto es decir realizar la cesárea-el bebé se nutre de la placenta y al haber preclamsia los vasos se constriñen por que los vasos suben la presión y eso hace que no le llegue suficiente alimento al feto y produce deterioro fetal.

Por lo tanto y para evitar aumentar los riesgos de infección y complicaciones como las descritas anteriormente debió inducir y agilizar el proceso de expulsivo del feto y de no obtener aumento de las contracciones, realizar la cesárea, si tenemos en cuenta que la paciente ingresa a la clínica a las 9:17 de la noche, la dejan en trabajo de parto pero al descuido por ordenar vigilancia espontánea cuándo y por las complicaciones presentadas debió ordenar vigilancia constante y con trabajo inducido de parto es decir realizar todos los procedimientos y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud, para agilizar el expulsivo del feto y con ello evitar el óbito fetal por las complicaciones y riesgos de infección como las antes dichas y que del estudio de la placenta tenemos que se produjeron como son:

Es así como la paciente ingresa a la Clínica Medilaser a las 9 y 17 PM, del mismo día 22/08/2013, donde fue atendida por el Médico de turno Dr. Calderón, quien refiere, paciente con gestación de término en trabajo de parto fase latente, RPM. Alta y THAE a clasificar, se hospitaliza en trabajo de parto y vigilar espontáneamente trabajo de parto, y hasta el día siguiente 23 de agosto de 2013 a las 7:30 AM, y por un llamado de la paciente al gritar desesperada que no sentía el bb, por favor grita que la atiendan y es cuando los médicos asustados monitorean al bb y no lo sienten y ahí si se ponen las pilas y agilizan el expulsivo cuando ya era tarde y el bb fruto del descuido y omisión, muere producto de las infecciones por la espera de más de 10 horas y media sin ningún tratamiento lo que configura la falla médica y con ello la obligación de indemnizar por los perjuicios causados y la revocatoria del fallo recurrido.

HECHOS

1. Mis representados los jóvenes Yandry Paola Chacón Rodríguez y Wilmer Gutiérrez González, contrajeron matrimonio católico en la parroquia de Nuestra Señora la Candelaria de Campoalegre Huila, tal y como consta en el registro civil de matrimonio que se anexa.
2. El día 28 de enero de 2013, y luego de sufrir un retraso en su periodo menstrual, mi representada Yandry Paola Chacón Rodríguez, asiste al Hospital del Rosario de Campoalegre Huila, donde el Médico de turno le ordeno sacar la prueba de embarazo, la cual dio positiva, y de inmediato se pone en control.
3. El día el 6 de febrero de 2013, mi representada asiste a su primer control al Hospital del Rosario de Campoalegre, acompañada por su señora madre YOLANDA RODRIGUEZ ROCHA, donde ordenaron exámenes, vacunas y la primera ecografía, la cual refleja un embarazo en condiciones normales.
4. El día 22 de febrero de 2013, le toman la primer ecografía y el día 1 de marzo de 2013, Ingresa por urgencias al Hospital del Rosario de Campoalegre, por presentar dolor de cabeza y vómitos, donde le diagnosticaron síntomas comunes del embarazo y le colocaron suero para hidratarla, en esa oportunidad fue acompañada de su esposo y de su señora madre.

5. El día 4 de abril mi representada fue a la consulta odontológica y al control prenatal en compañía de su madre en donde le dieron cita para el próximo control el 3 de mayo, fecha en la que asistió al Hospital donde le informaron que las pacientes de la NUEVA EPS no estaban siendo atendidas allí porque este había perdido convenio con el Hospital.
6. Mi representada se encuentra afiliada a la NUEVA EPS, en calidad de cotizante desde el 07 de abril de 2012, tal y como consta en el carnet de afiliación anexo.
7. El día 14 de mayo de 2013, mi representada asiste a su cuarto control, en la nueva EPS, donde noto que todavía no contaban con los implementos necesarios para un control adecuado sin embargo le ordenaron sacar exámenes y la segunda ecografía en la Clínica Medilaser.
8. El día 27 de mayo de 2013 en compañía de su madre fue a la Clínica Medilaser donde le tomaron la segunda Ecografía, en la cual se refleja un desarrollo positivo y se observó el sexo del bebe que era un niño.
9. El día 12 de junio de 2013, mi representada asistió al quinto control, en la Nueva EPS, al cual llevo los resultados de los exámenes y las ecografías donde el Medico verifico que todo se encontraba bien.
10. El día 8 de julio de 2013, asistió al sexto control a la Nueva EPS, donde le ordenaron más exámenes y donde le comento al Médico que se le estaban hinchando los pies y las piernas pero este le dijo que no pasaba nada que todo estaba bien y que la tensión la tenía bien sin embargo noto que los resultados de unos exámenes salieron que tenía infección vaginal y le mando a comprar un medicamento para aplicar y le dio cita a control dentro de un mes.
11. El día 15 de agosto de 2013, asistió al séptimo control el Medico la reviso y dijo que todo estaba bien y que volviera dentro de un mes entonces a lo que mi representada le dijo faltaba poco para tener al bebe y porque no había tenido ningún control con el ginecólogo y que además porque no le había mandado a sacar la última ecografía, asustado ordeno sacar la ecografía.
12. El día 21 de agosto de 2013, en la clínica Medilaser le tomaron la tercer ecografía en donde comprobaron el sexo del bebe y en donde la ginecóloga le diagnostico 35 semanas de gestación y que no se preocupara que todavía faltaba tiempo para el parto, diagnóstico equivocado porque para la fecha mi representada tenía 38 semanas es así que;
13. Al día siguiente es decir el 22 de agosto de 2013, mi representada acudió normalmente a su trabajo de asesora comercial de Apuestas Nacionales su chance su red, atendiendo a lo recomendado por el Medico y Ginecóloga, todo estaba normal y como a las 4:30 de la tarde empezó a botar un líquido, por lo que llamo a su madre y a esposo, quienes le dijeron que al parecer estaba dilatando, por lo cual la llevaron al HOSPITAL DEL ROSARIO de Campoalegre, donde le diagnosticaron ruptura prematura de la membrana, y al hacerle el tacto diagnosticaron **DOS de DILATACION**, con la tensión alta, al parecer con síntomas de preclamsia, la llevaron a un cuarto donde la canalizaron y le hicieron monitoreo al bebe, el cual no presentaba novedades y decidieron remitirla a la Clínica Medilaser.
14. El día 22/08/2013, A las 9 y 17 PM, ingresa mi representada a la Clínica Medilaser donde fue atendida por el Medico de turno Dr. Calderón, refiere, paciente con gestación de termino en trabajo de parto fase latente, RPM. Alta y THAE a clasificar, se hospitaliza en trabajo de parto y vigilar espontáneamente trabajo de parto, diagnostico tomando con base en la ecografía del 21-08-2013, la cual no es confiable toda vez que con base en esta diagnosticaron 35 semanas de gestación cuando en realidad estaba a dos días del parto.

LATENTE PORQUE ESTA EN 2 DE DILATACION Y RPM. ALTA-ruptura de prematura de membrana, y lo que debían hacer era el aligeramiento del trabajo de parto por cuanto la membrana rota pueden ingresar bacterias a la bolsa e infectar al feto, lo que confirma el estudio de la placenta que tiene coriononitis cuando se infecta la placenta y el líquido de la bolsa el cual está en contacto y es posible que el feto muere por la infección de la ruptura temprana de la bolsa. Y preclamsia presión arterial se sube en el embarazo lo que indica que debían agilizar el trabajo de parto es decir realizar la cesárea-el bebe se nutre de la placenta y al haber

preclamsia los basos se constriñen por que los basos suben la presión y eso hace que no le llegue suficiente alimento al feto y produce deterioro fetal.

15. Debido al diagnosticado anterior y confiando en los exámenes antes tomadas la clínica omite realizar nuevos exámenes y nuevas ecografías y simplemente se atienen al monitoreo realizado a la hora de ingreso, despreocupándose y descuidando la materna por el resto de la noche y es así que solo hasta las 7:30 del día siguiente le realizan un segundo monitoreo, ante la advertencia del óbito fetal por no sentir los latidos y movimientos del feto.
16. El día 23 de agosto del 2013 a las 7:00 am al cambio de turno, recibe una Medica, al cabo de unos **15** minutos, desesperada mi cliente pregunto a pleno grito que si ya va a tener él bebe, porque el médico le dijo que faltaba poco, y la Medica le grito desde otro cubículo, no, niña todavía le falta, pero en ningún momento la reviso.
17. A las 7:30 AM, del 23/08/2013, la Medica, la revisa con el monitor, colocándolo en el estómago y manifestó que no escuchaba los latidos del corazón del bebe, asustada mando a traer el aparato para mirar él bebe y dijo no lo veo, no lo encuentro y eso es grave y mi cliente gritaba mi bebe, mi bebe, luego le dijo tienes que pujar como si fueras a hacer del cuerpo, le aplicaron droga para acelerar las contracciones y en el momento en que estaba pujando le colocaron una inyección en la pierna izquierda y pujo y pujo hasta que la Medica le dijo que ya le tocaba la cabeza al bebe, en ese momento la hizo bajar de la camilla e ir caminando hasta la sala de parto donde la subió a otra camilla y le dijeron que siguiera pujando, mientras la Medica atendía el parto el otro Medico que se encontraba de turno esa noche, le coloco el brazo encima del estómago para ayudarle a tener él bebe, el cual finalmente nació pero sin signos vitales.
18. Los médicos asustados no le hicieron reanimación al bebe, simplemente lo aislaron, sin brindarle la última oportunidad de sobrevivir, descuidando la obligación de reanimarlo, negligencia, descuido y omisión que configura otra falla en el servicio, pues la obligación de los médicos es hacer todos los procedimientos tendientes a salvar la vida del recién nacido, sin descuidar o dejar de hacer todo cuando fuere posible para salvar la vida del paciente.
19. La reanimación o resucitación cardiopulmonar al nacer es una emergencia mayor en Pediatría. No hay otro período de la vida en que la probabilidad de requerir reanimación sea mayor: Alrededor de un 5 a 10% de los recién nacidos requiere algún grado de reanimación y de 1 a 10% de los nacimientos intrahospitalarios requieren de alguna forma de ventilación asistida. El tratamiento del niño deprimido, que no respira, puede ser fundamental para su sobrevivencia y calidad de vida. Debe ser realizado con el más alto nivel de competencia, lo que incluye personal calificado, equipamiento y medicamentos. Estas condiciones deben existir en todos los partos.
20. La principal causa de depresión cardiorespiratoria al nacer es la hipoxia perinatal. Esto puede ser anticipado en la mayoría de los casos por los antecedentes perinatales. Otras causas son: - la prematurez; - las malformaciones congénitas; - las drogas administradas a la madre y las enfermedades neuromusculares. En cualquiera de estos casos si no se interviene oportunamente, se producirá asfixia con todos los efectos deletéreos en los distintos órganos y sistemas.
21. De acuerdo a lo consignado en la historia clínica y a lo manifestado por los médicos de turno, el deceso del bebe se produce porque él cordón umbilical se había enredado en el cuello del bebe asfixiándolo hasta causarle la muerte.
22. Situación que se había podido prever con exámenes y ecografías en alta definición y un diagnóstico adecuado y efectivo, el cual se hubiera podido obtener si se le hubiesen practicado los exámenes idóneos y pertinentes, por personal especializado, o le hubieran hecho monitoreo constante y seguimiento efectivo o en su defecto se le hubiera practicado la cesárea, lo que le hubiera evitado la muerte del feto.
23. De lo anterior es fácil deducir que los médicos esperaron demasiado tiempo para actuar, sin tener claridad sobre el estado actual del feto, y lo más grave fue el descuido y la falta de atención, y es así que hasta el día siguiente luego de no sentir los latidos del feto, realizan otro monitoreo, donde descubrieron el óbito fetal, negligencia, omisión y descuido que origino el deceso del feto, lo que configura otra falla en la prestación del servicio.

24. Otro de los errores y fallas en la prestación del servicio consistió en que los médicos se confiaron de lo observado en la ecografía tomada el 21 de agosto de 2013 y al monitoreo realizado a la materna al ingreso a la clínica, y descuidaron la atención a la paciente y es así como omiten hacerle un seguimiento serio y preciso con monitoreos continuos y es así, como hasta el día siguiente la vuelven a chequear, donde descubren el óbito fetal, y agilizan el trabajo de parto, decisión demasiado tarde pues esperaron hasta que la tragedia pasara para luego si actuar, lo que configura la falla en el servicio.
25. Espera innecesaria que causo la muerte del feto, pues se basaron en una ecografía que no indico con claridad el tiempo de gestación, pues según el Ginecólogo y de acuerdo a la ecografía la materna tenía apenas 35 semanas de gestación, cuando en realidad se encontraba a dos días de dar a luz, diagnóstico equivocado que configura una de las fallas del servicio.
26. Otra de las fallas del servicio fue la de confiarse del monitoreo como única prueba para establecer las condiciones reales del feto, pues si bien es cierto con el monitoreo se sienten los movimientos del feto este no es suficiente toda vez que muestra dos (2) puntos únicamente, lo cual no es suficiente para saber o establecer el estado real y actual de feto, lo que configura otra falla del servicio.
27. De haber utilizado los medios y ayudas tecnológicas adecuadas, se hubieran percatado del cordón umbilical enredado en el cuello del feto, o si hubieran realizado un monitoreo constante se hubieran dado cuenta de la deficiencia respiratoria del feto y hubieran agilizado el trabajo de parto o en su defecto ordenado la cesárea.
28. Lamentablemente en la historia clínica no reposa ninguna señal de medios tecnológicos, exámenes o ecografías en alta definición, o señal de monitoreos constantes, que les permitiera tener un diagnóstico acertado y adecuado que les hubiera indicado el procedimiento a seguir, razón por la cual someten a una espera tortuosa a la gestante, sin explicarle cual es el procedimiento a seguir, lo que conlleva al deceso de quien estaba por nacer, es decir el deceso se produce por un mal diagnostico que conlleva a un procedimiento equivocado y tardío lo que configura la falla del servicio.
29. Lo anterior nos indica que era un hecho previsible y que las entidades demandadas no lo previeron habiéndolo podido prever, si tan solo hubiesen hecho lo estrictamente necesario, y no haber esperado injustificadamente sin tener un diagnóstico claro, preciso y eficaz, y solo actuar cuando era demasiado tarde al no sentir los latidos del bebe, pues no se entiende tanta espera para agilizar el proceso a lo último cuando ya decretaron óbito fetal.
30. Con el deceso del bebe se apagó la felicidad de mis representados, pues esperaban con ansias su primer hijo, en quien tenían puestas todas sus esperanzas, sus ilusiones y proyectos.
31. Los jóvenes esposos habían ofrecido para sus amigos, allegados, familiares, y compañeros de trabajo, un baby shower, para compartir con ellos la felicidad de su primer bebe.
32. Los futuros padres le tenían todo listo para la llegada del nuevo miembro de la familia, le habían comprado el corral, la tina, ropa, muchos juguetes y todo lo que lo necesario para darle la bien venida.
33. La omisión, negligencia, descuido y exceso de confianza de los médicos de turno, fue la causa del deceso del bebe, razón por la cual los demandados están llamados a responder por los daños materiales y morales causados a mis representados.

PETICIÓN

Sírvase Honorables Magistrados, Revocar la sentencia recurrida, y en su defecto declarar la prosperidad de las pretensiones de la demanda, ordenando a las entidades demandadas realizar el pago de los perjuicios causados, en las cuantías indicadas en la demanda.

Fundamentos del recurso

Invoco como fundamento el Artículo 322 del código General del Proceso.

PRUEBAS

Las allegadas al proceso, en especial la historia clínica y el estudio del feto y de la placenta

NOTIFICACIONES

Las partes en las direcciones registradas en la demanda

El suscrito en la Secretaría de la Fiscalía, o en la oficina 406B del condominio Bancolombia de la calle 8No.4-67 de la ciudad de Neiva Huila, celular 310-3256093 correo jhongilberpe@hotmail.com

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jhon Gilber Peña Cano'. The signature is stylized with a large initial 'J' and a long horizontal stroke at the end.

JHON GILBER PEÑA CANO

C.C.No.12.256.787 de Algeciras

T.P. No.152.191 del C.S.J.



Consecutivo : Q1420-13
Nombre: Yandry Paola Chacon Rodriguez
Documento: 1079178474
Edad: 23 años
Muestra: Placenta
Remitido: Clinica Medilaser S.A.
Entidad: Nueva EPS
Medico: Sandra Patricia Borrero
CUPS: 20405 898304
Estudios Anatomopatologicos posmortem de feto y Placenta
Fecha de recibo: agosto 23, 2013
Fecha de entrega: agosto 29, 2013

DESCRIPCIÓN MACROSCOPICA

Recibido "Placenta" en formol se recibe placenta monocorial monoamniótica que pesa 375 gramos y mide 14x11x3cm. En la cara materna se reconocen cotiledones completos. A los cortes seriados se observa un área de adelgazamiento de 5x3cm donde se aprecian dos infartos de 0.7cm. En la cara fetal se reconoce cordón umbilical de inserción marginal, que mide 27cm de longitud por 1.3cm de diametro, trivascular con vasculatura radial usual. Además viene provista de membranas, las cuales miden 17cm desde el borde libre hasta su inserción. Se procesan cortes en 4 bloques.

DESCRIPCIÓN MICROSCOPICA

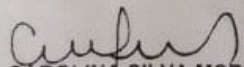
Los cortes 1 muestran cordón umbilical trivascular sin alteraciones histopatológicas. Se reconocen membranas amnióticas con infiltrado inflamatorio polimorfonuclear a nivel del corion y amnios. En 2 a 4 se observan vellosidades coriales del tercer trimestre con formación de nodos sindotiales y fibrina intervillosa, asociado a la presencia de infarto y de trombosis de vasos intravillosarios, corangiosis y microcalcificaciones. No se observan inclusiones virales.

NOTA: se sugiere estrecha relación con la clínica del paciente y estudio inmunológico, ya que la trombosis intravillositaria está relacionada con enfermedades autoinmunes (LES y antifosfolípidos)

DIAGNOSTICO

PLACENTA MONOCORIAL MONOAMNIOTICA QUE PESA 375G:

- ^ CORIOAMNIONITIS GRADO II
- ^ CORANGIOSIS
- ^ CAMBIOS POR MADURACION ACELERADA
- ^ INFARTO PLACENTARIO MENOR AL 10%
- ^ CORDON UMBILICAL TRIVASCULAR ESENCIALMENTE NORMAL


CAROLINA SILVA MORERA
MEDICO PATOLOGO
RM 811-05



REDMI NOTE 8



Carrera 6 # 16 A 33, 2º piso, barrio Quirinal
Tel. 8722272
Neiva - Huila