

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Santiago de Cali, jueves, 13 de abril de 2023

Expediente:	76001-33-31-010-2012-00163-00
Acción:	Reparación directa
Demandante:	Carlos Emilio García Vanegas y otros cah22@hotmail.com
Apoderado:	Claudia Andrea Hernández Satizabal cah22@hotmail.com
Demandados:	Departamento del Valle del Cauca – NIT. 890399029-5 njudiciales@valledelcauca.gov.co Hospital San Juan de Dios – NIT. 890303841-8 juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co
Llamada en garantía:	La Previsora S.A. Compañía de Seguros – NIT. 860002400-2 notificaciones@gha.com.co

SENTENCIA.

OBJETO DE LA DECISION

No existiendo causal de nulidad que afecte la validez de lo actuado, procede el **JUZGADO DIECINUEVE ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE SANTIAGO DE CALI**, de conformidad con el artículo 170 del C.C.A., subrogado por el D.E. 2304/89, artículo 38, a proferir la correspondiente sentencia en primera instancia en el asunto de la referencia.

I. ANTECEDENTES

1.1. La demanda

1.1.1. Pretensiones

Los señores Carlos Emilio García, Ana Tulia Erazo Benítez, Hugo Andrés Rivera actuando en nombre propio y en el del menor Carlos Andrés Rivera García, Sandra Milena García Restrepo, Edinson Erazo y Ramiro García Hernández, formularon a través de apoderada demanda de reparación directa contra el Departamento del Valle del Cauca y del Hospital San Juan de Dios, para que se les declare administrativamente responsables por los perjuicios morales, materiales y de daño a la vida de relación causados a los demandantes con ocasión del fallecimiento de Leidy Johanna García Erazo derivado de la prestación del servicio de salud en la atención del trabajo de parto y posterior realización de cesárea, en hechos acaecidos el 26 de junio de 2010.

Que como consecuencia de lo anterior se proceda a condenar a las demandadas por los perjuicios referenciados a folios 125 a 127 del Cdno. Ppal.

1.1.2. Hechos

Como fundamentos fácticos de las pretensiones se narraron los siguientes¹:

¹ Folios 102 a 108 del C.P.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

La señora Leidy Johanna García Erazo se encontraba en estado de embarazo y el 25 de junio de 2010 acudió al Hospital de Cañaveralejo por haber iniciado trabajo de parto; una vez valorada, se decide remitirla a una institución médica de mayor nivel de atención al observarse riesgo neonatal por antecedente de diabetes gestacional, siendo trasladada a través del CRUE al Hospital San Juan de Dios de Cali.

Informa que la gestante es recibida en el Hospital San Juan de Dios el mismo 25 de junio plasmándose el siguiente diagnóstico: *"...G2A1, embarazo de 38 semanas, diabetes gestacional, trabajo de parto en fase activa..."*, y se resolvió por los galenos hospitalizar en trabajo de parto, aclarando que no se elaboró el respectivo partograma.

Señala que luego de varias valoraciones adelantadas por médico obstetra, a las 19:50 horas del mismo 25 de junio se indicó trabajo de parto estacionario, disponiéndose entonces la realización de cesárea, la cual dio inicio a las 20:35 horas de esa misma calenda.

Que en la ejecución del procedimiento de cesárea se evidenció *"...Edema de cuello y difícil extracción del feto, se produce desgarro de arteria uterina derecha... se realiza dos puntos cruzados para realizar hemostasia de arteria uterina desgarrada, difícil histerorrafia por edema de tejidos, líquido amniótico hipertérmico..."* y, en las órdenes médicas se señaló, entre otras: *"...9. Control estricto de signos vitales así: cada 20 min por 2 horas, cada hora por 2 horas, cada 2 horas... 13. No hay misoprostol..."*.

Manifiesta que el médico tratante informa a los familiares y a la paciente que en caso de persistir hipotonía uterina se pasaría a quirófano para histerectomía abdominal total y que posteriormente le fue practicada una histerectomía subtotal, procedimiento que se realizó a las 00:30 horas del 26 de junio de 2010, sin complicaciones.

Que a las 01:20 horas del 26 de junio se le hace una laparotomía exploratoria de urgencia, se realiza histerectomía abdominal total por atonía uterina, encontrándose paciente hipotensa y taquicárdica que requiere UCI; situación que es comentada al CRUE.

Indica que, por parte del CRUE se les informó que no había cupo para UCI en la Fundación Valle del Lili, en la Clínica SUMA, ni en Comfenalco – Unilibre y que, a las 02:50 am se consiguió una Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital San José de Buga.

Señala que el personal del CRUE trasladó a la señora García Erazo al Hospital Guadalajara de Buga donde no fue recibida debido que la paciente no fue comentada para ser ingresada en esa unidad y que, media hora después es llevada al Hospital San José de Buga donde efectivamente estaba comentada y autorizada para su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Informa que la señora Leidy Johanna García es recibida en el Hospital San José de Buga el 26 de junio de 2010 a las 06:40 horas, consignándose en la historia clínica: *"...Malas condiciones generales con Tubo Oro Traqueal permeable, pupilas midriáticas con soporte con Dopamina. Posterior al ingreso hace paro cardio respiratorio, se realizan maniobras avanzadas de reanimación cardio pulmonar, adrenalina 1 ampolla cada 3 minutos, 2 dosis y se coloca 20 unidades de vasopresina. Líquidos endovenosos Hartman 200*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

cc/hora, haemacel como expansor de volumen. Después de 45 minutos de reanimación cardio pulmonar no responde a las maniobras y se declara muerte clínica a las 07:15 horas. Pupilas midriática, reflejo pupila ausente, frialdad generalizada”.

Para los demandantes lo narrado representa una deficiencia en la prestación del servicio de salud, siendo la causa de la muerte de Leidy Johanna García Erazo.

1.2. Trámite procesal

La demanda fue radicada el 08 de junio de 2012, correspondiéndole por reparto al Juzgado Décimo Administrativo del Circuito de Cali, según se observa en el acta individual de reparto visible a folio 131 del cuaderno principal.

El asunto fue remitido al Juzgado Tercero Administrativo de Descongestión de Cali, quien mediante auto del 07 de julio de 2014 (Folio 160 del cdno. ppal.), admitió la demanda, ordenó la notificación a las entidades demandadas, al Ministerio Público y fijar en lista el proceso, ello en cumplimiento de la orden impartida por el Tribunal Contencioso Administrativo de Valle del Cauca, que revocó la decisión inicial del Juzgado Décimo Administrativo de rechazarla en relación con uno de los demandantes (Folios 155 a 157 del cuaderno principal).

El expediente fue enviado posteriormente al Juzgado Segundo Administrativo de Descongestión (Folio 423 cdno. ppal.), y finalmente remitido a este Despacho, el que avocó el conocimiento del proceso a través de providencia del 20 de enero de 2016 (Fl. 496 del cdno. ppal.).

1.3. Contestación de la demanda

1.3.1. Hospital San Juan de Dios²

A través de apoderado judicial la entidad demandada se opone a la prosperidad de las pretensiones incoadas por la parte actora, en razón a que el cuerpo médico especialista tratante adscrito al servicio de ginecoobstetricia obró de manera atenta, permanente, oportuna, diligente y prudente en la atención suministrada a Leidy Johanna García Erazo, en procura de obtener el bienestar y recuperación de la paciente junto al recién nacido, de conformidad con los protocolos y guías de manejo institucional.

Indica que por razones ajenas a la voluntad de los galenos, la señora García Erazo debió ser remitida a un nivel de mayor complejidad con Unidad de Cuidados Intensivos que tuviera cupo disponible, siendo para el caso la UCI del Hospital San José de Buga, donde se produce el fallecimiento de la paciente.

Argumenta que desconoce las razones por las cuales la ambulancia medicalizada del CRUE la trasladó inicialmente a la Clínica Guadalajara de Buga donde no fue aceptada y que, en consecuencia, no existen hechos u omisiones que en forma deliberada den lugar a una negligencia, imprudencia o impericia en los servicios médico asistenciales brindados.

² Folios 193 a 206 del cuaderno principal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Como excepciones propuso las que denominó inexistencia de obligación y responsabilidad, causal de inculpabilidad, exoneración por cumplimiento de la obligación de medio, exoneración por estar probado que el cuerpo médico, especialista, adscrito y/o vinculado al servicio de ginecoobstetricia que atendió a la paciente Leidy Johanna García Erazo obró con la debida idoneidad, celeridad, prudencia, diligencia y cuidados, sujeto a los protocolos médicos y guías de manejo institucional acorde al irregular e inestable estado de salud al ingreso a la institución de salud y la innominada.

De igual forma, formuló llamamiento en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros³, el que fue aceptado mediante auto del 13 de marzo de 2015⁴.

1.3.2. Llamamiento en garantía

La Previsora S.A. Compañía de Seguros⁵

Igualmente se opone a las pretensiones de la demanda, indicando que la falla en el servicio no se estructuró y que la misma no puede presumirse, pues en estos casos impera el principio de la carga de la prueba para demostrar la mencionada falla, el daño, la cuantía del detrimento y el nexo de causalidad.

Argumenta que el fallecimiento de la señora García Erazo no fue consecuencia de algún error u omisión del Hospital San Juan de Dios, sino de las complicaciones inherentes a la cesárea que se le practicó, la que, como cualquier cirugía mayor, deben ser afrontadas por el paciente ante la necesidad de realizar el procedimiento.

En lo que tiene que ver con las excepciones, manifestó que coadyuva las formuladas por el Hospital San Juan de Dios y propuso las de inexistencia de responsabilidad y de obligación alguna a cargo del Hospital San Juan de Dios de Cali, carencia de prueba del supuesto perjuicio, enriquecimiento sin causa y la genérica.

En cuanto al llamamiento en garantía, se opone a la prosperidad de las pretensiones en la medida en que excedan los límites y coberturas acordadas y/o desconozcan las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también, si superan el ámbito del amparo otorgado o no se demuestra la realización del riesgo asegurado o se comprueba una causa de exclusión.

Al respecto formuló las siguientes excepciones: prescripción de las acciones derivadas de los contratos de seguro, inexistencia de cobertura y consecuentemente, de obligación a cargo de La Previsora S.A., límites y sublímites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado, las exclusiones de amparo y la genérica.

La entidad demandada Departamento del Valle del Cauca no contestó la demanda⁶.

1.4. Alegatos de conclusión

³ Folios 1 a 8 del Cuaderno No. 3 de Llamamiento en Garantía

⁴ Folio 29 del Cuaderno No. 3 de Llamamiento en Garantía

⁵ Folios 403 al 413 del cuaderno principal

⁶ Constancia secretarial. Folio 400 del cuaderno principal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Por providencia del 31 de enero de 2020 se cerró el debate probatorio y se dio la oportunidad a las partes para que alegaran de conclusión (Fl. 636 del cdno. ppal.), de la cual hicieron uso la llamada en garantía⁷, el Hospital San Juan de Dios⁸ y la parte demandante⁹.

Como se encuentran acreditados los presupuestos de validez (no causales de nulidad) y eficacia (no causales para la inhibición) del proceso, se procede a emitir sentencia de mérito, previa las siguientes,

II. CONSIDERACIONES

2.1. Competencia

Debido al territorio, la cuantía y la naturaleza de las pretensiones, este Despacho es competente para conocer de este asunto.

2.2. De las excepciones

En cuanto a las excepciones formuladas tanto por el Hospital San Juan de Dios como por la llamada en garantía, debe decirse que como son una oposición directa a la pretensión principal serán resueltas conjuntamente con aquella.

En lo que corresponde a las formuladas contra el llamamiento en garantía, serán analizadas en el evento en que resulte condenada la convocante.

Por lo anterior, no hay lugar a dar por acreditada ninguna excepción en este estado del proceso.

Dilucidado lo precedente, se estudiará el asunto.

2.3. La legitimación en la causa

2.3.1. Activa:

Se observa que se ha demostrado debidamente la legitimación respecto de la parte demandante mediante la aportación de la historia clínica y los registros civiles de origen notarial, lo cual se hizo de la siguiente forma:

- En el historial médico de la atención brindada a Leidy Johanna García Erazo abierto en el Hospital Cañaveral de la Red de Salud de Ladera ESE, en el Hospital San Juan de Dios y en el Hospital San José de Buga, se advierte que esta fue la víctima directa y cuya atención médica se acusa fallida (Folios 15 a 78 y 97 a 123 del cdno. ppal. y 38 a 126 del cuaderno No. 2 de pruebas).

⁷ Folios 637 a 643 del Cuaderno Principal

⁸ Folios 644 a 653 del Cuaderno Principal

⁹ Folios 676 a 689 del Cuaderno Principal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

- Los señores Carlos Emilio García Vanegas y Ana Tulia Erazo Benítez acreditaron su condición de padres de Leidy Johanna García Erazo, con copia auténtica del registro civil de nacimiento de esta última, visible a folio 6 del Cuaderno Principal.
- Con el registro civil de nacimiento del menor Carlos Andrés Rivera García se demuestra que este es hijo de Leidy Johanna García Erazo (Folio 7 del cuaderno principal).
- Con los testimonios de los señores Beatriz Ramos López y Mario Monsalve Parra se prueba que el señor Hugo Andrés Rivera era el compañero de la señora Leidy Johanna García Erazo (Folios 458 a 463 del cuaderno principal).
- De los registros civiles de nacimiento de Sandra Milena García Restrepo, Edinson Erazo Benítez y Ramiro García Hernández se comprueba que son hermanos de Leidy Johanna García Erazo. (Folios 11 a 13 del Cdno. Ppal.).

2.3.2. Pasiva:

La entidad accionada Hospital San Juan de Dios se encuentra legitimada de hecho en la causa por pasiva por ser la institución prestadora y promotora del servicio de salud brindado a Laidy Johanna García Erazo al momento de los hechos.

El Departamento del Valle del Cauca está legitimado de hecho en la causa por pasiva, por su presunta actuación a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE, en la consecución y traslado de la paciente García Erazo del Hospital San Juan de Dios de Cali a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Buga.

Se aclara que, la legitimación material en la causa de cada una de las entidades se analizará conjuntamente con el material probatorio.

2.4. El problema jurídico a resolver

En el sub-lite se debe resolver el siguiente interrogante jurídico:

¿Se materializó o no un evento en el que exista responsabilidad administrativa y patrimonial de las entidades demandadas por los perjuicios ocasionados a los demandantes, derivados de la atención médica brindada a Leidy Johanna García Erazo en la atención del parto que se realizó por cesárea, durante el cual se presentó edema de cuello uterino y desgarro de la arteria uterina derecha, lo que derivó en una atonía uterina y choque hipovolémico que llevó a que se le practicara una histerectomía abdominal total (extracción del útero) y su posterior fallecimiento acaecido el 26 de junio de 2010, o, por el contrario, las accionadas actuaron conforme los protocolos de atención establecidos para esos eventos?

Ahora bien, con el propósito de solucionar la cuestión precedente, en caso afirmativo, se considera necesario también abordar el siguiente problema jurídico subordinado:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

¿Se encuentra obligada la llamada en garantía a asumir la reparación del perjuicio o el reembolso de las sumas limitadas en la póliza de seguro y cuyo pago se ordene, si es el caso, en esta providencia?

Para resolver los problemas jurídicos referenciados, se estima que debe precisarse el régimen de responsabilidad aplicable a las circunstancias del caso concreto, para luego, atendiendo la valoración de los elementos de convicción que obran en el plenario, resolver el fondo de la controversia.

2.5. Régimen de responsabilidad estatal aplicable

Desde hace algunos años el Consejo de Estado ha manifestado que la responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación de los servicios médicos – asistenciales se enmarca en el régimen subjetivo, bajo el título de imputación clásico de falla del servicio¹⁰.

Sobre la responsabilidad por falla médica y la prueba de la relación causal entre el daño y la falla ha manifestado la Alta Corporación¹¹:

“(…) Actualmente, la jurisprudencia aplica la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria. Prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño. Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. ... la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes. ... En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance (...).”

2.6. Acervo probatorio allegado a la actuación

El expediente consta de 5 cuadernos a saber: el cuaderno principal (Folios 1 a 690), cuaderno 1A (Folios 1 a 8), cuaderno No. 2 de pruebas (Folios 1 a 139), cuaderno No. 3

¹⁰ Al respecto, se puede consultar, entre otras, las sentencias de 31 de agosto 31 de 2006, expediente 15772, C.P. Ruth Stella Correa; sentencia de 3 de octubre de 2007, expediente 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; sentencia de 28 de febrero de 2011, expediente 18515, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo; y la sentencia de 28 de abril de 2011, expediente 20027, C.P. Danilo Rojas Betancourt

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. Sentencia de 30 de octubre de 2013. Expediente con radicación 66000-23-31-000-1998-00181-01 (24985). C.P. Dr. Danilo Rojas Betancourt. Ver también la sentencia Sala de lo Contencioso Administrativo-Sección Tercera-C.P. María Adriana Marín, sentencia del ocho (8) de noviembre de dos mil veintiuno (2021), Radicación número: 18001-23-31-000-2006-00364-01(46258)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

de llamamiento en garantía (Folios 1 a 34), y cuaderno No. 4 de incidente de nulidad (Folios 1 a 39).

Documentales:

- Registro civil de defunción de Leidy Johanna García Erazo con indicativo serial No. 06786077 de la Notaría Segunda del Círculo de Buga. (Folio 5 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Leidy Johanna García Erazo con indicativo serial No. 12640481 de la Notaría Octava del Círculo de Cali. (Folio 6 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Carlos Andrés Rivera García con indicativo serial No. 44018803 de la Notaría Tercera del Círculo de Cali. (Folio 7 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Hugo Andrés Rivera con indicativo serial No. 44442545 de la Registraduría de Cali. (Folio 8 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Carlos Emilio García Vanegas con indicativo serial No. 01165127 de la Notaría Única del Círculo de Versalles. (Folio 9 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Ana Tulia Erazo Benítez con indicativo serial No. 20920277 de la Notaría Única de Florencia, Cauca. (Folio 10 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Sandra Milena García con indicativo serial No. 537601 de la Notaría Segunda del Círculo de Cali. (Folio 11 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Edinson Erazo Benítez con indicativo serial No. 28691509 de la Notaría Única de Mercaderes, Cauca. (Folio 12 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Ramiro García Hernández de la Registraduría Municipal de Versalles, Valle. (Folio 13 del cdno. ppal.).
- Antecedentes clínicos registrados en la Red de Salud de Ladera ESE (Hospital Cañaveralejo), en el Hospital San Juan de Dios y en el Hospital San José de Buga, en los cuales se relaciona la atención médica brindada a Leidy Johanna García Erazo referente al trabajo de parto y a la realización de las intervenciones quirúrgicas de cesárea e histerectomía abdominal total los días 25 y 26 de junio de 2010 (Folios 15 a 69, 73 a 78 y 337 a 389 del cdno. ppal.).
- Oficio emitido por la Secretaría Departamental de Salud de fecha 30 de junio de 2010 dirigido a los Hospitales Joaquín Paz Borrero, Cañaveralejo y San Juan de Dios referente al inicio de la investigación preliminar del caso de la paciente Leidy Johanna García Erazo. (Folio 70 del cdno. ppal.).
- Oficio de respuesta a derecho de petición en el que la auditora de la UCI de la Clínica Guadalajara informa que Leidy Johanna García Erazo no fue atendida en esa institución, ni comentada para su ingreso para el día 26 de junio de 2010. (Folio 80 cdno. ppal.).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

- Oficio del 03 de agosto de 2011, suscrito por el secretario departamental de salud del Valle del Cauca en relación con la administración, organización y operación del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE. (Folio 82 del cuaderno principal).
- Copia de la Guía de Manejo de la Hemorragia Obstétrica “Código Rojo” de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (Folios 84 a 97 del cdno. ppal.).
- Oficio del 28 de noviembre de 2014 emanado de la coordinación del CRUE Valle, en el que informa el trámite dado a la remisión de la paciente Leidy Johanna García Erazo el día 26 de junio de 2010. (Folios 181 a 184 del cdno. ppal.).
- Copia de la investigación penal con SPOA 7600160001932010-14868 adelantado por la Fiscalía 33 Seccional (Folios 1 a 40 del cdno. No. 2 de pruebas).
- Copia del proceso jurídico administrativo de queja No. 431-10 adelantado por la Secretaría Departamental del Salud en relación con el caso de la paciente Leidy Johanna García Erazo. (Folios 41 a 139 del cdno. No. 2 de pruebas).

Testimoniales

- En diligencia celebrada el día 10 de noviembre de 2015, se recibió como testigos a los señores Beatriz Ramos López, Mario Monsalve Parra y María Elena Montoya (Folios 458 a 465 del cdno. ppal.).
- Asimismo, el día 11 de noviembre de 2015, se recibió el testimonio de los médicos Olga Lucía Cuero Vidal, Bernardo Morales Osorio, Mónica Cecilia Acosta Álvarez y Pablo Enrique Hoyos Guzmán. (Folios 467 a 488 del cdno. ppal.).

Dictamen pericial

Obra en el expediente el dictamen pericial de fecha 15 de octubre de 2018, emitido por el médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia designado por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología – Fecolsog, en el cual se absolvieron los cuestionamientos planteados por la parte demandante. (Fls. 534 a 548 del cdno. ppal.).

Del anterior dictamen se dio traslado a las partes mediante providencia del 25 de junio de 2019 (fl. 611), solicitándose aclaración y complementación de este por la parte actora (Folios 613 a 616 del cdno. ppal.).

El perito realizó la aclaración y complementación del dictamen solicitado por la demandante, el que obra a folios (624 a 634 del cdno. ppal.), del que también se dio traslado a las partes (auto del 06 de diciembre de 2019, Folio 635); no obstante, estas no realizaron ningún pronunciamiento adicional sobre el particular.

2.7. Fondo de la controversia

2.7.1 La prueba del daño

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Al respecto, la parte actora lo derivó de la muerte de Leidy Johanna García Erazo ocurrida el 26 de junio de 2010, sucedida con posterioridad a la atención del trabajo de parto que se adelantó a través del procedimiento de cesárea en el Hospital San Juan de Dios, hecho que se halla debidamente probado de conformidad con los elementos de convicción aportados al expediente.

De la atención brindada inicialmente por el Hospital Cañaveral de la Red de Salud de Ladera ESE el día 25 de junio de 2010, se tiene (Folios 15 a 16 cdno. ppal.):

“(…)

Apertura MATERNO-PERINATAL del 25 de Junio de 2010 07:20 am

MOTIVO DE CONSULTA
DOLORES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G2A1 FUR DEL 01 DE OCT. DE 2009 AL DIA DE HOY 37 6/7 SEMANAS – EDAD GESTACIONAL POR ECO. DEL 14 DE ENERO DE 2010 QUE REPORTA EMBARAZO DE 15 SEMANAS AL DIA DE HOY 37 6/7 SEMANAS REFIERE CUADRO DE 5 HS DE ACTIVIDAD UTERINA ESPACIADA – REFIERE MOVIMIENTOS FETALES + SANGRADO +/- AMENORREA +/- NIEGA SINTIMAS DE VASOESPASMO. ANTECEDENTE DE DIABETES GESTACIONAL EN ESTE EMBARAZO CONTROLADA CON DIETA HIPOGLUCIDA

(…)

EVOLUCIÓN

G2A1
EMB DE 37 6/7 SEMANAS
FETO VIVO CEFALICO
TRABAJO DE PARTO
DIABETES GESTACIONAL

SE COMENTA CON EL DR SILDARRIAGA OBSTETRA.
SE ORDENA REMISION A NIVEL SUPERIOR POR RIESGO NEONATAL POR ANTECEDENTE DE DIABETES GESTACIONAL.

SE LLAMA AL CRUE
SE REMITE A: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
COD. 338435
SE ENVIA PACIENTE CANALIZADA Y EN AMBULANCIA

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010395901-CPS-3087673

Principal de consulta: ... DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA EN EL EMBARAZO (...).

En lo que concierne a la atención suministrada por el San Juan de Dios los días 25 y 26 de junio de 2010¹², se observa:

“EPICRISIS CONSULTORIOS DE URGENCIAS
FECHA DE INGRESO 25/06/2010 11:50:09
FECHA DE EGRESO: 26/06/2010 04:09:22

¹² Folios 17 a 72 del cdno. ppal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

(...)

SERVICIO DE INGRESO: SALA DE OBSTETRICIA
SERVICIO DE EGRESO: COLSULTORIOS DE URGENCIAS

ESTADO GENERAL AL INGRESO: PACIENTE ESTABLE

ESTADO GENERAL AL EGRESO: PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES,
CON VENTILACION.

MOTIVO DE LA CONSULTA: "PORQUE YA TENGO CONTRACCIONES"

ENFERMEDAD ACTUAL:

G2P0A1 FUR 1/10/09 CONFIABLES FPP 7/10 EG DE 37.1SS TRAE 3 ECOGRAFIAS LA PRIMERA DE 14 ENERO QUE REVELA EG DE 15 SS EXTRAPOLADA A HOY DA 38.1SS EL DIA DE HOY CONSULTA PORQUE DESDE HOY A LA 1 AM PRESENTA DOLOR TIPO CONTRACCIÓN Y A LAS 10 AM DE HOY PRESENTA SALIDA DE TAPON MUCOSO NIEGA SALIDA DE LIQUIDO Y SIENTE MOVER EL BEBE TRAE CURVA DE GLICEMIA CON 100GRS DE 15/06/10 QUE REPORTA GLICEMIA A LA 1HRS DE 174 A LAS 2 HRS DE 165 Y A LAS 3HRS DE 143.

(...)

CONDUCTA:

G2A1 EMB DE 38SS DIABETES GESTACIONAL, T DE PARTO EN FASE ACTIVA SE DECIDE HOSPITALIZAR EN T DE PARTO SE LE EXPLICA A LA PACIENTE.

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA EN EL EMBARAZO ok

EVOLUCION:

PACIENTE QUIEN ES LLEVADA A CESAREA POR TRABAJO DE PARTO ESTACIONARIO, DURANTE EL PROCEDIMIENTO PRESENTÓ SANGRADO, DESGARRO DE LA ARTERIA UTERINA, POSTERIORMENTE PRESENTA ATONIA UTERINA, SHOCK HIPOVOLEMICO, POR LO CUAL SE REALIZA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y SE LE REALIZA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL, SE TRANSFUNDEN 6 UGRE, 4 UNIDADES DE PLASMA, PACIENTE ENTUBADA, SE REMITE A UNIDAD DE CUIDADOS.

(...)

DIAGNOSTICOS DE EGRESO:

PARTO POR CESAREA CON HISTERECTOMIA ok

TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

SE REALIZO CESAREA, HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.

INTERCONSULTAS REALIZADAS:

NO

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO: DESTINO DE PACIENTE: Remite a otra institución.
SE REMITE A NIVEL III YA QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ESTADO FINAL: VIVO...".

De la actividad desplegada por el Hospital San José de Buga el 26 de junio de 2010, se

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

destaca¹³:

“Fecha de Ingreso: 26-06-2010. Hora de Ingreso: 06:40

(...)

Remitido de: Hospital San Juan de Dios.

Motivo de Consulta: “Remitido Hospital San Juan de Dios”

Enfermedad Actual: Remitido Hospital San Juan de Dios le realizaron histerectomía abdominal total, secundario a atonía uterina según nota del HSJD cesárea por parto estacionario, durante procedimiento sangrado y desgarro de arteria uterina. Le transfundieron 4UGRE y 2U plasma y remiten para UCI.

(...)

Examen físico: TA: 130/80, FC: 88 x', FR: Ambú x1...

Especifique: Malas condiciones generales con TOT permeable, pupilas midriáticas con soporte con Dopamina. Posterior al ingreso hace paro cardiorrespiratorio. Se realiza maniobras avanzadas de RCP. Adrenalina 1 ampolla C/3 minutos 2 dosis y se colocan 20U de vasopresina. LEV Hartmann 200 cc/hora/ haemacel como expansor de volumen después de 45 minutos de reanimación cardiopulmonar no responde a las maniobras y se declara muerte clínica a las 07:15 horas. Pupilas midriáticas reflejo pupilas ausente. Frialidad generalizada.

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

- 1. Choque hipovolémico*
- 2. CID*
- 3. Atonía uterina*

Desgarro arteria uterina

(...)

DIAGNOSTICO DE EGRESO:

- 1. Fallecida*
- 2. Choque hipovolémico*
- 3. Atonía uterina*

Dx. DIFERENCIAL

Desgarro arteria uterina

(...)

PLAN DE MANEJO (AMBULATORIO): Fallecido/se avisa a Fiscalía

(...)

CAUSA BÁSICA DE LA MUERTE: Choque hipovolémico.
Fecha Salida: 26-06-2010 Hora Salida: 07:15”.

En ese orden, se advierte que quedó debidamente demostrado el daño alegado en la demanda, pues se probó el fallecimiento de Leidy Johanna García Erazo ocurrido el 26 de junio de 2010, por lo que se hace imperativo establecer si en el caso concreto tiene el carácter de antijurídico y si le puede ser atribuido o imputado a la actividad médica de las entidades demandadas.

2.7.2. Imputación de la responsabilidad al Estado – actividad médica-

¹³ Folios 73 a 78 del cdno. ppal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

En consideración a que en el caso que se juzga las imputaciones formuladas por los demandantes se enunciaron como una falla durante la prestación del servicio médico, pues invocan como hecho generador la deficiente atención brindada a la señora García Erazo en el Hospital San Juan de Dios, reflejada presuntamente en que por tratarse de una persona diagnosticada con diabetes gestacional con trabajo de parto estacionario, se le practicara una cesárea en la que se presentó desgarro de la arteria uterina que le provocó atonía uterina (sangrado profuso sin control), y choque hipovolémico situación que al no poderse conjurar, derivó en la realización de la histerectomía abdominal total en la humanidad de la paciente (Extracción del útero) y remisión a la UCI del Hospital San José de Buga donde finalmente falleció.

Adicionalmente, asegura la parte actora que se presentó demora y un marcado error en el traslado de la señora Leidy Johanna García Erazo del Hospital San Juan de Dios de Cali al Hospital San José de Buga.

Así las cosas, se indica que, dada la naturaleza del caso, el procedimiento y la complejidad, se procederá a la valoración de las pruebas aportadas y lo prescrito por la Lex Artis para tratar el asunto, con el fin de demostrar el **nexo causal** entre la actividad médica desplegada y el daño mencionado.

En este contexto, para determinar las circunstancias que rodearon la prestación del servicio médico, haciendo uso de la prueba documental, el Juzgado se permite retrotraer:

- ✓ En la historia clínica abierta en la ESE red de Salud de Ladera – Hospital Cañaveralejo, referente a la atención brindada el 25 de junio de 2010, se consignó¹⁴:

“(…)

Apertura MATERNO-PERINATAL del 25 de Junio de 2010 07:20 am

*MOTIVO DE CONSULTA
DOLORES*

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G2A1 FUR DEL 01 DE OCT. DE 2009 AL DIA DE HOY 37 6/7 SEMANAS – EDAD GESTACIONAL POR ECO. DEL 14 DE ENERO DE 2010 QUE REPORTA EMBARAZO DE 15 SEMANAS AL DIA DE HOY 37 6/7 SEMANAS REFIERE CUADRO DE 5 HS DE ACTIVIDAD UTERINA ESPACIADA – REFIERE MOVIMIENTOS FETALES + SANGRADO +/- AMENORREA +/- NIEGA SINTIMAS DE VASOESPASMO.

ANTECEDENTE DE DIABETES GESTACIONAL EN ESTE EMBARAZO CONTROLADA CON DIETA HIPOGLUCIDA

(…)

EVOLUCIÓN

G2A1

EMB DE 37 6/7 SEMANAS

FETO VIVO CEFALICO

TRABAJO DE PARTO

DIABETES GESTACIONAL

¹⁴ Folios 15 a 16 del cuaderno principal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

SE COMENTA CON EL DR SILDARRIAGA OBSTETRA.
SE ORDENA REMISION A NIVEL SUPERIOR POR RIESGO NEONATAL POR
ANTECEDENTE DE DIABETES GESTACIONAL.

SE LLAMA AL CRUE
SE REMITE A: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
COD. 338435
SE ENVIA PACIENTE CANALIZADA Y EN AMBULANCIA

DIAGNÓSTICO
Documento de venta: 760010395901-CPS-3087673
Principal de consulta: ... DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA EN EL EMBARAZO.
(...)". (Se subraya)

- ✓ Una vez se efectúa el traslado al Hospital San Juan de Dios, es atendida en esa casa de salud los días 25 y 26 de junio de 2010 (Folios 17 a 69 de cdno. ppal.), de la que se sustrae:

"(...)

25-06-10 11+00

Ingres a pcte a sala de admisión consciente, orientada en tip traída por comando, remitida del Hospital Joaquín Paz Borrero, en espera de ser valorada.

11+49: Pcte es valorada por la doctora Cuero, la cual ordena hospitalizar pata T de parto Dx: G2P0A1 emb de 30.1ss con FCF (+), movimientos fetales (+), con actividad uterina (+), Pcte en 4 cm de dilatación, bto 80% E-1 m integras, Pcte hemodinámicamente estable... quedando pendiente iniciar goteo de oxitocina.

11:50

G2P0A1 FUR 1/10/09 confiables FPP 7/10 EG de 37.1ss trae 3 ecografías la primera de 14 enero que revela EG de 15ss extrapolada a hoy da 38.1ss el día de hoy consulta porque desde hoy a la 1 am presenta dolor tipo contracción y a las 10 am de hoy presenta salida de tapón mucoso niega salida de líquido y siente mover el bebe trae curva de glicemia con 100grs de 15/06/10 que reporta glicemia a la 1hrs de 174 a las 2 hrs de 165 y a las 3hrs de 143.

13+50

25/06/10

G2P0A1 TA-110/80

FCF-140 FC-86

AV-4x10x38

TV-Bto 90% D5 cm E-1 MI

Junio 25/10

2+30

(...) hoy consulta porque desde hoy a la 1:00 AM de hoy presenta salida de tapón mucoso, niega salida de líquido. Siente mover el bebé. Trae test de o'sullivan de glicemia en ayunas 110 mg/dl...

25/06/10

15+25

TA 82

FC 100/80

FCF-130

AV-Bto 90% D±7cm E.O MI

Movimientos fetales (+)

Junio 25/10 16+00

Actividad uterina regular

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

FCF 144x'
TV B90% D 7cm E+ MI
P/ Monitoria fetal

Junio 25/10 17+50
Monitoreo Reactivo – Negativo
TV B 100% C 9cm E-1 M íntegras
Plan continuar trabajo de parto.
(...)
Idx: Trabajo de parto estacionario
Cx: Cesárea

Nota Operatoria de Cesárea

25/06/10 Hora: 20+35

(...)

Dx. Pre Qx: G2A1, Diabetes gestacional, Parto estacionario.
Dx. Pos Qx: G2A1C1

(...)

Complicada por: Edema de cuello y difícil extracción de feto. Se produce desgarro de arteria uterina derecha.

(...)

Observación: Se realiza 2 puntos cruzados para realizar hemostasia de arteria uterina desgarrada, difícil histerorrafia por edema de tejidos. L.A. Hipertérmico.

25 Junio/10 Postquirúrgico – Cesárea
22+20 Respondo llamado de enfermería ya que la pcte presenta hipotensión PA:50/35 FC:130 x min. Examen físico: pcte con diuresis positiva de 200 cc en 2 horas, útero hipotónico, se realiza masaje y se extraen aproximadamente 300 cc de coágulos. TA: 60/40. FC: 115 Lxmin. FR: 16 Rxmm. Pcte eutérmica. Mucosas pálidas, reseca.

Conducta:

1. Cruce y reserva de 3 U GRE
2. Transfundir 3 UGRE
3. Transfundir 2 bolsas de plasma
4. Hemograma post transfusión
5. Aplicar Methergin 0.2 MG im
6. 20 U de oxitocina a 500 cc en SSN pasar 10 gotas x minuto
7. Control estricto signos vitales cada 20 minutos
8. Informar cambios

NOTA: Se informa a familiares y a la paciente que en caso de persistir la hipotonía uterina se pasará a quirófano para histerectomía abdominal total.

Junio 25-10 TA: 90-50 FC:60
10:45 pm Diuresis 200 cc/hora
Conjuntivas pálidas
- Útero contraído
- Sangrado escaso

Cx:

1. Continuar LEV 1000cc de SSN
2. Transfundir urgente 3 unidades de GR
3. Control estricto signos vitales

25-VI-10 TA: 93/46 ½:G2
23:00 h FC: 100

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Útero contraído

Abdomen B/d – No Sg de irritación peritoneal.

Cx: Transfundir GR

23:25 Dx Anotadas Recibe GRE
Ex: TA: 95/45 FC: 88 FR: 76
Pte con diuresis 200cc en 1 hora
Abdomen sin defensa abdominal
Útero tónico
Manifiesta dolor torácico
Se comenta a anestesiología
Cx: Culminar transfusión y revalorar.

25/06/10

11+50 Paciente con Dx: Anotados, persiste hipotensa. TA: 86/62. FC: 100x'. FR: 22x'
Presenta palidez generalizada.

Recibió tres unidades de glóbulos rojos, continua transfusión, diuresis 200cc. Presenta sangrado escaso por vagina con útero atónico.

Dx: Shock hipovolémico
Atonía uterina

Plan: Laparotomía urgente.

Descripción quirúrgica

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Histerectomía abdominal total

(...)

Diagnóstico previo: Atonía uterina

Diagnóstico posterior: Atonía uterina – Útero couvelaire

(...)

PROCEDIMIENTO:

Prevía asepsia y antisepsia área... Observa útero couvelaire y se masajea retirando 600cc de coágulos. Se pinza, corta y liga pedículo superior con VICR y luego se diseca pliegue besico uterina y se pinza, corta y liga pedículo inferior con VICR... debido al edema de tejidos.

Se realiza hemostasia en cada plano

Se realiza cierre por planos.

26/06/10

1+20 AM Paciente se lleva a laparotomía exploratoria urgente, se realiza Histerectomía abdominal total por atonía uterina, paciente se encuentra hipotensa, taquicárdica, se le han transfundido 4 UGRE 2 unidades de plasma.

Requiere UCI, se comenta al CRUE, contesta Denis Cabezas, refiere que en el momento no hay cupo para UCI, pero que en cuanto consiga devuelve la llamada.

Plan: Se solicita PT, PTT, INR, Gases arteriales, hemograma, electrolitos, creatinina, pendiente cupo en UCI.

Jun-26/10

2:00 am Qx General. Se acude ha llamado para colocar CVC (Catéter venoso central); asepsia, antisepsia... se realiza punción única de vena yugular interior derecha...

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

26/junio/2010

2+30 AM Se comunicó con el CRUE informa que no han conseguido cupo ni en Fundación Valle del Lili, en Clínica SUMA, ni en Comfenalco – Unilibre.

26/junio/10

2+50 Recibimos llamada del CCRUE nos informan que se consiguió UCI en Buga (San José). Se comentó con Leonardo Montero, se comenta con administrador para trámite de ambulancia.

26/junio/10

3+25 Me comunico con el CRUE. Hablo con Viviana me da código 338602. Recibe Dr. Montero en Buga.

26/06/10 Pte con Dx Anotados

4:20 Aun pendiente la llegada de ambulancia medicalizada para remisión.

Examen físico:

Pte que presenta sangrado vaginal rutilante con escasos coágulos

Por factible sangrado en capa que proviene del área de la cúpula

Se realiza taponamiento con 2 compresas.

Signos vitales: TA: 64/40

FC: 120

FR: 20

Eutérmica

Nota: El taponamiento vaginal se realiza con 2 compresas porque tejido está friable en el área de la cúpula la cual presenta sangrado en capa.

Referencia de pacientes

Solicitud

Identificación de Instituciones

De: HSJD A. UCI

(...)

Pte que presentó atonía uterina sin respuesta al manejo farmacológico con oxitocina y methergin. No había misoprostol.

Examen físico: TA: 110/50 FC: 110 FR: 20

Con ventilación hipotérmica

Se han transfundida 4 UGRE

Se han transfundido 2 U plasma

Diuresis 400 cc orina clara por sonda

Órdenes Médicas previa a traslado a UCI:

1. Pendiente recepción de paciente en UCI
2. LEV 12 horas 1000 cc DDN+500 cc
3. Continuar transfusión de GRE
4. Continuar transfusión de plasma
5. Monitoria de signos vitales c/20 minutos
6. Control estricto LA y LE
7. Se solicita:
 - Creatina
 - TI
 - TIT
 - Gases ...
 - Electrolitos
8. Se envía útero a patología
9. Clindamicina 500mg EV C/6Horas
10. Gentamicina 160g EV C/24Horas
11. Control estricto signos de sangrado
12. Informar cambios".

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

- ✓ En relación con la actuación del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Departamento del Valle para la búsqueda de UCI disponible, se tiene:

“...fue comentada a la tecnóloga en atención prehospitalaria Dennys Cabezas que se encontraba de turno con el médico David Ospina del CRUE Valle, por el médico del Hospital San Juan de Dios, Enrique Hoyos, donde refiere que la paciente ingresó a las 23:50 horas del 25 de Junio de 2010, en trabajo de parto estacionario con líquido amniótico hipertérmico y edema de cuello uterino, refiere que ingresa a cirugía y en el procedimiento de pos cesárea se evidencia sangrado uterino con desgarro de arteria uterina lo cual le causa un shock hipovolémico y es intubada para proceso de remisión como Urgencia Vital, el día 26 de junio de 2010 a las 01:07:37 horas, con diagnóstico de Complicación no Especificada del Trabajo de Parto y del Parto (CIE10 O759), para ubicación en Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, servicio de alta complejidad, siendo usuaria clasificada como Población Pobre no Asegurada que en su momento se encontraba retirada de la EPS S.O.S. y dada la urgencia se define direccionar esta usuaria al Hospital San José de Buga donde fue aceptada en sala de UCI Adulto por el médico Leonardo Montero a las 02:58:07 horas, que contaba con la disponibilidad en el momento ya que se había realizado un previo barrido de UCI en varias IPS de la ciudad de Cali y no se contaba con la disponibilidad en el momento. Se cierra registro con autorización de remisión #338602 hacia el Hospital San José de Buga, previamente aceptada y reportada al Hospital San Juan de Dios, posteriormente a las 03:57:08 horas, llaman del Hospital San José de Buga al área administrativa de admisiones a verificar el estado de afiliación de la usuaria, se informa que en el momento está retirada de la S.O.S por lo cual es cobertura de la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, inmediatamente refieren que no pueden aceptar la paciente y se cancela la remisión, ya que no tienen contrato para la Población Pobre no Asegurada, a lo cual se les informa que la ambulancia va en camino con la paciente a bordo y no se puede retornar por la urgencia clínica que amerita. A las 04:01:56 horas, se recibe llamada del médico Leonardo Montero, del Hospital San José de Buga, informando que la cama de la UCI que estaba reservada con autorización de recibido para la paciente Leidy Johanna García Erazo, fue ocupada por otro paciente que ingresó en peores condiciones clínicas, por lo cual ya no acepta la paciente, a lo cual se le informa que la paciente ya va en camino y fue previamente aceptada por él. Posteriormente no se reciben más llamadas del Hospital San José de Buga y del Hospital San Juan de Dios a reportar novedad alguna...”

- ✓ El traslado se efectuó a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Buga, observándose en la historia clínica abierta en esa casa de salud lo siguiente:

“Fecha de Ingreso: 26-06-2010. Hora de Ingreso: 06:40

(...)

Remitido de: Hospital San Juan de Dios.

Motivo de Consulta: “Remitido Hospital San Juan de Dios”

Enfermedad Actual: Remitido Hospital San Juan de Dios le realizaron histerectomía abdominal total, secundario a atonía uterina según nota del HSJD cesárea por parto estacionario, durante procedimiento sangrado y desgarro de arteria uterina. Le transfundieron 4UGRE y 2U plasma y remiten para UCI.

(...)

Examen físico: TA: 130/80, FC: 88 x', FR: Ambú x1...

Especifique: Malas condiciones generales con TOT permeable, pupilas midriáticas con soporte con Dopamina. Posterior al ingreso hace paro cardiorrespiratorio. Se realiza maniobras avanzadas de RCP. Adrenalina 1 ampolla C/3 minutos 2 dosis y se colocan 20U de vasopresina. LEV Hartmann 200 cc/hora/ haemacel como expansor de volumen después de 45 minutos de reanimación cardiopulmonar no responde a las maniobras y se declara muerte clínica a las 07:15 horas. Pupilas midriáticas reflejo pupilas ausente. Frialidad generalizada.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

DIAGNOSTICO DE INGRESO: 1. Choque hipovolémico
2. CID
3. Atonía uterina
Desgarro arteria uterina

(...)

DIAGNOSTICO DE EGRESO: 1. Fallecida
Dx. DIFERENCIAL 2. Choque hipovolémico
3. Atonía uterina
Desgarro arteria uterina

(...)

PLAN DE MANEJO (AMBULATORIO): Fallecido/se avisa a Fiscalía

(...)

CAUSA BÁSICA DE LA MUERTE: Choque hipovolémico.
Fecha Salida: 26-06-2010 Hora Salida: 07:15

Mortalidad Materna – Relación con Datos Básicos

(...)

3.10 Causa básica de muerte: Desgarro arteria uterina

(...)

7.7 Remisiones oportunas: Si

(...)

10. Causas de Muerte

10.1 Causa Básica: Desgarro arteria uterina

10.2 Muerte relacionada con demoras:

1. Shock hipovolémico
2. Hemorragia severa
3. Diabetes gestacional

10.3 Causa de la muerte determinada por: Historia clínica". (Folios 73 a 78 C.P.).

De la información reseñada, se tiene hasta el momento, que la paciente Leidy Johanna García Erazo, para el 25 de junio de 2010 estaba en estado de embarazo con 37.1 semanas de gestación, acudiendo al Hospital Cañaveralejo de la Red de Salud de Ladera ESE en trabajo de parto, decidiéndose por esa casa de salud remitirla a un nivel superior de atención por riesgo neonatal por padecer de diabetes gestacional.

Que, en cumplimiento de lo anterior, fue trasladada en esa misma fecha al Hospital San Juan de Dios, en que al evidenciarse, además del antecedente de diabetes gestacional, que se trataba de un trabajo de parto estacionario, se resuelve realizar cesárea, durante la cual se presenta complicación por edema de cuello y difícil extracción del feto, lo que conlleva al desgarro de la arteria uterina derecha.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

El recién nacido se obtuvo sin complicaciones; no obstante, al no poderse detener la hemorragia, se le realizó masaje uterino extrayendo 600cc de coágulos sin mostrar mejoría, presentándose atonía uterina y choque hipovolémico, que conllevó a la realización por parte de los galenos, previa laparotomía, de la correspondiente histerectomía abdominal total, numerosas transfusiones de glóbulos rojos empacados y plasma, siendo intubada y disponiéndose su remisión a la Unidad de Cuidados Intensivos en fecha 26 de junio de 2010.

Al no contar el Hospital San Juan de Dios con Unidad de Cuidados Intensivos de realiza la ubicación a través de Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Valle – CRUE, en la UCI disponible en el Hospital San José de Buga, lugar donde es trasladada la paciente, arribando en malas condiciones generales haciendo paro cardiorrespiratorio y, pese a las maniobras de reanimación, la señora García Erazo fallece el mismo 26 de junio de 2010.

Sobre el particular, se considera pertinente acudir a la definición de diferentes términos médicos para comprender el diagnóstico dado, así como sus causas, el procedimiento sugerido y el realizado.

En lo que tiene que ver con la diabetes gestacional tenemos:

“Es un tipo de diabetes que puede aparecer durante el embarazo en las mujeres que no tengan ya diabetes.

Causas

La diabetes gestacional se da cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina durante el embarazo. El páncreas produce una hormona llamada insulina, que actúa como una llave que permite que el azúcar en la sangre entre a las células del cuerpo para que estas la usen como energía.

Durante el embarazo el cuerpo produce más hormonas y además tiene otros cambios, como aumento de peso. Estos cambios hacen que las células del cuerpo usen la insulina de una manera menos eficaz. Esta afección se llama resistencia a la insulina. La resistencia a la insulina aumenta la necesidad que el cuerpo tiene de insulina.

Todas las mujeres tienen algo de resistencia a la insulina durante los últimos meses del embarazo. Sin embargo, algunas tienen esta afección incluso antes de quedar embarazadas. Comienzan el embarazo con una necesidad mayor de insulina y, por lo tanto, serán más propensas a tener diabetes gestacional.

(...)

Complicaciones

La diabetes gestacional puede aumentar el riesgo de tener presión arterial alta durante el embarazo. También puede aumentar el riesgo de que tenga un bebé grande y que le deban hacer una cesárea (C-section, en inglés).

Si usted tiene diabetes gestacional, su bebé estará en mayor riesgo de lo siguiente:

- *Ser muy grande (9 libras o más), lo cual puede dificultar el parto.*
- *Nacer antes de tiempo, lo cual puede causar problemas respiratorios y otros problemas.*
- *Tener niveles bajos de azúcar en la sangre.*
- *Tener diabetes tipo 2 más adelante en la vida.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

La diabetes gestacional, por lo general, desaparece después de que nace el bebé. Sin embargo, alrededor del 50 % de las mujeres con diabetes gestacional tendrán diabetes tipo 2 más adelante”¹⁵.

En lo que respecta al trabajo de parto estacionario, se define como:

“Se entiende como trabajo de parto o dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas.

Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía, oxitócicos. La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto. La oxitocina puede utilizarse diluyendo 10 unidades en 1000 ml de solución fisiológica lo que equivale a 10 miliunidades por 1 ml; se recomienda iniciar con medio mililitro por minuto (5 a 10 miliunidades). La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto”¹⁶.

La arteria uterina es: *“una arteria emparejada que surge de la arteria ilíaca interna. Esta arteria sólo se encuentra en las mujeres, abasteciendo el útero y otras partes del sistema reproductivo femenino. Desde el punto de vista del desarrollo, se cree que la arteria uterina es el equivalente femenino a la arteria del conducto deferente en el hombre. La arteria uterina pasa inferior y medialmente a través del suelo de la pelvis y por encima del uréter, viajando dentro del amplio ligamento del útero. Termina en el cuello del útero, donde se divide en ramas más pequeñas”¹⁷.*

En cuanto al parto por cesárea¹⁸:

“...el alumbramiento de un bebé a través de la incisión quirúrgica que se hace en el abdomen y el útero de la madre. Este procedimiento se realiza cuando se determina que este método es más seguro para la madre, para el bebé o para ambos que el parto vaginal.

Razones para realizar el procedimiento

Cuando una mujer no puede dar a luz por vía vaginal, el parto se realiza por medio de una intervención quirúrgica practicando una cesárea.

Existen varias condiciones que aumentan las probabilidades de un parto por cesárea. Estas incluyen, entre otras, las siguientes:

- *Frecuencia cardíaca fetal anormal: la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto es un buen indicador de cómo reacciona el feto frente a las contracciones del trabajo de parto. La frecuencia cardíaca se suele monitorizar electrónicamente durante el parto; lo normal es que varíe entre 120 y 160 latidos por minuto. Si la frecuencia cardíaca fetal indica un problema, es posible tomar medidas de inmediato, como darle oxígeno a la madre, aumentar los líquidos y cambiar la posición de la madre. Es posible que sea necesario realizar una cesárea.*
- *Posición anormal del feto durante el parto: la posición normal del feto durante el parto es con la cabeza para abajo, y la cara hacia la espalda de la madre. Sin embargo, en ocasiones el feto no se encuentra en la posición correcta, lo cual hace que el paso por el canal de parto sea más difícil.*
- *Falta de progreso o evolución anormal del trabajo de parto*

¹⁵ <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/gestational.html#:~:text=La%20diabetes%20gestacional%20se%20da,estas%20la%20usen%20como%20energ%C3%ADa.>

¹⁶ <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Guia%20Vigilancia%20y%20Manejo%20del%20Trabajo%20de%20parto%20del%20embarazo%20de%20bajo%20riesgo,%202014.pdf>

¹⁷ <https://anatomiatopografica.com/aparato-circulatorio/arteria-uterina/>

¹⁸ <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=partoporcesrea-92-P09282>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

- *El bebé es demasiado grande para un parto vaginal*
 - *Complicaciones de la placenta (por ejemplo, placenta previa, situación en que la placenta bloquea el cuello uterino y presenta el riesgo de desprenderse del feto prematuramente)*
 - *Determinados problemas médicos maternos (por ejemplo, diabetes, presión arterial alta o infección por el virus de inmunodeficiencia humana [VIH])*
 - *Lesiones por herpes activas en la vagina o en el cuello uterino de la madre*
 - *Mellizos u otros múltiples*
 - *Parto por cesárea anterior*
- Su médico puede recomendarle una cesárea por otros motivos.*

Riesgos del procedimiento

Al igual que en cualquier procedimiento quirúrgico, pueden surgir complicaciones. Algunas posibles complicaciones del parto por cesárea pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- *Sangrado*
- *Desprendimiento anormal de la placenta, especialmente en mujeres con un parto por cesárea anterior*
- *Lesiones en la vejiga o en los intestinos*
- *Infección en el útero*
- *Infección de la herida*
- *Dificultad para orinar y/o infección de las vías urinarias*
- *Retraso en el regreso de la función intestinal*
- *Coágulos de sangre...*

La hemorragia uterina postparto "...es la pérdida de sangre de > 1000 mL o acompañada de síntomas o signos de hipovolemia en las 24 horas posteriores al nacimiento. El diagnóstico es clínico. El tratamiento depende de la etiología de la hemorragia.¹⁹".

Y dentro de las causas se observan:

"La causa más frecuente de hemorragia posparto es

- *Atonía uterina*

Los factores de riesgo para la atonía uterina incluyen

- *Sobredistensión uterina (causada por embarazo multifetal, polihidramnios, anomalía fetal o macrosomía fetal)*
 - *Trabajo de parto prolongado o disfuncional*
 - *Gran multiparidad (parto de ≥ 5 fetos viables)*
 - *Anestésicos relajantes*
 - *Trabajo de parto rápido*
 - *Infecciones intraamnióticas (corioamnionitis)*
- Otras causas de hemorragia posparto incluyen*

- *Laceraciones del tracto genital*
- *Extensión de una episiotomía*
- *Rotura uterina*
- *Trastornos hemorragíparos*
- *Tejidos placentarios retenidos*
- *Hematoma*
- *Inversión uterina*
- *Infección intraamniótica*

¹⁹<https://www.msmanuals.com/es-co/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/hemorragia-posparto>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

- *Subinvolución (involución incompleta) del sitio placentario (que en general se produce rápidamente, pero que puede tardar hasta 1 mes del parto)*
Los miomas uterinos pueden contribuir con la hemorragia posparto. Antecedentes de hemorragia posparto pueden aumentar el riesgo”.

En lo que respecta a la atonía uterina, se tiene que²⁰:

“...es una situación patológica en la que, después del parto y el alumbramiento (expulsión de la placenta), se produce un defecto de la contracción de las fibras musculares que forman parte de la pared del útero. Esto produce que los vasos sanguíneos del útero no dejen de sangrar tras el parto gracias a la presión de estos músculos, lo que lleva a que exista una hemorragia con la salida de sangre al exterior desde el útero a la vagina y genitales. La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia tras el alumbramiento. Se desarrolla hasta en un 5% de los partos naturales. Es una situación que debe tratarse de forma urgente ya que puede llegar a producir una situación de gravedad importante, que haga incluso peligrar la vida de la paciente.

Causas de la atonía uterina

Las causas o mecanismos por los que la fibra muscular de la pared del útero llega a dejar de realizar su función de contracción, pueden ser varias, como que el útero se haya sobredistendido y no recupere su forma y capacidad de contracción (por ejemplo, en las gestaciones múltiples).

Otras veces es por una fatiga del músculo (por ejemplo, en un parto que dure mucho), o que exista una alteración de la anatomía de este, como miomas, o de su funcionamiento que le dificulte la contracción, o que tras el parto, queden restos de la placenta o grandes coágulos dentro del útero.

También pueden producir una atonía uterina lesiones o traumatismos, por ejemplo producidos en una cesárea, o que haya una rotura uterina.

El uso de fármacos tocolíticos (inhibitorios de las contracciones uterinas) pueden producir que finalmente haya una atonía uterina, así como tener miomas uterinos o que tras el parto y el alumbramiento, o que queden restos dentro del útero.

Síntomas de la atonía uterina

La atonía uterina se manifiesta por una hemorragia de importancia variable, que puede ser intensa y de aparición brusca. Además de la hemorragia externa que sale por la vagina y los genitales, hay retención de grandes coágulos de sangre dentro del útero.

Diagnóstico de la atonía uterina

El diagnóstico se realiza mediante la exploración física. El ginecólogo tras el parto, objetiva a la palpación del abdomen, que el útero está blando y ha aumentado de tamaño, y al realizar un masaje uterino sobre el abdomen, observa la salida de sangre y coágulos “a bocanadas” por los genitales.

Además, el médico explora el canal del parto, vagina y cuello del útero, para detectar algún tipo de desgarro.

Tratamiento de la atonía uterina

Se realiza un tratamiento escalonado según la gravedad de la hemorragia que se produzca por la atonía uterina:

²⁰ <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/atonia-uterina>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Inicialmente se coge una vía venosa (punción con un catéter o tubo pequeño en una vena que se mantiene para poder administrar por ahí suero, medicamentos o transfusiones sanguíneas, según lo que se precise), y se inicia reponiendo líquidos como suero fisiológico según las pérdidas que haya en la hemorragia. Además se realiza un masaje uterino con ambas manos ejerciendo presión externa por la pared abdominal sobre la zona uterina, y de forma interna a través de la vagina.

Se pueden administrar fármacos por vía intravenosa que ayuden a la contracción del útero (Oxitocina, Carbetocina, Metilergotamina, Prostaglandinas, Misoprostol... etc.)

Cuando estas medidas fracasan se realiza un tratamiento quirúrgico que puede ser mediante:

- **Legrado instrumental:** introducción de un instrumento similar a una cucharilla por la vagina hasta el útero, con el fin de arrastrar y extraer los restos de coágulos y la capa interna del útero (endometrio).
- **Ligadura de vasos sanguíneos pélvicos:** es decir, la sutura o “costura” de vasos sanguíneos que llevan la sangre hasta el útero con puntos reabsorbibles para disminuir el flujo de sangre que llega hasta el útero y con ello la hemorragia.
- **Picatura o capitonaje:** son técnicas que consiguen la compresión del útero mediante suturas reabsorbibles en este.
- **Histerectomía o extracción / extirpación del útero:** es la técnica de elección cuando la paciente no desea tener más hijos o cuando otras técnicas fracasan y la vida de esta corre peligro.
- **Embolización de los vasos uterinos:** introducción a través de la arteria femoral situada en la ingle, de un catéter (pequeño tubo flexible) hasta llegar a la arteria uterina que lleva sangre al útero. Por medio de la visión en imágenes obtenidas por rayos X, se localiza el punto exacto de la arteria donde se meten con el catéter, pequeñas partículas de plástico o de gelatina que se quedan en ese punto interrumpiendo el flujo de sangre hasta el útero”.

El shock hipovolémico es “una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar”. Y puede ser causado por: “La pérdida de aproximadamente una quinta parte o más del volumen normal de sangre en el cuerpo”, la que puede deberse a: i. Sangrado de las heridas, ii. Sangrado de otras lesiones o, iii. Sangrado interno, como en el caso de una hemorragia del tracto gastrointestinal...²¹”

Sobre la histerectomía, el campo de la medicina ha indicado²²:

“Es la cirugía para extirpar el útero (matriz) de una mujer. El útero es un órgano muscular hueco que alimenta al feto durante el embarazo.

Descripción

Durante una histerectomía, a usted le pueden extirpar todo el útero o parte de este. Las trompas de Falopio y los ovarios pueden también extirparse.

Hay muchas maneras diferentes de hacer una histerectomía. Puede hacerse a través de:

- Una incisión quirúrgica en el abdomen (llamada abierta o abdominal)
- Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre y luego usando un laparoscopio
- Una incisión quirúrgica en la vagina, ayudada por el uso de un laparoscopio
- Una incisión quirúrgica en la vagina sin la ayuda de un laparoscopio

²¹ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000167.htm#:~:text=Un%20shock%20hipovol%C3%A9mico%20es%20una,muchos%C3%B3rganos%20dejen%20de%20funcionar.>

²² <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

- *Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre, con el fin de realizar la cirugía robótica”*

En ese orden, se indica claramente que la diabetes gestacional ocurre durante el embarazo en mujeres que no han tenido dicha patología con anterioridad y que puede generar riesgo de tipo neonatal, esto es, para el bebé.

El trabajo de parto estacionario se presenta por falta de una normal evolución del mismo, por lo que en este caso se decidió adelantar el parto a través de cesárea, la que se complicó por el desgarro de la arteria uterina, que provocó una hemorragia que derivó en atonía uterina que puede ser causada por diferentes factores y que cuando las medidas de control adoptadas para detener el sangrado no responden de manera favorable (Masaje uterino y administración de fármacos), se debe adelantar tratamiento quirúrgico, entre los que se encuentra la histerectomía, extracción o extirpación del útero.

También, se indica claramente que la hemorragia uterina postparto es la pérdida de sangre superior a 1000 ml en las 24 horas siguientes al nacimiento.

De igual manera que el shock hipovolémico se puede dar por la pérdida grave de sangre que afecta al corazón y que hace que dejen de funcionar de manera eficiente otros órganos del cuerpo.

Ahora bien, en relación con los testimonios médicos sobre la atención brindada a la señora Leidy Johanna García Erazo en el Hospital San Juan de Dios, se cuenta con el relato de la médica especialista en ginecología, Olga Lucía Cuero Vidal, quien manifestó (Folios 467 a 471 del Cdno. Ppal.):

“...Según la historia clínica vista a folio 19 y 338 C-Ppal, yo vi a la señora Leidy Johanna el 25 de julio de 210 (sic) a las 11:50 am en el Hospital San Juan de Dios de Cali, mi evaluación, la paciente consultó porque tenía contracciones, al ingreso era una paciente grávida dos abortos 1, con una fecha de última regla del 1 de octubre de 2009, la cual era confiable, y le daba una edad gestacional de 37 semanas, traía tres ecografías, la primera de ella del 14 de enero de 2010 a las 15 semanas, que extrapolada (calculara edad gestacional al día del ingreso basado en la ecografía previa) le daba una edad gestacional de 38.1 semanas, la paciente consulta porque desde la una de la mañana del 25 de julio (sic) presentaba contracciones y salida de tapón mucoso. No había salida de líquido y sentía los movimientos fetales, además traía una curva de glicemia con una carga de 100 grs demostraba una glicemia a la hora de 174, a las dos horas de 165 y a las tres horas de 143, se las había tomado el 15 de junio de 2010, no tenía antecedente patológicos, quirúrgicos, ni alérgicos ni traumáticos. En los ginecobstetricias (dic) era una grávida 1 abortos 1 con una citología sin alteraciones y dos compañeros sexuales en su vida. En la revisión de síntomas por sistemas refería que el día anterior había presentado dolor de cabeza y fiebre, al examen físico encontré un paciente con frecuencia cardíaca de 71, temperatura de 36, presión arterial de 100/60, frecuencia respiratoria de 18, Glasgow de 15, la paciente lucía en buenas condiciones generales, al examen físico tórax, cabeza, cuello en límites normales y en el abdomen estaba ocupado por un útero grávido una altura uterina de 35, frecuencia cardíaca de 140 por minuto y una actividad uterina positiva, al tacto vaginal una dilatación de 4 cms, borrado 80% estación -1 y una pelvis gineicoide (pelvis normal de una mujer que predice un parto vaginal), membranas enteras, extremidades y neurológico normal, le hago un diagnóstico de grávida 2 abortos 1, embarazo de 38 semanas, diabetes gestacional, trabajo de parto en fase activa, y decido hospitalizarla en la sala de trabajo de parto y le explico a la paciente la conducta. PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, teniendo en cuenta su respuesta anterior si en las condiciones que se encontraba la paciente existía algún riesgo ginecobstetrico para ella y su bebé. CONTESTÓ: Todas las pacientes obstétricas tienen riesgo de complicarse

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

durante su trabajo de parto y para su feto, ella por su diabetes gestacional pues tiene un riesgo mayor, en esta diabetes gestacional durante el trabajo de parto puede hacer hipoglicemia, o hiperglicemia, esto es bajas de azúcar o muy alta, esto le puede traer como consecuencia convulsiones en la paciente, la hiperglicemia, puede causar deshidratación si no está bien hidratada, es por eso que durante el trabajo de parto se controla con glucometría y mantenemos a la paciente con líquido destrozados y solución salina. PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, que capacidad tiene el Hospital San Juan de Dios si lo sabe para atender una complicación de la madre al momento del parto sin tener que remitir al paciente a una entidad de mayor nivel. CONTESTÓ: El Hospital San Juan de Dios es Nivel 2, en ese orden de ideas cualquier paciente en cualquier nivel si se presenta algún tipo de complicación va a requerir un nivel superior. Si se presenta la complicación hacemos la remisión, hacemos la nota física, se comenta al centro regulador de urgencias, este busca el cupo en nivel superior donde haya disponibilidad para recibir el paciente, insisto que la búsqueda del mayor nivel lo hace el centro regulador de urgencias de la ciudad de Cali, no la entidad hospitalaria donde se encuentra recluido el paciente... PREGUNTADO: de acuerdo a las respuestas de las remisiones, sírvase manifestarle al Despacho, si en el momento de su atención médica a la paciente Leidy García, la misma ameritaba ser remitida a un nivel de mayor complejidad. CONTESTÓ: En el momento de mi atención es una paciente de atención nivel 2, no requería remisión. Preguntado: Sírvase manifestarle al Despacho, si el CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias) se encuentra al interior de las instalaciones del Hospital San Juan de Dios de Cali. CONTESTÓ: En el año 2010 no sé si estaba allí, en la actualidad hay una oficina allí. PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, cuáles fueron las órdenes médicas suministradas por usted a la paciente Leidy García. CONTESTÓ: Cuando se decide hospitalizar en trabajo de parto, hacerle glucometría cada dos horas y si esta era mayor a 250 o menor de 70 avisar al obstetra de turno, le hicimos líquido endovenosos 1.500, le iniciamos los primeros 500 con líquidos destrozados y luego con solución salina, se le pidió monitoria fetal, para ver el bienestar fetal, vigilancia de signos vitales cada hora, vigilancia de actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal cada hora, se reforzó con tres unidades de oxitocina a tres mili unidades por minuto, lo cual se ve a folio 25 C-Ppal... PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, de acuerdo al análisis clínico realizado por usted a la paciente al momento de su ingreso, indique que la motivó a dejarla en trabajo de parto en que se fundamentó. CONTESTÓ: El trabajo de parto en fase activa es un indicador de hospitalización. PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, de acuerdo al libro de ginecología y obstetricia de Jaime Botero, Guillermo Henao y Juan Guillermo Londoño a folio 141, a una paciente cuando ingresa en cualquier nivel de atención se le debe hacer un partograma, indique al despacho porque a Leidy Johana no se le realizó el mismo. CONTESTÓ: Yo vi la paciente en admisiones y el partograma se realiza es en la sala de trabajo de parto cuando se empieza el seguimiento y esta tarea no la realicé yo...".

En el mismo sentido, el médico especialista en ginecología y obstetricia Bernardo Morales Osorno, (Folios 472 a 476) expuso:

"...Según la historia clínica vista folio 19 (reverso C-Ppal) y 338 (reverso C-Ppal), 51 (reverso C-Pruebas), en la anotación del 25 de julio de 2010 (sic) a las 13:50 horas hay una evolución mía donde veo a la paciente en mención, con unos signos vitales estables, una frecuencia cardiaca normal del bebé, y contracciones uterinas apropiadas, en ese momento se encontraba en cinco de dilatación con membranas íntegras y un borramiento del 90%, con esta dilatación esta paciente en una fase activa del trabajo de parto, paciente que no había tenido hijos, solo un aborto, con estas pacientes no veo acá en la historia pero con esto se construye el partograma y uno lo proyecta con esta paciente a más o menos un centímetro por hora, o sea que a las 15:50 debería estar en 7 cms, estaba pendiente una monitoria fetal. La veo el mismo día a las 17:50 ya se le había hecho la monitoria, estaba negativa o sea normal, estaba borrada en un 100% y la dilatación estaba en 9 cms con membranas íntegras, el plan mío era que continuara el trabajo de parto ya que llevaba un trabajo de parto normal de acuerdo a lo esperado. La otra actuación que veo acá en la historia es un reporte que hago a las 17:50 de un reporte de monitoria a folio 347 C-Ppal, donde informo la monitoria de la paciente que estaba normal hasta ese momento. PREGUNTADO: Teniendo en cuenta la respuesta anterior las condiciones que presentaba la señora Leidy Johana García, según su especialidad era para esperarse un parto en condiciones normales o se podría presentar

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

alguna complicación. CONTESTÓ: Hasta el momento que yo la vi, ella iba para un parto normal, no había complicación pero si quiero definir algunos términos, en obstetricia uno maneja unos tiempos de evolución de la paciente y como se anotó anteriormente una paciente en términos generales más o menos dilata un cm por hora, cuando pasan dos horas y la paciente sigue en la misma dilatación es donde hacemos diagnóstico de una trabajo de parto estacionario, en ese momento se decide otra conducta podría ser una cesárea. La otra condición es que la paciente llegue hasta dilatación completa que es 10 y en una paciente que no haya tenido hijos se puede esperar hasta dos horas para el nacimiento después de llegar a 10, si después de las dos horas no nace es lo que se llama un expulsivo prolongado y la conducta es una cesárea de urgencia... PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, si al momento de su atención médica a la paciente Leidy García, la misma ameritaba ser remitida a un nivel de mayor complejidad. CONTESTÓ: No. PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, si durante la atención médica asistencial brindada la paciente Leidy Johana García, tuvo usted conocimiento que la misma se diagnosticó inicialmente “diabetes mellitus que se origina en el embarazo”, en caso afirmativo cual fue la conducta a seguir. CONTESTÓ: Yo conocí los antecedentes de la paciente, que tenía una alteración en los carbohidratos, hasta el momento que la vi la paciente no presentaba ninguna complicación secundario a dicho diagnóstico como podría ser un polihidramnios (que tenga mucho líquido amniótico) y la otra consecuencia sería un feto macrosómico (feto muy grande mayor 4.000 grs)... PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, de acuerdo a las consultas realizadas por usted el día 25 de junio de 2010, como clasifica el progreso de la paciente durante estas atenciones, buena o mala. CONTESTÓ: Normal, esto refiere dentro de los parámetros. PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, dentro de las consultas por usted atendidas se indica estación “0”. CONTESTÓ: Es una pregunta muy técnica, ello significa es que el diámetro biparietal del feto se encuentra a nivel de las espinas iliacas de la pelvis materna, resultado se da después de haber realizado un tacto vaginal a la paciente (lo que se interpreta con esto es que el feto pasa por allí, es decir, encajado, listo para salir y que la cabeza sale por allí... ”.

Igualmente, tenemos el testimonio de la médica ginecóloga Mónica Cecilia Acosta Álvarez²³, quien sobre la atención del parto de la paciente en el Hospital San Juan de Dios, dijo:

*“... Según la historia clínica folios 21 (anverso-reverso), 46, 340 (anverso-reverso) y 366 del C-Ppal, yo atendí a la paciente en junio 25 de 2010 a las 07:50 pm, la valoré y diagnosticué un trabajo de parto estacionario y le programé una cesárea, luego a las 10:45 pm después de la cesárea la valoré por un sangrado postparto, le ordené líquidos endovenosos y transfusión de sangre de tres unidades, nuevamente la valoré a las 23:00 horas, estaba pendiente de transfundir los glóbulos rojos (según las notas de enfermería que obran a folio 361 C-Ppal consta las seis unidades de glóbulos rojos, la hora no es clara). Después ingresé a cirugía con el Dr. Pablo Hoyos como ayudante de una histerectomía abdominal total que se le practicó a la paciente porque persistía con sangrado y estaba inestable hemodinámica, se requería la histerectomía para el control del sangrado. PREGUNTADO: Teniendo en cuenta su respuesta anterior sírvase manifestarle al Despacho, porque programó a la paciente para una cesárea. CONTESTÓ: **Por un trabajo de parto estacionario, ella tenía dilatación de 9 cms, llevaba dos horas sin que evolucionara, por eso decido la cesárea. Se pudo llevar a parto vaginal, pero con riesgo de muerte del feto.** PREGUNTADO: Teniendo en cuenta la respuesta inicial, y que la paciente presenta sangrado vaginal profuso después de la cesárea, sírvase manifestarle al Despacho, este porque pudo ser ocasionado. CONTESTÓ: Dentro de las causas, está la atonía uterina (útero no se contrae después de la cirugía o de un parto), o porque haya algún sangrado del procedimiento quirúrgico que haya quedado un pedículo vascular sangrando (cuando se hace un procedimiento quirúrgico, se cortan algunas estructuras y lo que se corta se debe suturar, puede quedar sangrando alguna de estas estructuras, no porque no se suture sino porque es parte del procedimiento quirúrgico, la tercera causa es la retención de restos de placenta. En estos tres casos si no se controla el*

²³ Folios 477 a 481 del Cuaderno Principal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

sangrado post parto con las medidas de líquido, sangre y plasma, se debe llevar a histerectomía para control del sangrado y evitar riesgo de muerte, si fuera por retención de restos de placenta se debería hacer era un legrado pero este no era el caso de la paciente. En la nota quirúrgica (fl. 367 C-Ppal) de la cirugía se describe atonía uterina, al no contraerse la paciente va a seguir sangrando y puede causarle la muerte. Al realizar la histerectomía nos damos cuenta que esta era una paciente con un trabajo de parto normal. PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, que tan frecuente es la complicación que presentó. CONTESTÓ: Esta paciente era una paciente de alto riesgo desde su ingreso porque era una paciente con diabetes gestacional y esta diabetes tiene riesgo de atonía postparto, esto no se puede evitar porque ya ingresa con un riesgo al trabajo de parto. En el caso de parto o cesárea la paciente puede presentar atonía uterina, en parto normal puede presentarse por lo prolongado del mismo. La paciente ingresó a las 11:50 am a trabajo de parto activo, llevaba siete horas de trabajo de parto activo cuando se ordenó la cesárea. El trabajo de parto prolongado no es por las horas en que esté en el trabajo sino por las horas que pase en la misma dilatación, que para el caso duró dos horas exactamente en dilatación de 9 cms y una estación muy alta (descenso de la cabeza fetal, la paciente dilataba y el feto no bajaba), no se puede antes de las dos horas ordenar la cesárea porque esto lo indica el protocolo... PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, si al momento de la atención médica asistencial y quirúrgica brindada por usted a la paciente Leidy Johana García, la misma ameritaba ser remitida a un nivel superior de complejidad. CONTESTÓ: Como la paciente después del segundo procedimiento quirúrgico continuó hemodinámicamente inestable y requería soporte ventilatorio e inotrópico (medicamento para soportar la función cardíaca), requería urgente una unidad de cuidados intensivos (UCI) con la cual no contábamos en el hospital. Inmediatamente después de la cirugía se ordenó la remisión a la UCI folio 345 C-Ppal. PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, si para el procedimiento quirúrgico realizado por usted era necesario realizar consentimiento informado por parte de la paciente, en caso afirmativo indique si el mismo aparece consignado en la historia clínica de la paciente, indicando fecha y personas que los suscriben. CONTESTÓ: Aclaro que programé el procedimiento quirúrgico de la cesárea y participé como ayudante de la Histerectomía, pero no fui cirujana principal. Para la cesárea si se necesitaba consentimiento informado y yo se lo solicité a la misma paciente (fl. 381 C-Ppal); para la histerectomía también se necesitaba el consentimiento informado (fl. 382 C-Ppal), en ambos se le informó a la paciente y familia los riesgos de los que podía pasar. Yo programé a la paciente para la cesárea pero fue operado por el Dr. Pablo Hoyos, fui ayudante de la Histerectomía que fue realizado por el mismo médico. En el consentimiento informado del cesáreo (sic) se explica como riesgo la hipotonía (no contracción de útero), el riesgo de la Histerectomía... PREGUNTADO: Teniendo en cuenta que usted atendió a la paciente posterior a la cesárea practicada por el Dr. Hoyos, tuvo usted conocimiento de los antecedentes quirúrgicos sucedidos durante el procedimiento de cesárea visibles a folio 45 del C-Ppal, que indican desgarro de arteria uterina por difícil extracción del feto. CONTESTÓ: Efectivamente, cuando uno revisa a un paciente posquirúrgico inmediato procede a revisar la nota quirúrgica. Sírvase manifestarle al Despacho, durante la atención posparto (cesárea), usted manifestó que atendió el sangrado presentado por la paciente, durante esa atención y la práctica de la Histerectomía en algún momento usted activó el código rojo. CONTESTÓ: Efectivamente la paciente se le hizo el manejo de sangrado posparto, se le colocó las drogas para contracción del útero como lo exige el código rojo inicio de hemoderivados y líquidos endovenosos, la activación del código rojo, como tal no existía el protocolo de activar código rojo, pero el manejo es el mismo, es simplemente un manejo de protocolo que maneja actualmente la secretaría de salud. PREGUNTADO: dentro de la Historia Clínica se indicó que no se le aplicó a la paciente el medicamento misoprostol porque no había, sírvase manifestarle al Despacho, para que sirva este medicamento. CONTESTÓ: **A folio 25 reverso C-Ppal, se dice que no hay misoprostol y este sirve para el control de atonía uterina, pero no es esencial, los medicamentos esenciales son la oxitocina y metergin, de hecho ya está cuestionado el uso del misoprostol...** (Se resalta)

También, el testimonio del médico ginecobstetra Pablo Enrique Hoyos Guzmán²⁴:

²⁴ Folios 482 a 488 del Cuaderno Principal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

“... Según la historia clínica y los folios revisados de actuación el día 25 de junio del año 2010 a las 20:35 horas (fl. 45C-Ppal.), tengo la descripción de una cesárea de una paciente grávida dos abortos 1, con una diabetes gestacional y un trabajo de parto estacionario, ayudante Dra. Guevara, anestesiólogo Dr. Ramírez y yo como cirujano, en la descripción se hace una histerectomía segmento transversal complicada por edema de cuello y difícil extracción del feto, se produce desgarro de arteria uterina derecha, se hace extracción de placenta sin complicación, no se realiza pomey (ligadura de trompas), en la observación ante el desgarro de la arteria uterina derecha se colocan dos puntos cruzados para dar hemostasia (cerrar) a la arteria uterina desgarrada, la histerorrafia es difícil por edema de tejidos (esto es un útero lleno de líquido) y por otra parte coloco líquido amniótico hipertérmico (caliente), APGAR del recién nacido superior a 7 al minuto y superior a 7 a los cinco minutos peso de 3520, talla 52, cierre por planos recuento de compresas completas, sangrado total 1000 cms cúbicos. Las órdenes que di al terminar la cesárea fueron, traslado a recuperación, nada vía oral, líquidos endovenosos así: 1000cc de solución salina más 500 cc de dextrosa en agua destilada para doce horas, dipirona en grado en grado endovenoso cada 6 horas, diclofenaco cada 8 horas, metergyn 0.2 cada 8 horas intramuscular, (No. 3) 20 unidades de oxitocina para pasar 10 gotas por minuto, vigilancia estricta de involución uterina y sangrado vaginal, control estricto de signos vitales así: cada 20 minutos por dos horas, cada hora por dos horas, cada dos horas. Clindamicina 200mg endovenoso cada 2 horas, gentamicina 160mg endovenoso cada 24 horas, se solicita hemograma no hay misoprostol. Como tengo unos tejidos con alta factibilidad de hipotonía uterina ordeno metargyn y 20 unidades de oxitocina además hago un control estricto de signos vitales, como tengo líquido amniótico hipertérmico con alto riesgo de infección cubro la paciente con clindamicina y gentamicina. PREGUNTADO: En la respuesta anterior usted me habla del desgarro de la arteria uterina derecha y que se colocan dos puntos cruzados para dar hemostasia a la arteria. Sírvese manifestarle al Despacho, si hay posibilidad que dicho cerramiento haya quedado mal cerrado y haya provocado un hemorragia posterior. CONTESTÓ: Si pero no ocurrió, el testigo de forma gráfica trae al despacho una pelvis en cerámica formato tridimensional del cuerpo humano (órganos femeninos), yo cierro la arteria uterina derecha en dos puntos cruzados verificándose que no sangra más. El 25 de junio a las 22:20 respondo al llamado de enfermería (fl. 21 C-Ppal), ya que la paciente presenta hipotensión, presión arterial 50/35, frecuencia cardíaca 130 latidos por minuto, paciente con diuresis positiva de 200cms en dos horas, útero hipotónico (es cuando el útero está blandito, no reduce su tamaño sino que se llenan de sangre y crece nuevamente), se realiza masaje y se extraen 300cms de coágulos de sangre, luego de esto tensión arterial 60/40, frecuencia cardíaca de 115, frecuencia respiratoria de 16, paciente eutérmica (temperatura normal), con mucosas pálidas y resacas, inmediatamente tomo las siguientes conductas cruce y reserva de tres unidades de glóbulos rojos empaquetados, transfundir más dos bolsas de plasma, ordeno hemograma pos transfusión, ordeno aplicar metergyn que es un útero tónico que hace que el útero vuelva a su estado natural, 20 unidades de oxitocina, en 500cc de solución salina, para pasar a 10 gotas por minuto, control estricto de signos vitales cada 20 minutos e informar cambios y hago una nota “se informa a familiares y a la paciente que en caso de persistir la atonía uterina se pasará a quirófano para histerectomía abdominal total esta nota fue 22:20 horas. A las 23:25 revaloro a la paciente encuentro, paciente con diagnósticos anotados que recibe glóbulos rojos empaquetados con una tensión de 95/45, una frecuencia cardíaca de 88, respiratoria de 16 autermica (temperatura normal) con diuresis de 200cms cúbicos en una hora, la paciente presenta un abdomen sin defensa abdominal (lo cual implica que no tiene sangrado dentro de la pelvis), pero manifiesta dolor torácico, se comenta a anestesiólogo y la conducta a tomar es culminar la transfusión y reevaluar a la paciente. Nota de las 23:50 paciente con diagnósticos anotados, persiste hipotensa, frecuencia cardíaca de 100, respiratoria de 22, presenta palidez generalizada recibió tres unidades de glóbulos rojos y se continúa con transfusión, diuresis de 200cms cúbicos, presenta sangrado escaso por vagina con útero atónico (blandito), diagnostico choque hipovolémico, atonía uterina, plan laparotomía urgente (fl. 21-22 C-Ppal.). A folio 47 C-Ppal. en la descripción quirúrgica procedimiento quirúrgico histerectomía abdominal total, el diagnóstico previo de atonía uterina, el diagnóstico posterior atonía uterina y útero de couvalier... (Útero que a pesar de los fármacos no tiene posibilidad de volver a su tamaño normal lo cual al perder el tono, se llena de sangre tanto las paredes internas como externas del útero, se vuelve morado), esto implica secuestro de sangre, lo que hago en la cirugía es masajearlo que más pueda retirando 600cc de sangre; esta es una explicación de

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

los signos de choque de la paciente. Ahí lo que se hace se pinza, corte y liga pedículo superior luego se pinza corta y liga pedículo vasculares, luego se pinza corta y liga pedículo inferior y luego con una pinza de alta presión cojo una parte del pedículo inferior y lo saco subtotalmente, solo queda la cervix y la vagina porque el resto está edematizado, queda un pedacito de útero, para evitar que este pedacito de útero sangre o irrite el peritoneo lo que hago es una peritonización (tapar con la membrana porque la paciente tenía alta factibilidad de infección y de sangrado por todo lo que he mencionado, líquido amniótico hipertérmico, atonía uterina, útero de couvalier y re sangrado), se verifica hemostasia en cada plano, compresas completas y se realiza cierre por planos, se termina el procedimiento y digo que la paciente se debe (fl. 26 C-Ppal.), (sic) 01:10 traslado a recuperación, remisión a tercer nivel, requiere UCI, líquidos endovenosos para doce horas, 1000cc de solución salina más 500cc de destroza en agua destilada, continuar transfusión de glóbulos rojos empaquetados se habían transfundido 4 y se ordenan dos más, ordeno transfundir plasma, ya se transfundieron dos unidades se van a transfundir 2 unidades más, ordeno monitoria de signos vitales cada 20 minutos, control estricto de líquidos suministrados y eliminados y pido creatinina para valorar la función renal... A la 01:20 am requiere unidad de UCI y yo mismo hago la llamada al Centro Regulador de Urgencias, contesta Denis Cabezas refiere que no hay cupo para UCI pero en cuento consiga devuelve la llamada, pido que le coloquen a la paciente un catéter venoso central que es colocado a las 02:00 am (fl. 22 C-Ppal.), este se coloca con el fin de suministrar líquidos endovenosos de forma rápida y controlar el alto riesgo de coagulación intravenosa diseminada. A las 02:30 me comunico con el CREC hablo con David Ospina, me informa que no han conseguido cupo ni en fundación Valle del Lili ni en Clínica Suma ni en Comfenalco Unilibre. A las 02:50 recibo llamado de CREC me informa que se consiguió UCI en Buga, Hospital San José, se comentó paciente con Leonardo Montero, se comenta con administrador para trámite de ambulancia. A las 03:25 am, me comunico con el CREC hablo con Viviana me da código 338602, recibe el Dr. Montero en Buga. A las 04:20 am paciente con diagnósticos anotados aún pendiente de la llegada de la ambulancia medicalizada para remisión examen físico. Paciente que presenta sangrado vaginal rutilante (rojo sangre toro con escasos coágulos por factible sangrado en capa que proviene del área de la cúpula), lo cual implica coagulopatía de consumo (no está coagulando), el útero secuestró la sangre y ocasionó coagulación vascular diseminada... realizo taponamiento de cúpula con dos compresas, dentro de la vagina, tensión arterial 60/40, frecuencia cardíaca 120, respiratoria 20 nuevamente la paciente está hipotensa, taquicárdica, hiperventilada... La ambulancia llega al hospital a las 04:35 am, cuando desde la 01:10 se empezó a pedir la UCI. En la atención prestada en el San Juan de Dios se gastó todo lo necesario con lo que se contaba para mantenerla estable. Si no se le hubiese efectuado la histerectomía la paciente se muere porque el útero ya había secuestrado sangre... PREGUNTADO: Sírvase manifestarle al Despacho, si antes de la cesárea practicada a la paciente la misma presentaba útero atónico. CONTESTÓ: No, sin embargo tomé en consideración que la paciente tenía un trabajo de parto estacionario, lo que ocasionó el edema de tejidos es decir que el útero secuestra sangre...".

En este estado se hace imperioso citar apartes de la experticia rendida por el especialista en Ginecología y Obstetricia y perito del Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología – Fecolsog, Dr. Julián Delgado Gutiérrez quien, al absolver el cuestionario planteado por la parte demandante, puntualizó (Folios 534 a 548, Cdno. Ppal.):

"Pregunta Nro. 1

¿Cuáles son las posibles complicaciones postparto de una paciente que presenta diabetes gestacional?

RESPUESTA:

La diabetes mellitus gestacional o que se presenta en el embarazo, se define como una intolerancia a los carbohidratos (azúcares), de severidad variable, que se diagnostica por primera vez durante el embarazo.

Entre las posibles complicaciones postparto de una paciente que presenta diabetes gestacional se encuentran: feto grande para la edad gestacional; retención de hombros en el parto; recién nacidos macrosómicos (peso al nacer mayores de 4000 gr.), prematuridad (recién

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

nacido menor de las 37 semanas de embarazo); ingreso del recién nacido a cuidados intensivos, hipoglicemias del recién nacido en las primeras horas de vida y en la paciente: la permanencia de estado de diabetes y las alteraciones asociadas en el metabolismo de la paciente enmarcadas en el llamado síndrome metabólico.

Pregunta Nro. 2

¿Qué sospecharía usted ante la presencia de una paciente con diabetes gestacional y altura uterina de 35 cm?

RESPUESTA:

La altura uterina constituye una medida fácil pero indirecta del tamaño fetal. Hay una correlación entre la altura uterina y el tamaño fetal; pero, la altura uterina también se ve influenciada por la cantidad de líquido amniótico, por el tejido adiposo de la paciente o por la presencia de masas uterinas o abdominales.

En el caso de diabetes gestacional, la altura uterina con una medida en valores límites superiores (altura uterina de 35cm a las 37 semanas), puede ser secundaria a un aumento del tamaño del feto, a una obesidad materna o a un aumento de líquido amniótico, los cuales deben ser tenidos en cuenta durante la progresión y control clínico del trabajo de parto y luego correlacionado con el peso del recién nacido.

Pregunta Nro. 3

¿La paciente mencionada en la pregunta No. 2, presenta un mayor riesgo de atonía uterina?

RESPUESTA:

La atonía uterina es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto o la cesárea.

Después del parto o nacimiento y del alumbramiento o expulsión de la placenta, se desencadena una potente contracción uterina cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos del útero. Gracias a esta contracción, el sangrado es mínimo en la madre.

Existen unos factores de riesgo, pero en un 50% de las veces se presenta como evento **NO PREDECIBLE** después del parto o la cesárea. **Por tanto se pueden considerar los factores de riesgo pero no se puede determinar con anticipación en muchas pacientes.**

Los factores de riesgo para que se produzca atonía uterina son: Multiparidad, sobredistensión uterina por: feto grande para la edad gestacional, gestación gemelar, polihidramnios; **trabajo de parto prolongado** y también trabajo de parto muy precipitado; uso de sulfato de magnesio para la preeclampsia; acretismo placentario; infección uterina, presencia de miomas uterinos **y la operación cesárea.**

PREGUNTA Nro. 4

¿Qué es la Atonía Uterina?

RESPUESTA:

La Atonía Uterina corresponde a la falta de contracción del músculo uterino después del nacimiento. **Constituye por tanto, la primera causa de hemorragia y estado de choque o inestabilidad clínica materna después del nacimiento por parto natural o por operación cesárea.**

Sus posibles causas son: multiparidad (más de tres embarazos previos); distensión excesiva del útero: en embarazos gemelares o fetos grandes; acretismo placentario con retención de restos placentarios; infección uterina y la ruptura uterina.

PREGUNTA Nro. 5

¿Cuál es el manejo médico y farmacológico de la Atonía Uterina?

RESPUESTA:

El adecuado manejo médico y farmacológico de la atonía uterina incluye inicialmente el diagnóstico correcto de la hemorragia obstétrica y de la atonía uterina como causa de la hemorragia; para el manejo médico se establecen en secuencia: masaje uterino bimanual;

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

líquidos endovenosos: cristaloides y coloides; oxitocina vía venosa (medicación de primera línea); derivados del ERGOT endovenosos (Methergim o metilergonovina); misoprostol oral o intrarrectal; soporte cardiovascular con dopamina; plasma fresco, plaquetas, crioprecipitado y sangre fresca o glóbulos rojos.

PREGUNTA Nro. 6

¿Qué es estado de choque hipovolémico?

RESPUESTA:

El estado de choque hipovolémico, llamado también choque hemorrágico constituye un síndrome clínico de compromiso general de la vida, que se desarrolla cuando por una disminución del volumen sanguíneo, se afecta de manera importante el transporte de sangre y oxígeno a todos los órganos de la paciente, así pues, el corazón no logra bombear la sangre necesaria al cuerpo. La cantidad de sangre que llega a las células es insuficiente para que pueda realizar sus funciones en los diferentes sistemas, por lo cual muchos órganos dejan de funcionar constituyendo el choque hipovolémico en una emergencia médica.

(...)

Se sabe que a una persona se le puede extraer hasta un 10% del volumen sanguíneo sin efectos importantes sobre la presión sanguínea ni el gasto cardíaco. Sin embargo, la pérdida mayor de un 20% del volumen normal de sangre causa un choque hipovolémico. Cuanto mayor y más rápida sea la pérdida de sangre, más severos serán los síntomas.

PREGUNTA Nro. 7

¿En una paciente obstétrica, bajo qué parámetros se clasifica el choque?

RESPUESTA:

En la paciente obstétrica, se establecen unos parámetros para la clasificación del choque; derivados de las modificaciones normales del embarazo; estas pacientes, las cuales presentan un aumento del volumen sanguíneo y de plasma, por tanto la clasificación que involucra el porcentaje de volumen de pérdida, representaría un volumen de pérdida mayor de sangre en la embarazada; por lo cual se incorporan en esta pacientes otras variables clínicas como lo son: el sensorio, la perfusión periférica, el pulso, la presión arterial y el índice de choque: pulso dividido por la cifra de la presión sistólica.

PREGUNTA Nro. 8

¿Cuál es el manejo del Choque Hipovolémico en la paciente obstétrica?

RESPUESTA:

En presencia del diagnóstico de choque hipovolémico en la paciente obstétrica con atonía uterina como causa; se establece el siguiente manejo:

- 1. Iniciar masaje uterino bimanual.*
- 2. Asegurar la vía endovenosa.*
- 3. Reposición de pérdidas de líquidos endovenosos con soluciones cristaloides o coloides.*
- 4. Manejo farmacológico con el siguiente esquema (Ver respuesta a la Pregunta Nro. 5):*
 - a) Oxitocina (20 a 40 unidades diluidas en 500cc de dextrosa y pasar entre 80 y 250cc por hora, b) Methergim 1 ampolla intramuscular, c) Misoprostol: 3 a 5 tabletas colocación rectal.*
- 5. Evaluación en 15 a 20 minutos y con mejoría del tono uterino se continúa con la infusión venosa de oxitocina y la aplicación intramuscular de Methergim.*
- 6. En caso de no respuesta farmacológica o de compromiso generalizado del estado de choque hipovolémico se realiza laparotomía para histerectomía.*
- 7. El seguimiento ideal en unidad de cuidados intensivos debe establecer las mediciones clínicas: tensión arterial, diuresis y gasto urinario, estado de perfusión en los tejidos y las mediciones paraclínicas: hemoglobina, gases arteriales, lactato y factores de coagulación.*

PREGUNTA Nro. 9

¿Qué es la Guía para el Manejo de la Hemorragia Obstétrica Código Rojo?

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

RESPUESTA:

La Guía Código Rojo para el manejo del choque hemorrágico en la paciente obstétrica fue descrita en el año 2009 en la Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia... con el fin de proveer al personal de salud una guía para el manejo de la hemorragia obstétrica de manera organizada, sistemática, oportuna y pertinente. Basados en los principios de: manejo óptimo del tiempo, reposición adecuada del volumen sanguíneo, trabajo en equipo y uso de maniobras especiales para el manejo de la hemorragia.

PREGUNTA Nro. 10

¿Las recomendaciones de esta Guía son aplicables a la paciente a la cual se refiere la presente Historia Clínica?

RESPUESTA:

La paciente Sra. Leidy Johanna García Erazo; a la cual se refiere la presente historia clínica, presentó hemorragia obstétrica con choque hipovolémico, por tanto las recomendaciones de la guía "Código Rojo para el Manejo del Choque Hemorrágico" son aplicables y están descritas tales como: el diagnóstico de estado de choque hemorrágico por atonía uterina; la presencia del equipo de trabajo, con dos especialistas en ginecología y obstetricia; el mantenimiento de la vía venosa, el reemplazo de volúmenes con cristaloides, la utilización de derivados sanguíneos como glóbulos rojos y plasma fresco, la decisión de laparotomía con histerectomía, la solicitud de unidad de cuidados intensivos.

PREGUNTA Nro. 11

¿Cuáles son las complicaciones del estado de choque prolongado?

RESPUESTA:

La hemorragia con estado de choque hipovolémico puede producir inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, daño de órganos y muerte. Las consecuencias del estado de choque prolongado, que no se logra controlar, corresponden a falla multisistémica: disfunción miocárdica, edema pulmonar, falla renal aguda y crónica, acidosis tisular, anemia y muerte.

PREGUNTA Nro. 12

¿En cuánto se estima la tasa de supervivencia de una paciente obstétrica que presenta un choque hipovolémico prolongado por más de una hora?

RESPUESTA:

Las tasas de supervivencia de una paciente obstétrica que presenta choque hipovolémico prolongado dependen de múltiples circunstancias: El tiempo de duración del choque hipovolémico, las condiciones médicas previas de la paciente, la posibilidad de estabilización clínica hemodinámica, del compromiso asociado de otros órganos, de la presencia de coagulación intravascular diseminada y de la velocidad de deterioro clínico. Los eventos médicos se producen en cascada de compromisos en el tiempo y ellos que condicionan y repercuten en las secuelas y la morbilidad y mortalidad, por lo cual y dadas las numerosas variables que interviene en el pronóstico, es difícil establecer con certeza, solo con la duración del choque hipovolémico, la estimación de las tasas de supervivencia.

PREGUNTA Nro. 13

¿Qué es la Coagulación Intravascular Diseminada?

RESPUESTA:

La coagulación intravascular diseminada corresponde a un desorden trombo hemorrágico sistémico donde hay consumo de factores que inhiben de la coagulación y hay evidencia bioquímica de falla orgánica múltiple. La coagulación intravascular diseminada se encuentra asociada a situaciones clínicas bien definidas y a evidencia paraclínica de procesos de activación procoagulante en la microvasculatura de todos los órganos y sistemas.

PREGUNTA Nro. 14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Según la historia clínica que se anexa y su criterio ¿Cuál es la causa del fallecimiento de la paciente?

RESPUESTA:

Según la historia clínica de la Sra. Leidy Johanna García Erazo se pueden establecer:

1. La causa básica de muerte: coagulación intravascular diseminada debida a choque hipovolémico y anemia.
2. Las causas asociadas: Postquirúrgico de cesárea por trabajo de parto estacionario; postquirúrgico de histerectomía por atonía uterina y choque hipovolémico por hemorragia uterina.

COMPLEMENTACIÓN DE LA PRUEBA PERICIAL

Las observaciones evaluadas con base en el análisis de la historia clínica de la paciente Leidy Johanna García Erazo corresponden secuencial mente a:

1. Consulta para atención del parto en el Hospital Cañaveralaje... El Hospital Cañaveralaje realiza contra-referencia al Hospital San Juan de Dios por considerar algún riesgo neonatal.
2. Atención en Hospital San Juan de Dios... Valoración de urgencias. Se realiza control clínico del trabajo de parto; luego: decisión de realización de operación cesárea por trabajo de parto estacionario. Complicación en la operación cesárea descrita como atonía uterina y desgarro de arteria uterina derecha. Evoluciones postcesárea con inestabilidad clínica de la paciente, manejo de la hemorragia obstétrica: orden de soluciones cristaloides, transfusiones de componentes sanguíneos, uso de uterotónicos: oxitocina y methergim, y luego decisión de realizar laparotomía. Anotación acerca de información a familiares. Evidencia en la laparotomía de hemorragia uterina, atonía uterina que conduce a la decisión de histerectomía abdominal. Evoluciones post-histerectomía con inestabilidad y deterioro clínico progresivo de la paciente, presenta coagulación intravascular diseminada. Se solicita traslado a Unidad de Cuidados Intensivos.
3. Traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos al Hospital San José de Buga por descritos no posibilidad de Unidades de Cuidados Intensivos más cercanas.
4. Compromiso clínico y de la vida de las pacientes progresivas. Medidas de estabilización y manejo médico no suficientes para mantener la paciente con vida.
5. Llega al Hospital San José de Buga en paro cardiorrespiratorio se realizan maniobras de reanimación cardiorrespiratorias sin respuesta y muerte.
6. Corresponde a una MORTALIDAD MATERNA DIRECTA; por una causa no PREVISIBLE relacionada por la secuencia de una COMPLICACIÓN del embarazo: ATONÍA UTERINA, HEMORRAGIA UTERINA Y ANEMIA con posterior COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA. La complicación descrita presentada e identificada en la cesárea: Desgarro de la arteria uterina, fue valorada y manejada intra-operatoriamente según documento de la nota operatoria respectiva". (Subrayado del Despacho)

Por providencia del 25 de junio de 2019 se dio traslado a las partes del dictamen pericial de conformidad con lo establecido en el artículo 238 del Código de Procedimiento Civil (Folio 611 cdno. ppal.), plazo durante el cual la parte actora solicitó aclaración y complementación del mismo (Folios 613 a 616 cdno ppal.).

En cumplimiento de lo anterior, se presentó escrito de aclaración y complementación del citado dictamen, del cual se destaca:

"...

1. "Considerando la respuesta de la pregunta (1) del dictamen pericial donde se indica feto grande para la edad gestacional y macrosomía fetal como posibles complicaciones de una paciente con diabetes gestacional...

PREGUNTA RELACIONADA: ¿Creería que le personal médico del Hospital San Juan de Dios debía considerar la práctica inmediata de la operación cesárea en vez

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

de someter a la paciente a un trabajo de parto prolongado que en presente asunto nunca progresó?”

RESPUESTA:

La pregunta No. 1 realizada y contestada para el DICTAMEN PERICIAL corresponde a: **“¿Cuáles son las posibles complicaciones postparto de una paciente que presenta diabetes gestacional?”** y por tanto es diferente a las consideraciones de esta pregunta relacionada en la aclaración y complementación.

No obstante la anterior consideración, me permito contestar la pregunta.

El personal médico del Hospital San Juan de Dios, NO DEBÍA considerar la práctica inmediata de operación cesárea, en virtud de la sospecha de feto grande para la edad gestacional y del diagnóstico de diabetes gestacional.

El deber hacer, “no es un sometimiento”, y el protocolo de intervención médica consiste en: esperar la aparición del trabajo de parto espontáneo, realizar el control clínico del trabajo de parto y evaluar las variables dinámicas del trabajo de parto para establecer la adecuada o no adecuada progresión del parto normal. En este caso clínico, el trabajo de parto no tuvo una adecuada progresión, lo cual constituyó la indicación para la realización de una operación cesárea.

2. En relación a las respuestas de las preguntas (2) y (3) y teniendo en cuenta **la altura uterina evidenciada en la paciente de 35cm por parte del personal médico del HSJD, sumado al diagnóstico de diabetes gestacional determinado por el Hospital Cañavalejo y confirmado por el HSJD, con factores de riesgo** enunciados en el dictamen pericial -feto grande y trabajo de parto prolongado- sin evolución que finalmente conllevó a una cesárea, en donde se le causó al paciente LEIDY GARCIA rompimiento de la arteria uterina por difícil extracción del feto.

PREGUNTA RELACIONADA: **¿Se puede afirmar con toda claridad que lo anterior era un evento predecible desde la remisión de la paciente y la nota de ingreso al Hospital San Juan de Dios?**

RESPUESTA:

(...)

En este caso clínico, el trabajo de parto no tuvo una adecuada progresión, situación clínica absolutamente NO PREDECIBLE con los datos de la remisión de la paciente y con la información de las notas de ingreso al Hospital San Juan de Dios. La NO PROGRESIÓN de manera adecuada del trabajo de parto se constituyó en la indicación para la realización de una operación cesárea. En la operación cesárea de la paciente Sra. LEIDY GARCÍA se presenta la COMPLICACIÓN informada y corregida, descrita en la hoja de procedimiento quirúrgico CESÁREA, de la ruptura de la arteria uterina por difícil extracción del feto. **No “Se causó” intencionalmente una ruptura de la arteria uterina, sino que esta ruptura de la arteria uterina se constituye como una complicación inherente a la operación cesárea.**

3. En relación a la respuesta de la pregunta (5). Se indicó como manejo médico y farmacológico de la atonía uterina el suministro de MISOPROSTOL entre otros. De acuerdo a lo anterior, en las órdenes médicas postquirúrgicas del 25 de junio de 2010, a las 21:16 incluyen: “...6. Methergim:... 7. Oxitocina:...; 9. Control de signos vitales:... 13. **No hay misoprostol...**” y en la nota de remisión del Hospital San Juan de Dios al Hospital San José de Buga realizada por el Dr. Pablo Hoyos dice: “Paciente de 22 años G3C1A1 postoperatorio de histerectomía abdominal total, postcesárea por atonía uterina y shock hipovolémico. **Paciente que presentó atonía uterina sin respuesta al manejo farmacológico con oxitocina y methergym, no había misoprostol.** Examen físico TA 110/50, FC: 110 FR 20, con ventilación, hipotérmica”.

PREGUNTA RELACIONADA: **¿Se considera entonces que el no suministro del medicamento MISOPROSTOL, junto con la Oxitocina y Methergym, sumado a que no se le practicó inmediatamente masaje uterino, incidió en que no se empleara tratamiento eficaz a la paciente para tratar la atonía causada durante la cesárea?**

RESPUESTA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

(...) En la respuesta se estableció el manejo secuencial que incluye el diagnóstico, la identificación de la causa: atonía uterina, el reemplazo hídrico con cristaloides, el masaje uterino bimanual, los fármacos de primera, segunda y tercera línea, los fármacos de soporte cardiovascular y el uso de derivados sanguíneos.

En el caso clínico de esta paciente LEIDY GARCIA, la atonía uterina corresponde a una complicación no predecible al nacimiento por cesárea (más frecuente se presenta después de una operación cesárea que después de un parto normal), y en ella se realiza el diagnóstico de hemorragia postcesárea, la identificación de la causa: atonía uterina; el masaje uterino en las evoluciones de los folios 13 a 16 de la historia clínica órdenes médicas de los folios 18 y 19 de la historia clínica del Hospital San Juan de Dios, utilización de agentes farmacológicos uterotónicos (que producen contracción uterina) disponibles como son oxitocina y methergym descritos en las órdenes médicas postquirúrgicas del 25 de junio de 2010, a las 21:16; solicitud de derivados sanguíneos y pruebas cruzadas y transfusión de los mismos en los folios 20 a 29 y 33 a 36 de la historia clínica del Hospital San Juan de Dios.

Es una recomendación pero no una obligación de habilitación de un servicio de partos: disponer y utilizar el medicamento misoprostol y la carbetoxina en casos muy graves de atonía uterina con el fin de tener otras líneas farmacológicas de manejo médico.

4. Con relación a la respuesta (8) donde se indica el manejo de choque hipovolémico en una paciente obstétrica y teniendo en cuenta la definición dada en la respuesta de las preguntas (6 y 7), indique:

PREGUNTA RELACIONADA: ¿Qué importancia le daría usted al hecho de que, pese a que la paciente no evolucionó con el tratamiento farmacológico suministrado inmediatamente después de la cesárea (sin misoprostol) y el tratamiento médico y farmacológico suministrado a partir del 25 de junio de 2010 a las 22:20 horas (sin misoprostol), se decidiera realizar una histerectomía abdominal subtotal, 26 horas después de que no se controlara la atonía uterina de la paciente que ocasionó choque hipovolémico secundario a la pérdida sanguínea por la atonía?

RESPUESTA:

(...) La paciente LEIDY GARCIA recibe: 1. Tratamiento farmacológico “preventivo de hemorragia postparto o postcesárea” inmediatamente después de la cesárea que corresponde a: evaluación intraoperatoria de la involución y contracción uterina, revisión de hemostasia y a la administración de oxitocina en el momento de expulsión del feto y goteo de oxitocina postcesárea y 2. “tratamiento médico y farmacológico suministrado a partir del 25 de junio de 2010 a las 22:20 horas” (copia textual de la actual solicitud de aclaración y complementación) y con base en la historia clínica y las tomas de decisiones y órdenes médicas la hemorragia uterina postcesárea por atonía uterina NO TUVO una respuesta médica adecuada; por lo cual, se toma la decisión médica por dos especialistas en Ginecología y Obstetricia de turno, de realizar una Histerectomía Abdominal para controlar el sangrado uterino secundario a una atonía uterina.

No se dispone de la información de los tiempos transcurridos pero puede realizarse la revisión certera porque se encuentra y se puede cuantificar entre la operación cesárea en el folio 38 y la operación histerectomía Abdominal en folio 40 de la historia clínica del Hospital San Juan de Dios.

Ese tiempo sin embargo, depende de la respuesta individualizada de cada paciente al manejo de variables clínicas de deterioro o mejoría transitoria en la hemorragia postparto y la atonía uterina.

5. Con relación a la respuesta de la pregunta (10) **¿en qué notas médicas se fundamenta para indicar que: “...la recomendación de la Guía para el manejo de la hemorragia obstétrica Código Rojo están descritas en la historia clínica...”?** (...)

RESPUESTA:

La Guía de Código Rojo descrito para el manejo del choque hipovolémico hemorrágico en la paciente obstétrica... que se encuentra anexa en el dictamen pericial y que se encuentran descritas en la historia clínica después de la realización de la operación

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

cesárea cuando se presentó la hemorragias obstétrica postcesárea de etiología atonía uterina postcesárea corresponden a:

1. Diagnóstico del estado de choque hemorrágico (para iniciar el manejo médico y farmacológico)
2. Descripción y manejo etiológico de la atonía uterina como causa de la hemorragia postcesárea.
3. Presencia de un equipo múltiple de trabajo con dos especialistas en Ginecología y Obstetricia de turno.
4. Mantenimiento de vía venosa.
5. Utilización de medicamentos uterotónicos (que producen contracción uterina) disponibles;
6. Administración de cristaloides para reemplazo de volúmenes.
7. Solicitud, procesamiento y utilización de derivados sanguíneos como glóbulos rojos y plasma fresco;
8. Toma de decisión de realizar laparotomía e histerectomía abdominal.
9. Realización de histerectomía abdominal subtotal y
10. Solicitud, trámite con difícil disponibilidad y consecución de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Es sin dudas y de manera clara evidente, que se realizaron manejos médicos y del equipo de obstetricia relacionado de manera directa con el proceso de Hemorragia Obstétrica. Todas las acciones descritas están determinadas por la presencia de una Código Rojo Obstétrico Severo.

Para adicionar: en la actual solicitud de ACLARACIÓN Y COMPLEMENTACIÓN al DICTAMEN PERICIAL en la consideración número 4 (folio 4/9 de este documento); se indica que la paciente Sra. LEIDY GARCIA “no evolucionó con el tratamiento farmacológico suministrado inmediatamente después de la cesárea (sin misoprostol) y el tratamiento médico y farmacológico suministrado a partir del 25 de junio del 2010 a las 22:20 horas (sin misoprostol)”, por tanto recibió estos medicamentos, que hace parte del procedimiento dentro del manejo del Código Rojo Obstétrico o manejo de Hemorragia obstétrica más los demás descritos con antelación en la consideración actual.

6. Respecto de las conclusiones de la prueba pericial indicadas a folio 14 del dictamen pericial, sírvase indicar:

(...)

DOS PREGUNTAS RELACIONADAS:

1. ¿Si el traslado y la remisión efectuada por parte del CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE a la Señora Leidy García, repercutió en el deceso de la paciente?

RESPUESTA:

La solicitud, trámite y remisión para una Unidad de Cuidados Intensivos son realizadas por los médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, el Centro Regulador de Emergencias y Urgencias es el encargado de encontrar y direccionar la paciente.

La Sra. Leidy García evolucionó hacia un compromiso muy severo de su estado clínico, aun bajo las condiciones de manejo médico y fue remitida en condiciones críticas de estado de salud con alta probabilidad de muerte como lamentablemente sucedió. Por tanto, **es el proceso de evolución del cuadro clínico el que repercute en el deceso de la paciente.**

2. ¿En qué fundamenta para afirmar que el presente asunto “corresponde a una MORTALIDAD MATERNA DIRECTA, por una causa NO PREVISIBLE relacionada por la secuencia de una complicación del embarazo...?”

RESPUESTA:

Como se especifica, de la manera más clara posible, en la pregunta y respuesta No. 14 del DICTAMEN PERICIAL y en el Numeral 6 de la Complementación de la prueba pericial (folio 15/15) ...

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

La fundamentación de la afirmación de esta respuesta y esta complementación del DICTAMEN PERICIAL se basa en el proceso de la causa natural de la enfermedad en la paciente Sra. LEIDY GARCIA.

1. La causa básica de muerte tiene relación DIRECTA con eventos obstétricos en la etiología y en la temporalidad. "MORTALIDAD MATERNA DIRECTA"

2. Las causas asociadas corresponden a COMPLICACIONES derivadas del estado de embarazo y específicamente del postparto y/o postcesárea: ATONÍA UTERINA, que además no respondió al manejo médico con compromiso secuencial muy severo del estado clínico de la paciente que condujo a su fallecimiento. "MORTALIDAD MATERNA POR UNA CAUSA (ATONÍA UTERINA) NO PREVISIBLE"

(Subraya y negrillas son del Despacho)

Así pues, de lo dicho en los testimonios de los profesionales citados y de lo analizado por el perito en las historias clínicas aportadas al proceso, se observó que las actuaciones desplegadas por las demandadas en la atención del trabajo de parto de la señora Leidy Johanna García Erazo, los días 25 y 26 de junio de 2010, fueron ajustadas a la Lex Artis y a los protocolos establecidos para la diabetes gestacional, parto estacionario, cesárea complicada por desgarro de arteria uterina y posterior histerectomía abdominal, hemorragia postcesárea y atonía uterina, así como la consecución y traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos, actuaciones que, a pesar ser adelantadas por los profesionales de la salud, derivó en la muerte de la paciente por un suceso no previsible.

Además, que ante la no disponibilidad de Unidades de Cuidados Intensivos en diferentes casas de salud de la ciudad de Cali, el CRUE consiguió para la señora García Erazo una UCI en el Hospital San José de Buga, que mientras se realizaba su traslado no dejó de ser atendida en el Hospital San Juan de Dios y que, una vez se efectuó la remisión en una ambulancia medicalizada, falleció en la centro de salud del vecino municipio por el severo estado clínico que presentaba.

De ahí que haya lugar a decir del material probatorio que compone el expediente traído a colación:

1. Que la señora Leidy Johanna García Erazo se encontraba en estado de embarazo y el 25 de junio de 2010 acudió al Hospital Cañaveralejo de la Red de Salud de Ladera ESE para la atención del trabajo de parto que se encontraba en fase activa; una vez es valorada se decide remitirla a un centro médico de mayor nivel por riesgo neonatal por antecedente de diabetes gestacional.
2. El mismo 25 de junio es recibida en la sala de obstetricia del Hospital San Juan de Dios, donde se hospitaliza e inicia trabajo de parto, sin embargo, es llevada a cesárea por presentar trabajo de parto estacionario del que se obtiene recién nacido de género masculino de condiciones normales.
3. No obstante, durante el procedimiento de cesárea, la paciente presentó complicación por edema de cuello y difícil extracción del feto, lo que llevó a desgarro de la arteria uterina derecha, razón por la cual se le colocan dos puntos cruzados para dar hemostasia.
4. Culminada la intervención, la señora García Erazo continúa con hemorragia uterina postcesárea, realizándose por los profesionales de la salud masaje uterino bimanual sin mostrar mejoría, desembocando en una atonía uterina y choque

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

hipovolémico, por lo que recurrieron a adelantar una histerectomía abdominal total, varias transfusiones de glóbulos rojos empacados y de plasma, disponiéndose su remisión a una Unidad de Cuidados Intensivos en la madrugada del 26 de junio de 2010.

5. En razón a que el Hospital San Juan de Dios no contaba con Unidad de Cuidados Intensivos por ser un centro médico de Nivel II, a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Valle – CRUE, se decidió remitir a la paciente a la UCI del Hospital San José de Buga (por no contar con disponibilidad en la ciudad de Cali), lugar al que arribó en malas condiciones generales, haciendo paro cardiorrespiratorio, situación que, pese a las maniobras de reanimación efectuadas, derivó en su fallecimiento el mismo 26 de junio de 2010.

Así las cosas, en virtud de los elementos de convicción allegados al expediente, no hay forma de estructurar la responsabilidad deprecada a título de falla en el servicio en este caso en contra de las demandadas Hospital San Juan de Dios y Departamento del Valle del Cauca, comoquiera que, las actividades médicas desplegadas por la casa de salud y el trámite de ubicación en una UCI por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE no se presentan como la causa determinante del deceso de la señora Leidy Johanna García Erazo.

Si bien se observa que la señora García Erazo fue remitida el 25 de junio de 2010 del Hospital Cañaveralito al Hospital San Juan de Dios por ser diagnosticada con diabetes gestacional que podría revestir complicaciones de tipo neonatal, no se avizora en las historias clínicas aportadas al expediente, la existencia de la macrosomía fetal que menciona la actora en el escrito introductorio que indicara a los especialistas la realización de una cesárea de emergencia, razón por la cual se ordenó la hospitalización para inicio de trabajo de parto vía vaginal.

Desde la primera atención en el Hospital San Juan de Dios, que fue a las 11:00 horas del 25 de junio de 2010, en la que se indicó la internación para trabajo de parto no se presentaron complicaciones en el procedimiento hasta las 17:50 de ese mismo día donde se observó la presencia de parto estacionario, decidiéndose por ello la realización de cesárea.

Es claro entonces que la decisión de extraer el feto a través de cesárea no obedeció al diagnóstico inicial de diabetes gestacional como lo señalan los accionantes, sino al evento presentado de trabajo de parto estacionario.

En el desarrollo de la cesárea, según las notas operatorias, esta se complica por la presencia de edema de cuello uterino y difícil extracción del feto, lo que produce el desgarro de la arteria uterina derecha, ante lo cual el médico tratante toma dos puntos cruzados con el objeto de realizar hemostasia, aclarando la difícil histerorrafia por la presencia, precisamente, del edema de tejidos.

Posterior a la intervención de cesárea, la paciente es atendida nuevamente a las 22:20 horas de la misma calenda por presentar hipotensión, diuresis positiva y útero hipotónico, por lo que se realiza masaje uterino, extrayendo aproximadamente 300 centímetros cúbicos de coágulos, motivo por el cual se dispone como conducta: “1. Cruce y reserva de 3 U GRE, 2. Transfundir 3 UGRE, 3. Transfundir 2 bolsas de plasma, 4. Hemograma post transfusión, 5.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Aplicar Methergin 0.2 MG im, 6. 20 U de oxitocina a 500 cc en SSN pasar 10 gotas x minuto, 7. Control estricto signos vitales cada 20 minutos, 8. Informar cambios”y, además, se informó a los familiares de la paciente que si persiste la hipotonía debía llevarse a cabo una histerectomía abdominal total.

La señora Leidy Johanna García Erazo es revalorada a las 22:45, 23:00 y 23:25 del 25 de junio de 2010 y, al no mejorar su situación clínica se diagnóstica, a las 23:50, el choque hipovolémico y la atonía uterina, indicándose como plan a seguir la realización de una laparotomía urgente en la que se efectuó el procedimiento quirúrgico de histerectomía abdominal total (retiro o extracción del útero del cuerpo de la paciente).

Adelantada la histerectomía abdominal total, se indica por el profesional de la salud la necesidad de remitir a la señora García Erazo a una Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que se comenta a las 01:20 horas del 26 de junio de 2010 con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE, quien refiere que en ese momento no cuentan con cupo para UCI en la Clínica Fundación Valle del Lili, en la Clínica SUMA, ni en Comfenalco – Unilibre.

A las 02:50 horas del mismo 26 de junio, el CRUE consigue una Unidad de Cuidados Intensivos disponible en la Clínica San José de Buga, comentándose para tramitar el servicio de ambulancia medicalizada.

Una vez se hace efectivo el traslado, la paciente ingresa al Hospital San José de Buga en malas condiciones generales, haciendo paro cardiorrespiratorio, efectuándosele maniobras de reanimación cardiopulmonar por 45 minutos, las que resultaron infructuosas declarándose su fallecimiento a las 07:15 horas del 26 de junio de 2010 consignándose como causa del deceso el choque hipovolémico, la atonía uterina y el desgarro de la arteria uterina.

Lo dicho muestra que las acciones desarrolladas por el Hospital San Juan de Dios, en cuanto al diagnóstico y los procedimientos ordenados y realizados, se ajustaron a lo recomendado por la literatura médica, teniendo en cuenta que, de acuerdo a la hemorragia uterina presentada por la paciente, la atonía uterina y el choque hipovolémico posteriores a la operación de cesárea, se llevó a cabo la respectiva histerectomía abdominal con el fin de conjurar la complicación acaecida durante la intervención, se efectuaron numerosas transfusiones de glóbulos rojos empacados y plasma, siendo intubada y disponiéndose su remisión a la Unidad de Cuidados Intensivos, todo ello con el objeto mejorar la situación clínica de la señora García Erazo y salvar su vida.

Además, que a pesar de que se dio aplicación, según lo concluido en el dictamen pericial allegado al expediente, al protocolo establecido en la Guía de Código Rojo para el manejo de choque hipovolémico hemorrágico en paciente obstétrica, no se pudo evitar el desenlace final, pues la señora García Erazo no respondió favorablemente a los esfuerzos médicos y al tratamiento adelantado, empeorando severamente su estado clínico derivado de las complicaciones presentadas en el desarrollo de la cesárea, lo que la llevó finalmente a la muerte.

De igual forma, no se halla probado en el líbello que la falta de suministro a la señora García Erazo del medicamento misoprostol haya repercutido en su lamentable deceso, por el contrario, de acuerdo a lo concluido por el perito en su dictamen, el uso de ese

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

componente es: *“Es una recomendación pero no una obligación de habilitación de un servicio de partos: disponer y utilizar el medicamento misoprostol y la carbetoxina en casos muy graves de atonía uterina con el fin de tener otras líneas farmacológicas de manejo médico”*; concepto que es reafirmado por la ginecóloga Mónica Cecilia Acosta Álvarez quien al rendir testimonio manifestó que: *“A folio 25 reverso C-Ppal, se dice que no hay misoprostol y este sirve para el control de atonía uterina, pero no es esencial, los medicamentos esenciales son la oxitocina y metergin, de hecho ya está cuestionado el uso del misoprostol”*.

Así las cosas, se advierte del material probatorio arrojado al expediente, especialmente de los testimonios médicos y de la prueba pericial, que la entidad demandada Hospital San Juan de Dios dio un manejo adecuado al trabajo de parto de la paciente García Erazo, pues se logra observar que una vez se presenta trabajo de parto estacionario, se decidió adelantar la cirugía de cesárea y que, en el transcurso de esta, la paciente sufrió desgarro de la arteria uterina, sangrado y posterior atonía uterina, situación que no logró contenerse pese a la maniobras realizadas por los galenos, quienes decidieron realizar de manera urgente la ya mencionada histerectomía abdominal total y traslado a la única Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Buga donde finalmente perdió la vida, debiéndose reiterar que, en este caso, no está probado que la actividad médica desarrollada entre los días 25 y 26 de junio de 2010 en el HSJD y el trámite de consecución de UCI por parte del CRUE, hayan sido las causas determinantes del daño alegado por la parte actora.

Entonces, si bien el extremo activo afirmó que hubo negligencia y no se le brindó una atención conforme a la praxis médica establecida para ese caso a la señora García Erazo, además de la demora en el traslado de la paciente a la UCI del Hospital San José de Buga, la que manifiesta se evidenció en que la ambulancia medicalizada se dirigió a un centro de salud distinto al que se había comentado (situación que no se encuentra debidamente acreditada), en virtud de los elementos de convicción allegados al proceso, se colige que no se logra avizorar que la prestación del servicio médico no honre los parámetros que la lex artis impone para este tipo de casos²⁵.

Adicionalmente, se permite el Despacho hacer énfasis en las conclusiones a las que arribó el dictamen pericial en lo que respecta a la causa del fallecimiento de la señora Leidy Johanna García Erazo, la cual se describe como mortalidad materna directa por causa no previsible relacionada con la consecuencia de una complicación del embarazo –Atonía Uterina- (Folio 633 cdno. ppal.)²⁶.

Por lo anteriormente explicado, es menester declarar que no está probada la falla como

²⁵ Guía para el Manejo de la Hemorragia Obstétrica Código Rojo

²⁶ “...La fundamentación de la afirmación de esta respuesta y esta complementación del DICTAMEN PERICIAL se basa en el proceso de la causa natural de la enfermedad en la paciente Sra. LEIDY GARCIA.

1. La causa básica de muerte tiene relación DIRECTA con eventos obstétricos en la etiología y en la temporalidad. “MORTALIDAD MATERNA DIRECTA”

2. Las causas asociadas corresponden a COMPLICACIONES derivadas del estado de embarazo y específicamente del postparto y/o postcesárea: ATONÍA UTERINA, que además no respondió al manejo médico con compromiso secuencial muy severo del estado clínico de la paciente que condujo a su fallecimiento, “MORTALIDAD MATERNA POR UNA CAUSA (ATONÍA UTERINA) NO PREVISIBLE”

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

criterio subjetivo de imputación.

En otras palabras, se deben negar las pretensiones de la demanda, porque no se probó la falla del servicio por parte de la demandada Hospital San Juan de Dios, así como tampoco el supuesto error en el traslado de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Buga y no se demostró que la actividad médica fue la que motivó el resultado final del fallecimiento de la señora Leidy Johanna García Erazo, lo que hace imposible atribuir el daño.

Por lo anterior, se encuentra que en este caso la parte actora no cumplió con la carga probatoria que le correspondía.

Dicho de otra manera, la carga de la prueba asiste a la parte que alega el hecho lesivo y por ello resulta determinante demostrar por los medios legalmente dispuestos para tal fin, las circunstancias fácticas sobre los cuales se fundó la demanda, de modo que su mera afirmación no resulta suficiente para ello²⁷.

En un caso de circunstancias fácticas similares, el Consejo de Estado- Sección Tercera - Consejero ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, del cinco (05) de julio de dos mil dieciocho (2018), Radicación número: 08001-23-31-000-1995-10045-01(39427), respecto de la carga de la prueba, fue enfático en señalar que:

*“(…) Es infantica la Sala al recordar que en aplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil²⁸, “Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen (…)”, **esto quiere decir que si la señora Guillermina Mercedes Ferrer Carvajal, buscaba la declaración de responsabilidad***

²⁷Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 24 de septiembre de 2020, Exp. 59400.

²⁸ Al respecto, ver Exp.31915: “(…) “Con relación a la carga de la prueba tuvo oportunidad de pronunciarse esta Corporación en sentencia de Sala Plena de la Sección Tercera el 18 de febrero de 2010, en donde se refirió a la noción de carga como “una especie menor del deber consistente en la necesidad de observar una cierta diligencia para la satisfacción de un interés individual escogido dentro de los varios que excitaban al sujeto”. La carga, entonces, a diferencia de la obligación, no impone al deudor la necesidad de cumplir incluso pudiendo ser compelido a ello coercitivamente con la prestación respecto de la cual se ha comprometido con el acreedor, sino que simplemente faculta la aludida carga, a aquél en quien recae, para realizar una conducta como consecuencia de cuyo despliegue puede obtener una ventaja o un resultado favorable, mientras que si no la lleva a cabo, asume la responsabilidad de aceptar las consecuencias desventajosas, desfavorables o nocivas que tal omisión le acarree. Trayendo este concepto al ámbito del proceso y de la actividad probatoria dentro del mismo, la noción de carga se traduce en que a pesar de la igualdad de oportunidades que, en materia de pruebas, gobierna las relaciones entre las partes procesales, dicho punto de partida no obsta para que corra por cuenta de cada una de ellas la responsabilidad de allegar o procurar la aportación, al expediente, de la prueba de ciertos hechos, bien sea porque los invoca en su favor, bien en atención a que de ellos se deduce lo que pide o a lo que se opone, ora teniendo en cuenta que el hecho opuesto está exento de prueba ¾verbigracia, por venir presumido por la Ley o por gozar de notoriedad o por tratarse de una proposición (afirmación o negación) indefinida. En ese orden de ideas, el concepto de carga de la prueba se convierte en (i) una regla de conducta para el juez, en virtud de la cual se encontrará en condiciones de proferir fallo de fondo incluso cuando falte en el encuadernamiento la prueba del hecho que sirve de presupuesto a la norma jurídica que debe aplicar y, al mismo tiempo, (ii) en un principio de autorresponsabilidad para las partes, derivado de la actividad probatoria que despliegan en el proceso, pues si bien disponen de libertad para aportar, o no, la prueba de los hechos que las benefician y/o la contraprueba de aquellos que, habiendo siendo acreditados por el adversario en la litis, pueden perjudicarlas, las consecuencias desfavorables derivadas de su eventual inactividad probatoria corren por su cuenta y riesgo.” (…)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

extracontractual del Estado, tenía la carga procesal de acreditar que la configuración de un daño sufrido, se debió a una causa atribuible a la entidad demandada, situación que no ocurrió en el presente asunto.

Sin embargo, como puede advertirse, el aspecto en últimas, más que de las reglas de la carga de la prueba, se concreta en las consecuencias que se derivan de su no satisfacción, esto es, del no ejercicio de los derechos a la aportación o solicitud de práctica de pruebas o a la formulación de alegaciones dentro del proceso, si se tiene en cuenta que la finalidad de éste, para las partes, es la estimación o desestimación de la(s) pretensión(es) formulada(s) y que, por ello, dentro de él se lleve a cabo una instrucción encaminada a proporcionar al juzgador los elementos necesarios para que pueda efectuar la comparación entre los fundamentos de tal(es) pretensión(es) y el ordenamiento jurídico²⁹. Y el de las consecuencias del incumplimiento de la carga de probar o de alegar es el aspecto más relevante, habida cuenta de que la parte que desee obtener un resultado favorable a sus pretensiones necesitará probar y alegar todo aquello que sea útil y pertinente para la defensa de su posición...” (Se subraya).

En conclusión, la parte actora faltó al deber de probar que la entidades demandadas hubieran incurrido en una falla del servicio médico, así como tampoco demostró que la muerte de Leidy Johanna García Erazo hubiera sido determinada por las actuaciones del Hospital San Juan de Dios y el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Departamento del Valle del Cauca (nexo) cuya actividad es objeto de reproche.

Por último, no se puede pasar por alto que las obligaciones que emanan en desarrollo de la actividad médica son de medio y no de resultado, motivo por el cual la prestación que se exige es la aplicación de las técnicas idóneas y oportunas en lo que a la práctica médica concierne, sin que deba aceptarse una responsabilidad con base solo en la producción del daño³⁰.

En consecuencia, se niegan las pretensiones de la demanda.

Finalmente, no hay lugar al pago de costas en vista que no se reúnen los requisitos para su imposición.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Diecinueve Administrativo del Circuito de Santiago de Cali, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones formuladas por el Hospital San Juan de Dios y por la Llamada en Garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros, conforme lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Sin costas en esta instancia.

²⁹ GUASP, Jaime, *Derecho Procesal Civil*, I, Madrid, Instituto de Estudios Políticos, 1.968, p. 312.

³⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, C.P.: María Adriana Marín, Bogotá, cuatro (4) de marzo de dos mil veintidós (2022), Radicación número: 73001-23-31-000-2011-00439-01 (48147)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

CUARTO: DEVOLVER a la parte actora los remanentes de gastos del proceso, en el evento de existir y previa solicitud.

SEXTO: RECONOCER personería al abogado Crhistian Leonardo Castro Londoño, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.113.636.351 y tarjeta profesional No. 210.881 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura para actuar en calidad de apoderado del Departamento del Valle del Cauca, en los términos y condiciones del memorial poder visible en el archivo No. 04.1 del expediente digital.

SÉPTIMO: ARCHIVAR el expediente, una vez en firme esta sentencia, dejando las anotaciones de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ROGERS ARIAS TRUJILLO
JUEZ