

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, martes, 02 de mayo de 2023

Expediente:	76001-33-31-013-2006-00018-00
Acción:	Reparación directa
Demandante:	Rosalba Viveros Carabalí y otros gpereag2010@hotmail.com
Apoderado:	Graciela Perea Gallón gpereag2010@hotmail.com
Demandados:	Hospital Universitario del Valle – HUV – NIT. 890303461-2 secretariajuridicahuv@gmail.com responsabilidadmedicahuv@gmail.com Hospital San Juan de Dios – NIT. 890303841-8 juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co Dr. Jorge Eliecer Valencia Restrepo j.martinezv@scare.org.co
Llamada en garantía:	La Previsora S.A. Compañía de Seguros – NIT. 860002400-2 ham.conava@gmail.com conava@conava.net

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 Rosalba Viveros Carabalí y Norley Satizabal Rojas actuando en nombre propio y en el de la menor Yorley Tatiana Satizabal Arroyo, formularon a través de apoderada demanda de reparación directa contra el Hospital Universitario del Valle – HUV, el Hospital San Juan de Dios de Cali y el doctor Jorge Eliecer Valencia Restrepo, para que se les declare administrativamente y extracontractualmente responsables por los perjuicios morales, fisiológicos y materiales causados a los demandantes con ocasión del fallecimiento de Lida Cristina Arroyo Viveros derivado de la prestación del servicio de salud en la atención del trabajo de parto que se adelantó a través de cesárea; deceso acaecido el 17 de agosto de 2004.

Que como consecuencia de lo anterior se proceda a condenar a los demandados por los perjuicios referenciados a folios 22 a 24 del cdno. ppal.

1.1.2. Hechos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

Como fundamentos fácticos de las pretensiones se narraron los siguientes¹:

La señora Lida Cristina Arroyo Viveros se encontraba en estado de embarazo de 20 semanas y el 09 de febrero de 2004 acudió al Hospital San Juan de Dios por remisión del Hospital Piloto de Jamundí, por presentar cólico intenso, asociado a problemas de tipo alimenticio; una vez valorada y descartado un posible aborto, fue dada de alta en esa misma fecha.

Informa que el 27 de junio de 2004 ingresó al Hospital San Juan de Dios para la práctica del procedimiento quirúrgico de cesárea, siendo atendida por el ginecobstetra Jorge E. Valencia R., adelantando la intervención y concediendo la salida de la paciente al día siguiente, esto es, el 28 de junio de esa misma anualidad a las 08:04 horas.

Señala que el médico tratante consignó en la historia clínica que la señora Arroyo Viveros: *“Paciente en buenas condiciones generales, álgida, deambula, tiene escaso sangrado vaginal”*.

Que el 29 de junio de 2004, la señora Lida Cristina Arroyo Viveros acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario del Valle, estableciéndose como motivo de consulta: *“Presenta en el postoperatorio inmediato, dolor abdominal generalizado irradiado asociado a distensión abdominal sin deposiciones hasta hoy; por lo cual consultó”*; concluyéndose que se encontraba en estado febril, con abdomen distendido y doloroso al tacto.

Manifiesta que las médicas que la evaluaron encontraron una obstrucción intestinal, ordenando su valoración por cirugía general, siendo sometida a procedimiento quirúrgico evidenciado perforación con múltiples grados de asa, paciente en shock con peritonitis severa.

Indica que la señora Arroyo Viveros no superó el estado agudo de infección provocado por la perforación del intestino derivado del procedimiento quirúrgico de cesárea, lo que le ocasionó la muerte el 17 de agosto de 2004 por cuadro abdominal secundario a peritonitis aguda.

Para los demandantes lo narrado representa una deficiencia en la prestación del servicio de salud, siendo la causa de la muerte de Lida Cristina Arroyo Viveros.

1.2. Trámite procesal

La demanda fue radicada el 14 de agosto de 2006 ante el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca (Folio 32) y, mediante auto del 31 de agosto de 2006 (Folios 34 a 36), es remitida por competencia a los Juzgados Administrativos del Circuito de Cali, correspondiéndole por reparto al Juzgado Trece Administrativo, según se observa en el acta individual de reparto visible a folio 40.

Mediante auto No. 484 del 17 de octubre de 2006 (Folios 42 a 43 del cdno. ppal.), el referido despacho admitió la demanda, ordenó la notificación a las entidades

¹ Folios 24 a 25 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

demandadas, al Ministerio Público y fijar en lista el proceso.

Posteriormente, mediante providencia del 09 de julio de 2010, el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, MP Ramiro Ramírez Onofre declaró la nulidad de lo actuado a partir del auto admisorio, inclusive, en razón a la falta de vinculación en calidad de demandado del médico Jorge Eliecer Valencia Restrepo (Folios 486 a 489 del Cdno. Ppal.).

En cumplimiento de lo anterior, el Juzgado Trece Administrativo de Cali profirió nuevo auto admisorio de la demanda de fecha 29 de abril de 2011, indicando para tal efecto que el extremo pasivo de la litis estaría compuesto por el Hospital Universitario del Valle, el Hospital San Juan de Dios y el doctor Jorge Eliecer Valencia Restrepo. (Fl. 493 del Cdno. Ppal.).

Este asunto fue remitido al Juzgado Sexto Administrativo de Descongestión de Cali (Fl. 581 del Cdno. 1A); posteriormente enviado al Juzgado Primero Administrativo de Descongestión de Cali (Folio 800 Cdno. 1A), luego al Juzgado Tercero Administrativo de Descongestión de Cali (Folio 803 Cdno. 1A), después al Juzgado Segundo Administrativo de Descongestión de este mismo circuito (Folio 819 Cdno. 1A), y finalmente conocido por este Despacho, el que avocó el conocimiento del proceso a través de la providencia del 20 de enero de 2016 (Fl. 832 del Cdno. 1A).

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-asistencial del servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios, en cabeza de los médicos Jorge Eliecer Valencia Restrepo y Mónica Cecilia Acosta Álvarez, obró atenta, diligente, concienzuda y responsablemente, de acuerdo a los datos adquiridos por la ciencia, detectando una macrosomía fetal que conllevó a la intervención quirúrgica de cesárea el 27 de junio de 2004, siendo dada de alta la paciente Arroyo Viveros al día siguiente, esto es, el 28 de junio de 2004 en compañía de su recién nacida con recomendaciones y analgesia.

Como excepciones propuso las que denominó inexistencia de obligación y responsabilidad, causal de inculpabilidad, falta de legitimación en la causa por pasiva, exoneración por estar probado que el equipo médico del servicio de ginecoobstetricia que atendió a la hoy extinta Lida Cristina Arroyo Viveros obró con la debida diligencia y cuidado, de acuerdo a los datos adquiridos por la ciencia 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 01 de agosto de 2007⁴.

² Folios 263 a 275 del cuaderno principal.

³ Folios 205 a 210 del cuaderno principal.

⁴ Folio 409 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

1.3.2. Hospital Universitario del Valle – HUV⁵

Mediante apoderado legalmente constituido se opone a las pretensiones de la demanda, por cuanto no existen hechos que demuestren una negligente, imprudente, imperita o descuidada actuación de parte del HUV en la atención brindada a la señora Lida Cristina Arroyo que pueda configurar una falla en el servicio, pues como consta en la historia clínica de la paciente, esta fue atendida por un equipo médico interdisciplinario y especializado que le prestó una atención completa de acuerdo a sus condiciones clínicas.

Aclara que el perjuicio cuya indemnización se pretende no es el resultado directo de un presunto incumplimiento de la obligación que jurídicamente le corresponde (obligación de medio) y, en consecuencia, no se configura el nexo causal como elemento estructural de la responsabilidad, observándose así un comportamiento apegado a la *lex artis*.

Formuló las excepciones de inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley, inexistencia de nexo causal e inexistencia de obligación de resultado y cumplimiento de obligación de medio por parte del Hospital Universitario del Valle.

Asimismo, formuló llamamiento en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros⁶, el que fue aceptado mediante auto del 01 de agosto de 2007⁷.

1.3.3. Dr. Jorge Eliecer Valencia Restrepo⁸

Se resistió a las súplicas del libelo introductorio por cuanto su conducta médica fue adecuada, correcta y aceptada por la ciencia médica actual y los protocolos, habiéndole prestado por su parte a la señora Lida Cristina Arroyo Viveros, la atención necesaria de conformidad con los síntomas que presentaba.

Indica que la paciente se encontraba en estado de embarazo de 40,4 semanas, contaba con antecedentes de apendicetomía por apendicitis aguda con peritonitis hace 5 años y herniorrafía umbilical, remitida desde Jamundí al Hospital San Juan de Dios de Cali, siendo valorada por sospecha de macrosomía fetal, por lo que es llevada a cesárea, la que se llevó a cabo sin ninguna complicación.

Argumenta que la cesárea estaba indicada por riesgo neonatal y que, al día siguiente de la realización de la intervención quirúrgica, fue dada de alta por otro profesional de la salud por adecuada evolución médica.

Al respecto propuso las excepciones ausencia de nexo de causalidad entre la conducta desplegada y el daño, cumplimiento de la obligación de medio, inexistencia de responsabilidad por ausencia de las formas de la culpa, indebida tasación de perjuicios y la innominada.

1.3.4. Llamamiento en garantía

⁵ Folios 379 a 387 del cuaderno principal.

⁶ Folios 388 a 390 del cuaderno principal.

⁷ Folio 409 del cuaderno principal.

⁸ Folios 504 a 523 del cuaderno principal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

La Previsora S.A. Compañía de Seguros⁹

Igualmente se opone a las pretensiones de la demanda, indicando que el deceso de la paciente no tuvo su origen en la atención brindada por las instituciones de salud o de la conducta profesional médica, pues esta fue adecuada, correcta y aceptada por la ciencia médica actual.

En lo que tiene que ver con las excepciones, propuso las de inexistencia de relación de causa a efecto entre los actos de carácter institucional del Hospital San Juan de Dios y del Hospital Universitario del Valle y los actos del equipo médico y los resultados que puedan haber afectado a la paciente, inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley, exoneración por cumplimiento de la obligación de medio, exoneración por estar probado que el equipo médico empleó la debida diligencia y cuidado, inexistencia de la obligación de indemnizar por ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad, caso fortuito y la innominada.

En cuanto al llamamiento en garantía realizado por el Hospital Universitario del Valle señala que el amparo se halla circunscrito a los límites y excepciones que establezca el clausulado particular del mismo, anotando que para la responsabilidad por daños morales tiene un sub-límite máximo por evento y vigencia de cincuenta millones de pesos y un deducible de diez por ciento, mínimo dos millones quinientos mil pesos por evento.

Que la vigencia afectada corresponde al periodo asegurado mediante la póliza 1002991, cuya cobertura está limitada a un máximo de quinientos millones de pesos.

Respecto del llamamiento efectuado por el Hospital San Juan de Dios, informa igualmente que el amparo se halla circunscrito a los límites y excepciones que se establecen en el clausulado particular del mismo, aclarando que para la responsabilidad por daños morales tiene un sub-límite máximo por evento y vigencia de cincuenta millones de pesos y un deducible de diez por ciento, mínimo cuatro millones de pesos por evento.

También, que la vigencia afectada corresponde al periodo asegurado mediante la póliza 1002916, cuya cobertura está limitada a un máximo de cien millones de pesos.

Al respecto formuló las siguientes excepciones: límite de amparo asegurado bajo la póliza 1002991 del Hospital Universitario del Valle y el límite de amparo asegurado bajo la póliza 1002916 del Hospital San Juan de Dios objeto del llamamiento de garantía, límite de amparo y de inexistencia de la obligación por agotamiento de la cobertura.

1.4. Alegatos de conclusión

Por providencia del 12 de marzo de 2020 se cerró el debate probatorio y se dio la oportunidad a las partes para que alegaran de conclusión (Fl. 895 del Cdno. 1A), término que venció en silencio¹⁰.

⁹ Folios 418 al 432 del cuaderno principal.

¹⁰ Constancia secretarial Archivo No. 02 del expediente digital.

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

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

La entidad demandada Hospital San Juan de Dios, propuso la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, bajo el argumento que no se encuentra probada la responsabilidad de esa casa de salud en el fallecimiento de la señora Lida Cristina Arroyo Viveros.

Para resolver este medio defensivo, debe recordarse que la legitimación en la causa es la capacidad subjetiva para ser parte en el proceso, además de constituir un presupuesto procesal para que se emita una decisión de fondo en la litis.

Sobre este tema, el Consejo de Estado¹¹, ha diferenciado la legitimación en la causa de hecho y material, entendiendo la primera como la relación procesal que se establece entre el demandante y el demandado mediante la pretensión, es decir, la relación jurídica surge de la atribución de una conducta en la demanda y de la notificación de ésta al demandado. Por lo tanto, se aduce que quien cita a otro está legitimado de hecho por activa y a quien se cita y atribuye está legitimado de hecho y por pasiva, esto después de la notificación del auto admisorio de la demanda. Y la segunda, legitimación material, guarda relación con la participación real en el hecho que originó la formulación de la demanda.

Así pues, la legitimación en la causa por pasiva de hecho es un presupuesto de procedibilidad de la demanda, pues tiene que ver con la capacidad del demandado de ser parte en el proceso y, la legitimación en la causa por pasiva material es un requisito relacionado con la prosperidad de las pretensiones.

Al revisar el expediente, se evidencia que la parte actora endilga responsabilidad a cada una de las entidades y al particular que componen el extremo pasivo de la litis y que también a estos les fue notificado el auto admisorio de la demanda, razones suficientes que permiten establecer que el Hospital San Juan de Dios de Cali se encuentra legitimado de **hecho** para acudir como demandados en el asunto, por lo tanto se declarará impróspera la excepción propuesta; no obstante, la legitimación **material** en la causa por pasiva será materia de análisis con las pruebas aportadas.

En cuanto a los demás medios exceptivos propuestos por las entidades accionadas, el doctor Jorge Eliecer Valencia Restrepo y la llamada en garantía, debe decirse que como

¹¹ Sección Tercera, sentencia de diecisiete (17) de junio de dos mil cuatro (2004); C.P.: María Elena Giraldo Gómez; Radicación número: 76001-23-31-000-1993-0090-01(14452).

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

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 alguna de las convocantes.

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, los registros civiles de origen notarial y los testimonios rendidos, lo cual se hizo de la siguiente forma:

- En el historial médico de la atención brindada a Lida Cristina Arroyo Viveros abierto en el Hospital San Juan de Dios y en el Hospital Universitario del Valle, se advierte que esta fue la víctima directa y cuya atención médica se acusa fallida (Folios 3 a 16, 125 a 153, 171 a 200, 229 a 257 y 280 a 378 del cdno. ppal.).
- La señora Rosalba Viveros Carabalí acreditó su condición de madre de Lida Cristina Arroyo Viveros, con copia auténtica del registro civil de nacimiento de esta última, visible a folio 17 del Cuaderno Principal.
- Con el registro civil de nacimiento de la menor Yorley Tatiana Satizabal Arroyo se demuestra que este es hija de Lida Cristina Arroyo Viveros (Folio 19 del cuaderno principal).
- Con los testimonios de los señores Julia Elvira Quintero Lucumí y Diego Fernando Quintero se prueba que el señor Norley Satizabal Rojas era el compañero de la señora Lida Cristina Arroyo Viveros (Folios 674 a 678 del cuaderno 1A).

2.3.2. Pasiva:

Las entidades accionadas Hospital San Juan de Dios y Hospital Universitario del Valle se encuentran legitimadas de hecho en la causa por pasiva por ser las instituciones prestadoras y promotoras del servicio de salud brindado a Lida Cristina Arroyo Viveros al momento de los hechos.

De igual forma, el doctor Jorge Eliecer Valencia Retrepo está legitimado en la causa de hecho por ser el profesional de la salud que realizó el procedimiento de cesárea a la señora Arroyo Viveros el 27 de junio de 2004 en las instalaciones del Hospital San Juan de Dios, respecto del cual presuntamente se generó el daño alegado.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

Se aclara que, la legitimación material en la causa de cada uno de los demandados 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, patrimonial y solidaria de los demandados por los perjuicios ocasionados a los demandantes, derivados de la atención médica brindada a Lida Cristina Arroyo Viveros en la atención del parto que se realizó por cesárea el 27 de junio de 2004 por el doctor Jorge Eliecer Valencia Restrepo en el Hospital San Juan de Dios, al presuntamente habersele prestado el servicio de salud de manera deficiente que le provocó una obstrucción intestinal, perforación y peritonitis severa que derivó en su fallecimiento acaecido el 17 de agosto de 2004 en las instalaciones del Hospital Universitario del Valle, o, por el contrario, las entidades accionadas y el profesional de la salud 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:

¿Se encuentra obligada la llamada en garantía a asumir la reparación del perjuicio o el reembolso de las sumas limitadas en las pólizas 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 servicio¹².

Sobre la responsabilidad por falla médica y la prueba de la relación causal entre el daño y la falla ha manifestado la Alta Corporación¹³:

¹² 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

¹³ 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



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

“(...) 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 3 cuadernos a saber: el cuaderno principal (Folios 1 a 577), cuaderno 1A (Folios 578 a 895), cuaderno No. 2 de pruebas (Folios 1 a 247).

Documentales:

- Antecedentes clínicos registrados en el Hospital San Juan de Dios de Cali, en la que se relacionan diferentes atenciones médicas brindadas a Lida Cristina Arroyo Viveros en el año 2004, incluida la referente al trabajo de parto y a la realización de la intervención quirúrgica de cesárea el día 27 de junio de 2004 (Folios 3 a 11, 125 a 153, 171 a 200 y 229 a 257 del cdno. ppal.).
- Historia clínica del Hospital Departamental del Valle, referente a la atención médica suministrada en relación con la obstrucción intestinal, intervenciones quirúrgicas y posterior fallecimiento de la paciente, desde el 29 de junio de 2004 al 17 de agosto de 2004. (Folios 12 a 16 y 280 a 378 del cuaderno principal).
- Registro civil de nacimiento de Lida Cristina Arroyo Viveros de la Notaría Única del Círculo de Puerto Tejada – Cauca. (Folio 17 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Rosalba Viveros Carabalí de la Notaría Primera del Círculo de Cali. (Folio 18 del cdno. ppal.).
- Registro civil de nacimiento de Yorley Tatiana Satizabal Arroyo con indicativo serial No. 35485928 de la Notaría Veintiuno del Círculo de Cali. (Folio 19 del cdno. ppal.).
- Registro civil de defunción de Lida Cristina Arroyo Viveros con indicativo serial No. 5569318 de la Notaría Catorce del Círculo de Cali. (Folio 20 del cdno. ppal.).
- Hoja de vida del doctor Jorge Eliecer Valencia Restrepo (Folios 50 a 63, 457 a 462 y 530 a 548 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

- Hoja de vida de la doctora Mónica Cecilia Acosta Álvarez (Folios 64 a 76 del cuaderno principal).
- Hoja de vida de la doctora María Clemencia Corredor Silva (Folios 77 a 99 del cuaderno principal).
- Hoja de vida del doctor Federico Rivera (Folios 100 a 112 del cuaderno principal).
- Constancia emitida por el Fiscal Seccional 14 de la Unidad de Delitos contra la Vida, la Integridad Personal y Formación Sexuales – Seccional Cali, en la que indica que adelantó investigación por el delito de Homicidio Culposos en la modalidad de Responsabilidad Médica, donde aparece como occisa Lida Cristina Arroyo Viveros y que, mediante Resolución Inhibitoria No. 007 del 14 de febrero de 2008, se consideró que la conducta denunciada no se cometió. (Folio 524 cdno. ppal.).
- Interlocutorio No. 007 (Red. 770695-14) del 14 de febrero de 2008 emanado de la Fiscalía 14 de la Unidad de Delitos contra la Vida, la Integridad Personal y Formación Sexuales – Seccional Cali, por la cual se profiere Resolución Inhibitoria (Folios 525 a 529 del cuaderno principal).
- Certificación emitida por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE, sobre la afiliación del médico Jorge Eliecer Valencia Restrepo (Folio 794 cdno. 1A.).

Testimoniales

- En diligencia adelantada el 03 de abril de 2014, se recibió el testimonio de los señores Diego Fernando Quintero y Julia Elvira Quintero Lucumí (Folios 674 a 678 del cdno. 1A.).
- En diligencia celebrada el día 08 de abril de 2014, se recibió como testigos a los doctores María Clemencia Corredor Silva y Federico Rivera (Folios 715 a 718 del cdno. 1A.).
- Asimismo, el día 29 de abril de 2014, se recibió el testimonio de los médicos Santander Blanco Ramos, Guillermo Flórez Contreras, misma que fue suspendida, reanudándose el 12 de mayo de 2014. (Folios 756 a 759 y 763 a 764 del cdno. 1A.).
- El 10 de junio de 2014 se recibió el testimonio de la enfermera Manuela Mera (Folios 785 a 786 del cdno. 1A.).
- De igual manera el 12 de junio de 2014 se recibió el relato de los testigos médicos Fernando Arias Gutiérrez y Mónica Cecilia Acosta Álvarez (Folios 777 y 784 del cuaderno 1A.).
- El 16 de junio de 2014 rindió testimonio ante el Despacho el doctor Juan Pablo Benavides Calvache (Folios 796 a 797 del cdno. 1A.).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

Dictamen pericial

Obra en el expediente el Informe Pericial de Clínica Forense No. GRCOPPF-DRSOCCDTE-16894-2016, de fecha 24 de noviembre de 2016, emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de conformidad con lo planteado por la parte actora en el escrito de demanda (Fls. 848 a 552 del cdno. 1A).

El anterior dictamen fue complementado mediante Informe Pericial de Clínica Forense No. UBARM-DSQ-13428-2019 del 16 de diciembre de 2019, emanado del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Unidad Básica Armenia, a través del cual se absolvió el cuestionario formulado por el Hospital San Juan de Dios y el doctor Jorge Eliecer Valencia Restrepo. (Fls. 887 a 889 del cdno. 1A).

Del anterior dictamen se dio traslado a las partes mediante providencia del 28 de enero de 2020 (fl. 890 cdno. 1A), solicitándose aclaración y complementación de este por la parte actora (Folios 891 a 892 del cdno. 1A).

Por providencia del 10 de febrero de 2020, el Despacho dispuso no dar trámite a la solicitud de aclaración y complementación, por cuanto fue presentada de manera extemporánea (Folio 894 cdno. 1A).

2.7. Fondo de la controversia

2.7.1 La prueba del daño

Al respecto, la parte actora lo derivó de la muerte de Lida Cristina Arroyo Viveros ocurrida el 17 de agosto de 2004 en las instalaciones del Hospital Universitario del Valle, ocasionada, presuntamente, como consecuencia de la atención del trabajo de parto que se adelantó a través del procedimiento de cesárea realizado el 27 de junio de esa misma anualidad por el médico Jorge Eliecer Valencia Restrepo en el Hospital San Juan de Dios de Cali, hecho que se halla debidamente probado de conformidad con los elementos de convicción aportados al expediente.

De la atención brindada inicialmente por el Hospital San Juan de Dios los días 27 y 28 de junio de 2004, se tiene (Folios 3 a 11 y 125 a 153 cdno. ppal.):

“(…)

Fuente de referencia: Remitida x RPMO

(…)

Enfermedad actual: G1 P0 con FUM 16-sep, hoy 40+2, por eco del 29-01 (19s) hoy 40 semanas, 4 CPN, consulta x salida de líquido x vagina a las 12:30 am.

Menarca: 13 años ciclos: 30x5

Panificación: (-)

Patológicos: (-)

Qx: Apendicectomía.

(…)

*IDX: 1. G1P0
2. Emb 40+2
3. RPMO*

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

4. Sospecha macrosomía

Conducta: Se dará prueba de trabajo de parto

VI-27/04 7:00 am. FCF 136...

AU: 37cm

TV cérvix permeable 1 dedo con LA claro.Cx. Cesárea... RPM, cérvix no favorable – Firma
Jorge E. Valencia R. Ginecobstetra..

VI-28/04: Paciente en buenas condiciones generales, álgida, deambula, tiene escaso
sangrado vaginal... Se da salida a la madre con recomendaciones y analgesia (...).

En lo que concierne a la atención suministrada por el Hospital Universitario del Valle
desde el 29 de junio de 2004 hasta el 17 de agosto de 2004¹⁴, se destaca:

"Epicrisis

(...)

Fecha Ingreso: 29-06-04

Fecha Egreso: 17-08-2004

(...)

Diagnóstico Inicial o Prequirúrgico:

- Posquirugico cesárea}
- (...) peristáltico
- Obstrucción intestinal
- Abdomen agudo

Diagnóstico Egreso

- PostQx Cesárea
- Obstrucción abdominal
- Abdomen

Cirugías, Procedimientos, Exámenes Especiales, Interconsulta

Ileostomía y malla velcro Junio/30-04

Lavado cavidad Julio/04-04

Lavado cavidad Julio/14-04

(...)

Resumen de Evaluación:

Pte. Con antecedente de postQx cesárea (junio 27-04), x RPM>24 Horas. 2 días: (...) dolor
abdominal, distensión (...) remite x abdomen agudo, ingresa HUV. Es llevada a cirugía
donde realizamos ileostomía y malla velcro #2 Lavado cavidad, absceso subfrénico derecho,
se cultivó A. ... en cavidad, se manejó antibiótico... Pte. Con buena evolución clínica
manejada x nutricio...

VIII 17/2004

Pcte... luego de... paro respiratorio y paro cardiorrespiratorio en dos ocasiones.

Se realizó intu, se colocó... LEV ... Pte. Fallece 22:10 VIII-17/2004.

¹⁴ Folios 12 a 16 y 280 a 378 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 ese orden, se advierte que quedó debidamente demostrado el daño alegado en la demanda, pues se probó el fallecimiento de Lida Cristina Arroyo Viveros ocurrido el 17 de agosto de 2004, 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 quienes actúan en calidad de demandados.

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

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 médica brindada durante el trabajo de parto de la señora Arroyo Viveros que se culminó mediante la realización de una cesárea por parte del médico ginecobstetra Jorge Eliecer Valencia Restrepo en el Hospital San Juan de Dios, situación que presuntamente le provocó una obstrucción intestinal siendo sometida a diferentes intervenciones quirúrgicas en el Hospital Universitario del Valle donde finalmente falleció, se indica que dada la naturaleza del caso, los procedimientos 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 el Hospital San Juan de Dios, referente a la atención del parto brindada y la intervención de cesárea practicada el 27 de junio de 2004, se consignó¹⁵:

“(…)

06-27-/04 – 03:20. *Ingresa paciente admisión de partos acompañada del familiar. Consiente con remisión del hospital de Jamundí; es atendida por la Dra. Acosta, ordena preparar para parto. La paciente viene con vena canalizada + líquidos endovenosos con actividad uterina... se lleva a sala de... de partos por sus propios medios.*

Junio 27/04 7:00. *Recibo paciente en el servicio de trabajo de partos en cama consiente, orientada en sus 3 esferas... salida de líquido claro, tiene LEM en MSI, actividad uterina regular, la paciente refiere movimientos fetales, tiene una fetocardia de 155x'. se sangra para serología y RH p/resultado.*

7:40. *El médico de turno ordena preparar para cesárea se canaliza de nuevo por hipermeabilidad en MSD quedando permeables con SSN al 0.9%*

12:00. *Se pasa a sala de Cx*

VI-27/04 – 12:10. *Ingres a pte a Qx #2 para cesárea consiente orientada... El Dr. Blanco coloca anestesia raquídea... se realiza previa asepsia y antisepsia...*

12:25. *Inicia Cx el Dr. Valencia ayuda intrainstrumental Sandra – Circula Lilia...*

12:30. *Nace RN vivo... se realizó profilaxis umbilical...*

A la pte se le colocan... 20 en total. Se hace cierre de cavidad y piel...

VI-27/04 – 12:55. *Se pasa paciente a sala recuperación bajo efecto anestesia raquídea. LEV...*

“(…)

5:30. *Ingres a pte a la unidad de puerperio en camilla de post cesárea con lev... buena*

¹⁵ 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

involución uterina, sangrado vaginal normal...

6:40. Entrego paciente en cama. Al deambular no presentó ningún cambio. Tolera vía oral queda con RN recibiendo leche materna.

VI-27-04 7:00. Recibo pte post cesárea con LEV. Mamas poco secretantes herida Qx suturada cubierta. Sangrado moderado con sonda vesical. Eliminando moderado. Aspecto amarillo claro. Con RN activo succionando seno materno. Muñón umbilical sin signos de infección P/realizar glucometría.

Madre deambular.

Durante el turno pasa calmado, recibió cuidados de enfermería al igual que el RN, se administró medicamentos ordenados, deambula sin ninguna complicación, se retira esparadrapo de la herida Qx.

10:00. Se retira sonda vesical, eliminando buena cantidad amarillo claro, RN recibió leche x mamas poco secretantes, se realiza

12:50. Glucometría. Se retira LEV queda pte en sala ambulatoria. Herida Qx suturada descubierta sin salida de líquido. Sangrado moderado con RN activo succionando seno materno. No cambios especiales.

Junio-28-04 – 7:00. Recibo paciente en sala de puerperio I consiente orientada en tiempo lugar y persona con una post cesárea con mamas poco secretantes involución uterina positiva hx Qx limpia descubierta y seca. Sangrado vaginal moderado con RN vivo sexo femenino activa rosada y con reflejos presentes...

Junio-28-04 – 12:50. Pte que durante turno refiere sentir dolor. Se le aplica un diclofenaco y se calma, se le brinda educación sobre lactancia materna y cuidados del RN entrego pte en sala de puerperio I consiente orientada en tiempo lugar y persona con una post cesárea. Mamas secretantes. Involución uterina. Sangrado vaginal moderado. Pte con RN vivo sexo femenino activo rosado y con reflejos presentes S.V. estables.

VI-28/04. 1:00. Recibo pte post cesárea ambulatoria mamas secretantes. Herida Qx suturada descubierta, se observa seca, limpia sin salida de líquido, sangrado moderado, con RN activo succionando seno materno. Muñón umbilical en proceso de cicatrización. Con salida. Madre y RN p/micción con boleta salida en HC +5100 más fórmula médica.

Durante el turno pasó calmada. Recibió cuidados en enfermería al igual que el RN; madre recibió dieta ordenada. Se le da educación a la madre sobre el RN. No cambios.

VII-28-04 – 6:50. Queda pte en sala ambulatoria mamas secretantes hx Qx suturada descubierta seca, sin salida de líquido con RN activo succionando seno materno P/salida del RN x micción queda boleta de salida en HC más fórmula médica.

7:45. Egresa paciente de la institución acompañada del Recién Nacido y familia. Se le entrega certificado de nacido vivo... y tarjeta de salida..."

- ✓ Posteriormente, la señora Arroyo Viveros es atendida en el Hospital Universitario del Valle desde el 29 de junio de 2004 hasta el 17 de agosto de ese mismo año (Folios 280 a 378 de cdno. ppal. y 62 a 88 del cdno. No. 2 de pruebas), servicio del que se sustrae:

"(...)

Junio 29/04

Servicio: Admisión – Partos

9:30 am

(...)

M.D.C.: "Dolor abdominal muy fuerte, dificultad para respirar".

E.A.: Paciente con un antecedente G1P0A0C1, con FUM: 16/sept/03 x amenorrea confiable a quien se le practicó cesárea en Hospital San Juan de Dios (27/VI/04) con E.G. 40.5 ss, Refiere la paciente hijo macrosomía y una RPM. Hace dos días, en el post operatorio inmediato aparición de dolor abdominal, tipo punzada, generalizado, no irradiada, con elevada intensidad, asociado a distensión abdominal, con hábito intestinal (-) y sudoración, no manifiesta aparición de fiebre, nauseas o vómito. Niega disuria, orina turbia, refiere hematuria moderada. Por estos síntomas decide consultar a Hospital Piloto de Jamundí donde encuentran SV 11/80 T° 37.9°C FC: 78 x min. FR: 20 RPM. Al examen abdominal. Distensión, Peristaltismo disminuido, Herida Qx limpia con marcado dolor peritensional.

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

Remiten con Dx: 1. PosQx Cesárea. A) Infección Posqx?. 2. Dolor abdominal. A) Íleo Paralítico. Deciden remitir para valoración y manejo.

(...)

Atn. Personales

Patológicos: 1) Apendicitis perforada con peritonitis (Dx hace 5 años.

2) Hernia Umbilical (Dx hace 5 años).

Qx: 1) Laparotomía x peritonitis (Hace 5 años) HUV

2) Herniorrafia Umbilical (Hace 5 años) HUV

3) Cesárea (27/VI/04)

(...)

E.F.: Paciente sudorosa con... álgida, taquipneica...

ABD/ Distendido, depresible dolor a la palpación generalizado, Blumberg (+). Cicatriz de laparotomía longitudinal en línea media, con cicatriz periumbilical hipertrófica. Herida qx de cesárea limpia sin signos de infección. Peristaltismo disminuido.

Ext/ No edemas, pulsos periféricos presentes, simétricos de adecuada intensidad, llenado capilar < 3 seg, adecuada intensidad.

SNC/ Paciente consiente, alerta, orientada en T. c. y P., sin déficit sensitivo ni motor.

T.V. Cuello permeable

Especuloscopia cérvix sano abierto, se practica extracción de coágulos de sangre no fétidos

IDX: 1) Post Qx cesárea (48 horas)

2) Antecedente de RPM de 24 horas

3) Íleo paralítico

4) Obstrucción intestinal?

Cx: Hospitalizar en Sépticas, exámenes de laboratorio, antibióticos y posteriormente definir conducta.

(...)

Jun 29/04 Ingreso Sépticas

1+30 pm.

Paciente G1P0C1. Jun 27/04 en HSJD por emb. 40 sem + RP. Se obtuvo RN macrosómico. Presentó en el post operatorio inmediato dolor abdominal generalizado, no irradiado asociado a distensión abdominal sin deposiciones hasta hoy; por lo cual consultó negando fiebre, náuseas o vómito tolerando vía oral en centro periférico la encontraron febril con distensión abdominal y peristaltismo con hd. **Qx limpia al ingreso aquí. Paciente persistía febril, taquicárdica y taquipneica con abdomen distendido, doloroso a la palpación y bulmberg (+) + herida Qx limpia.**

Antecedentes (+)

Apendicitis perforada con peritonitis hace 5 años, manejo laparotomía en HUV.

Herniorrafia umbilical hace 5 años Ho en HUV

Luxación anterior izq. Hombro en 2002.

EF: Paciente en cama despierta, hemodinámicamente estable, ... ligeramente...afebril, álgica.

(...)

Abd: globoso distendido, doloroso a la palpación de manera generalizada. No se logra palpar útero. **Herida Qx limpia sin cambios inflamatorios.**

GU: Sangrado vaginal moderado no fétido.

Ext.: Edema GI en Msls. Pulsos distales simétricos, adecuada perfusión distal.

(...)

A/P: Paciente G1C1 en POP inmediato, cesárea hace 48 hrs con cuadro de dolor abdominal asociado a distensión y ausencia de deposición. Afebril, se considera paciente que podría estar cursando con:

1) G1C1

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

2) Post Qx cesárea (48 hrs)

3) Antecedente de RPM > 24 hrs

4) Íleo paralítico

5) Obstrucción intestinal?

Plan: Se realizarán paraclínicos para aclarar Dx y se inicia manejo médico con Ho antibiótico.

Se ordena paso de sonda nasogástrica a drenaje y se obtiene líquido bilioso aprox. 50cc.

P/ comentar con residentes de sala.

4+00 pm Jun 29/04

Nota: Se revisan placas de serie de abdomen encontrándose múltiples niveles hidroaéreos con ausencia de gas distal distensión de asas. Consideramos:

Dx: Obstrucción intestinal

Plan: Se decide valoración urgente por cirugía general.

Como la paciente está oligúrica se realizó manejo con LEV y se decide cambio de antibióticos profilácticos para translocación bacteriana.

29/VI/04 Cirugía – Historia Anotada

21:00

Paciente 2° día POP cesárea con RPM. En el momento abdomen distendido doloroso con irritación peritoneal. Producido bilioso por SNG 300cc. Diuresis con...

Peristaltismo ausente...

A/P. paciente con abdomen agudo quirúrgico. Posiblemente 2° a endometritis. Debe ser llevada a cirugía por ginecología y avisar a cirugía en el intraoperatorio.

VI-29-04

10 pm Nota Pre Qx

(...)

G1C1

POP Cesárea

Paciente quien cursa 2do día POP de cesárea. Actualmente con abdomen distendido con dolor abdominal generalizado... Se considera que la paciente cursa con abdomen agudo.

Cuya etiología sea probablemente obstrucción intestinal. Fue valorada por Qx quien considera que la paciente debe ser llevada a G/O y llamar a Qx en caso necesario.

Dx. G1C1. POP Cesárea. Abdomen Agudo.

Cx. Laparotomía exploratoria.

30/jun/04

9:00. Paciente en POP inmediato de laparotomía ileostomía, drenaje de peritonitis en aceptables condiciones... Gástrica en buen aspecto perfundido con producido escaso verdoso, no secreción abdominal, se decide continuar igual manejo.

VII/1/ Terapia...

9 am. Paciente consiente – sin vía oral – (...) – No vómito. – Ileostomía en doble boca rosada... produciendo liq. Intestinal incuantificable. No tenía dispositivo. Abdomen con malla velcro - ... coloca dispositivo de doble pieza.

1/Julio/04 Qx general

1:00 pm – Paciente que con... en aceptables condiciones. Hay vómito bilioso 400cc. No dolor, no distensión abdominal.

(...)

Abd. Ileostomía producido de 150cc en la mañana de hoy.

Se decide continuar igual... de sonda, lavado y revisión en 24hrs.

2/07/04.

9:00 am. Paciente en 3DPO. Drenaje peritoneal ... intestinal en aceptables condiciones, alerta sin dificultad respiratoria.

(...)

Abd. Blando, no doloroso, con malla de velcro ...Se decide... para revisión y ... de cavidad.

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

3/07/04 Qx general. 9:00 am. En 4DPO revisión y lavado de cavidad. Aceptables condiciones. Ileostomía 1400/24hrs verdoso, sin dificultad respiratoria...

Bad. Blando, ileostomía...

Se continúa igual. Pte nuevo lavado hoy.

4/07/04 Qx general. 7:00. Paciente continúa en aceptables condiciones con producido x ileostomía... sin distensión, afebril, alerta...

Abd. Blando, con malla de velcro... se continúa igual ss electrolitos, pte llevar al...

5/julio/04. Qx general

9:00 am. Paciente con diagnósticos anotados, peritonitis residual, ayer se llevó a revisión y lavado. Continúa con colección residual, no SIRS, afebril, con SNG ... no distensión, no vómito...

Abd. Blando no doloroso, malla velcro, secreción escasa, ileostomía 800cc/24hrs verdoso. Se continúa igual pasando SNG.

6/julio/04 Qx general. 9:00 am. (...) Abd. Blando no doloroso. Ileostomía 500cc... contin. Igual.

7/julio/04. 16:00 h...Abd. Ileostomía producido verdoso 1300cc/24hrs. Evolución adecuado producido de ileostomía.

8/julio/04. 13hrs...Abd. Blando no doloroso ileostomía en buenas condiciones. Continuar igual, nueva revisión en 24 hrs.

9/julio/04. 11 hrs. Paciente que continúa en buenas condiciones. Afebril, sin..., tolerando V.O. ileostomía... producido 2100cc... Abd. Blando, no doloroso, con malla de velcro. Se decide control igual ss electrolitos. Turno revisión, lavado, posible cierre.

Julio 9/ TEO 9 am. Paciente con una... con producido alto x ileostomía 210cc/24h. se inicia protocolo de... Abdomen blando un poco doloroso hacía lado ileostomía - ...abdominal con velcro – ileostomía en doble boca... no pus ni... alrededor de ileostomía. Alto producido. Se cambia dispositivo de doble pieza.

10/julio/04. 11:30 am. Paciente ... continúa en aceptables condiciones... se decide continuar igual. Pte. Traslado y Cx revisión y lavado, posible cierre.

Julio15/04. Infecto adulto.

11+10. "te. Quien es comentada con Infectólogo Dr. Martínez quien considera no iniciar manejo antibiótico... esperar reporte de último cultivo tomado. Julio 14/04.

15/07/04 Qx general

11:45 am. Paciente con diagnósticos anotados en aceptables condiciones que SIRS, no ha iniciado V.O. ileostomía producido alto... Abd. No distendido...

Paciente con infección x A. Boumanni, pero sin SIRS, continua manejo aislado, antibiótico igual. Pte. Reportar nuevos cultivos.

Julio 16/04 Qx general

14:00 hrs. Paciente con cuadro de sepsis abdominal, quien el día de ayer se llevó a revisión y lavado de cavidad con alto producido de ileostomía, que requiere manejo con antidiarreicos producido 1800cc...Abd. Blando, no doloroso... Se decide transfundir 2UdeGRE manejo x TEO y soporte nutricional, pendiente cultivo de abdomen, exámenes de val nutricional.

17/07/04 Qx general.

01:30 am. Paciente con diagnósticos anotados. Infección abdominal x E. Coli y A. Boumanni asintomático sin SIRS, con alto producido por ileostomía 1300cc sin trastorno electrolítico asociado...

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

Abd. Blando no doloroso..., con secreción escasa. Se continúa igual manejo en infectología. No hay aun reporte cultivo... continúa manejo. Pte. Reporte cultivos.

Julio 18/04. TEO

9 am. Paciente afebril, con vía oral, ileostomía 1300 cc/24h con antidiarreicos. Hde abdominal piel cerrada con puntos separados con poco drenaje seroso. Se irriga con solución salina, se deja apósito seco.

19/07/04. Qx general

1:00 pm. En aceptables condiciones, líquido peritoneal sin evidencia de A. Boumanni, E. Coli (+)+ Proteus M. sensible, ileostomía 1200cc/24hrs...Abd blando, no distendido. Se continúa igual manejo, dieta astringente. No requiere tto para A. Boumanni, podría... en sala gral.

20/07/04 Qx general

9:00 am. Paciente que continúa en iguales condiciones, afebril sin SIRS, tolerando V.O.. ileostomía 1200cc/24hrs verdoso amarillento... Abd blando, no doloroso... se inició medicación antidiarreica para producido de ileostomía, se logra objetivo en el momento, solicito electrolitos de control, manejo dietético.

21/07/04 Qx general

9:00 am. Paciente que continúa en aceptables condiciones, afebril, hidratada, sin SIRS, ileostomía 1900cc/24hrs, recibe tto. Antidiarreico... Adn con ileostomía bien perfundido, no distensión.

Se continúa igual, ileostomía que produce producido líquido. Si continúa considero posibilidad de NET que se definirá con grupo de SOP nutricional. Pte. Electrolitos.

22/07/04 Qx general

Paciente con diagnósticos anotados, en aceptables condiciones, refiere síntomas urinarios hace 24 hrs. Tolerando vía ileostomía producido 800... (NO se contabilizó bien)... Abd blando, ileostomía en buenas condiciones, producido amarillento, verdoso.

Se decide continuar igual... con dieta astringente y antidiarreicos, ss urocultivo x sx urinario... o patológicos.

23/07/04 Qx gral.

11:00. Paciente con diagnóstico de sepsis abdominal con A. Boumanni (+) el líquido peritoneal... ayer refirió dolor torácico ... y relacionado con la respiración. No irradiado...

En aceptables condiciones, no dolor... no soplos, pulmones bien ventilados.

Abd blando, no doloroso, ileostomía 1200cc, sana.

Se continúa igual manejo. Pte. Reporte de frotis rectal...

24/07/04 Qx general.

7:00 am. Continúa en iguales condiciones, afebril, sin SIRS, tolerando VO, No deposiciones, ileostomía 1500cc amarillo... Se continúa igual. Pte. Urocultivo. Rx tórax normal.

25/07/04. Qx general

11+30. Paciente que continúa en aceptables condiciones con ileostomía que continúa con producido alto no cuantificado. Abd blando, no doloroso. Electrolitos con... superior, continuar igual. Pte. Frotis para... A. Boumanni.

26/07/04. Qx general

Paciente que continúa en aceptables condiciones, no ha presentado fiebre, tolerando vo. Continúa con producido alto por ileostomía... Abd blando no doloroso, no distendido, sin evidencia de filtración, ileostomía en buena condición... se debe continuar igual manejo.

27/07/04.

9:00 am. En aceptables condiciones, tolerando VO... Abd blando, ileostomía producido... 400cc/24hrs. No distensión.

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

Paciente con producido por ileostomía con gran disminución, no compromiso electrolítico, ni infeccioso tiene frotis A. Boumanni (-), se decide manejo con TEO traslado a sala Qx general.

28/07/04. Qx general

8am. Paciente con diagnósticos anotados, continúa estable, no fiebre, no SIRS, tolerando VO. Deposición por ileostomía en continuidad... abd regular. Se continúa igual, pendiente, traslado a sala Qx... con TEO.

29/07/04. Qx general

Paciente con diagnósticos anotados en buenas condiciones, tolera VO, afebril, sin SIRS, ileostomía 1400cc/24hrs. Abd blando no doloroso. Continúa manejo con soporte nutricional... de control mañana.

30/jul/04. Qx general

17:00 Hrs. Paciente que continúa en buenas condiciones, afebril tolerando... No SIRS... Abd blando, no doloroso, ileostomía... Se inicia dieta con... no cambios, paraclínicos de control hoy.

31-VII-04. Infecto

8:40. Pcte con Dx de sepsis abdominal 2° a... infección por proteus Mirabilis y E. Coli. Tto. Genta/clidamicina 15° días. Buena evolución, afebril...

1/08/04. Qx general

9:00. Paciente que continúa en aceptables condiciones, afebril, tolerando VO, ileostomía produciendo líquido cremoso, amarillo menor cantidad (cambió 1 vez la bolsa). Afebril, sin SIRS, electrolitos de control... Abd blando, no doloroso, Ileostomía de aspecto seco. Se continúa igual, no requiere continuar Tto. Antibiótico 15 días, sin SIRS,... A. boumanni. Se solicita posibilidad de manejo ambulatorio según se considere con grupo de TEO.

2/08/04 Qx general

Paciente que continúa estable en buenas condiciones, tolerando VO con ileostomía produciendo material fecaloide aprox. 500cc/24h, no SIRS... Abd blando, no doloroso, no distendido... Se debe continuar igual. Pte. Definir posibilidad de cierre o manejo ambulatorio con grupo de TEO y nutrición.

Ago/02/04. UDM

15+10. Con HC anotada. Solicitan interconsulta por "depresión". Refiere sentirse "aburrida" por las dificultades económicas que han acompañado su hospitalización, lo cual no ha permitido un adecuado manejo de la ileostomía por no contar con los elementos necesarios "mi familia no me las ha podido traer", manifiesta temor por el manejo de su ileostomía al egreso refiriendo que no se siente preparada, tiene además una complicación puesto que hace 5 años presentó una complicación en el post Qx de una apendicitis + peritonitis. Se queja además de la falta de iniciativa de su familia ante su enfermedad.

Tiene al egreso planes de trabajar nuevamente en la venta de chorizos ante lo cual también manifiesta algunos temores. Se realiza intervención en crisis. Se requiere realizar una reunión familiar con trabajo social para comprometerlos en el cuidado de la paciente.

VIII-3-04. Nota Procedimiento.

Consentimiento previo. Asepsia con yodados. Campo estéril. Infiltración con lidoca... zona a puncionar.

Bajo técnica sedación se punciona v. subclavia derecha... se pasa catéter... No complicaciones. Se ordena Rx control.

3/08/04. Paciente que continúa en iguales condiciones, ileostomía alto gasto... tolerando VO... Abd blando, no doloroso...

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

4/08/04. Qx general

Paciente con diagnósticos anotados. Ileostomía de alto gasto... vómito poca tolerancia de vía oral... patológico, no ha llegado reporte de urocultivo... Abd blando, no doloroso, ileostomía produciendo 700cc aprox. Se continúa igual, pendiente urocultivo a... de NPT.

5/08/04. Qx general

13:00. Paciente que continúa estable, tolera líquidos por VO y TPN, sin fiebre, sin SIRS... Abd blando, ileostomía ... bien perfundida produciendo 500cc... Se continúa igual exámenes control mañana.

6/agosto/04. Qx general

Paciente que continúa estable, en aceptables condiciones tolerando dieta con líquidos astringentes y TPN, sin síntomas urinarios, aunque reporte de urocultivo evidencia inf. E. Coli sensible a TMP... Abd blando, no doloroso, ileostomía produciendo 200cc/24h... Se debe continuar igual, inicio TMP-SMX oral para manejo de IVU.

7/08/04. Qx general

9:00 am. Paciente que continúa en aceptables condiciones, tolerando TPN, sin fiebre, ileostomía alto gasto... no distensión... Abd blando no doloroso, no distendido, ileostomía... perfundido. Se continúa igual manejo con TEO y sop. Nutricional.

9/08/04. Qx general.

9:00 am. Paciente con diagnósticos anotados en buenas condiciones, afebril, tolerando VO con dieta astringente, electrolitos normales... Abd blando, no doloroso, no distendido, ileostomía... Se continúa igual...

10/08/04. Qx general

Paciente con diagnóstico, sepsis abdominal, infección..., en Tto. En aceptables condiciones, afebril, tolerando VO... catéter sin evidencia de infección. Abd blando, ileostomía de buen color, producido 600cc... Se decide continuar igual manejo.

11/08/04. Qx general

Paciente con diagnósticos anotados, quien continúa en buenas condiciones, tolerando VO y TPN, sin síntomas urinarios... Abd blando no doloroso, no distendido, ileostomía en buen estado... adecuado, afebril, sin SIRS. Se decide continuar igual TPN y VO.

13/08/04. Qx general

Paciente que continúa en buenas condiciones, afebril, sin SIRS, tolerando VO y TPN, alerta orientada... Abd no distendido, blando peristáltico, ileostomía sana producido 700cc/24h. Ext. No edemas. Se decide continuar igual manejo con TEO y Sop. Nutricional.

Agosto 13/04. Qx general

7pm. Recibo llamado de infecto para valorar pte conocida por el servicio. Tiene antecedente de Qx 30-06-04 por abdomen agudo POP cesárea realizándose resección intestinal, Íleo + ileostomía... ileostomía con TPN y con cultivo (+) E. Coli, P. Mirabilis en Tto.

Ahora refiriendo desde hace 3 días cefalea frontal tono opresivo, además vómito continuo de material bilioso abundante.

No dolor abdominal

No fiebre

E. Físico: Encuentro pte en regulares condiciones, álgida...

Abd: Con ostomía produciendo MI abundante... hay abundante salida de... no hay dolor a la palpación de abdomen...

Pte. Cursa con cefalea intensa que no < a Tto. Analgésico con dipirona.

Con emesis...

Podría tratarse de cefalea migrañosa?

Se ss valoración neurología aclarar Dx

Ss electrolitos y... de SNG.

Dipirona + plasil

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

Catéter subclavio bien puncionado.

14/08/04. Qx general

9:00 am. Paciente con diagnósticos anotados, quien ha presentado deterioro de su estado general con cefalea, fiebre y vómito no asociado a... ni distensión abdominal... Abd blando, no doloroso, no distendido. Ileostomía en buenas condiciones. Ext. No edemas. Evolución irregular con proceso infeccioso de foco no claro, no hay compromiso en sitios de punción y la orina es de aspecto normal. Ss cultivos, manejo sintomático de fiebre y cefalea.

15/08/04. Qx general

9:00 am. Paciente que refiere persistencia de síntomas. Cefalea y malestar. Sin SIRS, no volvió a presentar fiebre, no vómitos... Abd blando no doloroso. Paciente con síntomas generales inespecíficos, glicemia 385 lo que podría explicar parte de la sintomatología manifestada por la paciente, ya se ordenó... de TPN. Llama la atención ictericia que podría corresponder a proceso colestasico...

16/VIII/04 Infecto

12:00. Paciente con Dx de sepsis abdom. Post Qxco cesárea... refiere disminución considerable de cefalea y mareos. Luce mucho mejor luego de entrevista con... USM aunque no hay nota de ello.

16/08/04. Qx general.

9:00 am. Paciente que ha presentado deterioro en su estado general... febril hace 48hrs. Se realizó curación de catéter y se encontró salida de pus a través de sitio de punción. En el momento polipneica y taquicardica... CH Leucocitos normales pero 6% de bandas... paciente que cursa con infección x catéter con SIRS asociado en riesgo de sepsis ya se ordenaron hemocultivos. Solicito cultivo de punta de catéter y susp. NPT... por nueva punción en otro...

17/08/04.

7:00. Paciente que continúa con disnea inicio súbito y dolor torácico, considero posibilidad de TEP, pendiente val. X med. Interna ante la infección de catéter. Recomendando iniciar vancomicina y tomar cultivo. Inicio anticoagulación x sospecha de TEP y ss gammagrafía V/Q.

Código Azul

17-08-04

8:45 am. Se valora pte. No pulso, respiración agónica. Se intuba, orotraqueal N° 7. Abundante sec. Sanguinolenta... se inicia masaje, adrenalina... "te sale luego de 10 minutos a taquicardia sinusal, pulso carotido (+) PA no perceptible. Se inicia volumen no... se inicia dopamina... inicia respiración espontánea. Se traslada a UCI.

Paciente con antecedente infección – sepsis x catéter, con cuadro de aprox. 4 días con cefalea intensa profusa que no cede al manejo con analgesia + fiebre y compromiso del estado de conciencia con evidencia de vómito.

Dx: 1. Infección del SNC, 2. Sepsis x catéter, 3. Sepsis de cirugía abdominal, 4. Muerte súbita, 5. POP – Laparotomía+ ileostomía.

17/08/04

11:15. La paciente continúa con baja SatO2 – se cambia tubo a tubo No. 8. Se confirma. Continúa desaturada, pero se ausculta ventilación en ACP al ventilarse a presión positiva. no timpanismo. Se coloca catéter venoso central... No complicaciones... buen retorno flujo y reflujo.

17/08/04.

12:20. La paciente continúa con sat. Baja O2. Presenta paro cardiorrespiratorio con ritmo de actividad eléctrica sin pulso. Se realiza maniobra de reanimación avanzada. Se inicia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

adrenalina... atropina... se aspira abundantes secreciones rosadas – edema pulmonar x tubo orotraqueal... se inicia prostafilina hasta lograr iniciar vancomicina. Paciente en estado crítico. Se reporta grave a los familiares.

17/08/04.

20:30... se ha suspendido sedación, permanece con Glasgow 3/11. No tiene R/ al estímulo, no corneal. ACP. Ventilados... Pulso ausente... Pcte actual/ en FOM + Shock séptico con compromiso respiratorio severo. Compromiso hemodinámico...

22:10. Paciente fallece luego de... severo + arritmia..." (Subraya y negrillas son del Despacho).

De la información reseñada, se tiene hasta el momento, que la señora Lida Cristina Arroyo Viveros, para el 27 de junio de 2004 estaba en estado de embarazo con 40.2 semanas de gestación, acudiendo al Hospital San Juan de Dios para iniciar trabajo de parto, casa de salud en la que se diagnosticó macrosomía fetal y RPM (Ruptura Prematura de Membranas), motivo por el cual se decidió adelantar cesárea el mismo 27 de junio, la que se llevó a cabo sin ninguna complicación.

Por tener evolución favorable se decide dar salida a la paciente el 28 de junio de 2004 con recomendaciones y analgesia.

Posteriormente, el 29 de junio de 2004, la señora Arroyo Viveros asiste al Hospital Piloto de Jamundí por presentar dolor abdominal intenso tipo punzada, motivo por el cual es remitida al Hospital Universitario del Valle, donde previa valoración, se diagnóstica obstrucción intestinal con abdomen agudo quirúrgico asociado posiblemente e endometritis.

El 30 de junio de 2004 se realiza por el servicio de cirugía general laparotomía exploratoria con ileostomía con malla de velcro y lavado de cavidad, sin ninguna complicación, quedando hospitalizada en el HUV.

La paciente tuvo una buena evolución de su estado clínico hasta el 14 de agosto de 2004, día en el que presentó deterioro en el estado general de salud, presentando cefalea, fiebre y vómito, evolución irregular con proceso infeccioso por catéter.

El 17 de agosto de 2004 presenta disnea de inicio súbito y dolor en el tórax y posterior a ello se declara código azul por no presentar pulso y respiración agónica, motivo por el cual es intubada, se realiza masaje y se aplica adrenalina, iniciando respiración espontánea por lo que ordena su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos del mismo Hospital Universitario del Valle.

La situación de salud de la señora Arroyo Viveros continuó desmejorando y el mismo 17 de agosto sufre falla multiorgánica shock séptico con compromiso respiratorio severo y compromiso hemodinámico, falleciendo en las instalaciones del HUV esa misma fecha.

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 macrosomía fetal tenemos:

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 utiliza para describir a un recién nacido que es mucho más grande que el promedio. Un bebé al que se le diagnostica macrosomía fetal pesa más de 8 libras con 13 onzas (4000 gramos), independientemente de su edad gestacional. En todo el mundo, cerca del 9 % de los bebés pesan más de 8 libras con 13 onzas (4000 gramos). Los riesgos asociados con la macrosomía fetal aumentan enormemente cuando el peso al nacer es superior a las 9 libras con 15 onzas (4500 gramos). La macrosomía fetal puede complicar el parto vaginal y poner al bebé en riesgo de presentar lesiones durante el nacimiento. La macrosomía fetal también aumenta el riesgo de problemas de salud para el bebé después del nacimiento.”¹⁶

Respecto de la ruptura prematura de membranas (RPM), se tiene:

“...La rotura prematura de membranas (rotura de la bolsa, rotura del saco amniótico o amniorrhexis) se manifiesta como la pérdida del líquido amniótico que rodea al feto en cualquier momento antes de que comience el parto”¹⁷.

En cuanto al parto por cesárea¹⁸:

“...es 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*
- ***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*

¹⁶ <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fetal-macrosomia/symptoms-causes/syc-20372579#:~:text=Descripci%C3%B3n%20general,independientemente%20de%20su%20edad%20gestacional.>

¹⁷ <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/rotura-prematura-de-membranas>

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

- Parto por cesárea anterior

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...” (Se resalta).

La obstrucción intestinal es el:

“Bloqueo parcial o completo del intestino delgado o el intestino grueso que impide que los alimentos, los líquidos, los gases y la materia fecal avancen normalmente a través de los intestinos. Las obstrucciones intestinales pueden obedecer a una torsión del intestino, hernias, inflamación, cicatrices de una cirugía y ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de estómago, de colon y de ovario. También, es posible que se deban a afecciones en los músculos del intestino, como una parálisis. Los signos y síntomas son dolor y distensión del abdomen, estreñimiento, diarrea, vómitos y problemas para expulsar el gas. La mayoría de las obstrucciones intestinales se producen en el intestino delgado. También se llama obstrucción del tubo intestinal.¹⁹”

En lo que respecta al abdomen agudo, la literatura médica ha señalado²⁰:

“...El dolor abdominal es frecuente y a menudo de poca importancia. Un dolor abdominal intenso de aparición súbita (dolor agudo), sin embargo, casi siempre indica un problema importante. El dolor puede ser el único signo que indique la necesidad de una intervención quirúrgica y requiere atención inmediata

Causas del dolor abdominal agudo

El dolor puede surgir por muchas causas, como infección, inflamación, úlceras, perforación o rotura de órganos, contracciones musculares descoordinadas o bloqueadas por una obstrucción, y obstrucción del flujo sanguíneo que impide la irrigación de los órganos.

*Los **trastornos que pueden suponer una muerte inminente del paciente** y que requieren un rápido diagnóstico y cirugía son*

- Rotura de un aneurisma aórtico abdominal
- Perforación estomacal o intestinal
- Obstrucción de la irrigación intestinal (isquemia mesentérica)
- Rotura de trompas en un embarazo ectópico

Otros trastornos graves casi igual de urgentes son:

- **Obstrucción intestinal**
- Apendicitis

¹⁹<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/obstruccion-intestinal>

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

- *Inflamación aguda del páncreas (pancreatitis)*”.

El íleo paralítico se ha denominado como una:

“...Afección por la cual los músculos de los intestinos no permiten que pase la comida; ello tiene como resultado la obstrucción del intestino. La causa del íleo paralítico puede ser una cirugía, inflamación o ciertos medicamentos²¹”.

La laparotomía exploratoria es:

“Es una intervención quirúrgica utilizada con el fin de evaluar el estado de los órganos internos ubicados en el abdomen. La laparotomía exploratoria se lleva a cabo cuando otro tipo de pruebas han sido insuficientes para establecer un diagnóstico. También puede emplearse para hacer una biopsia, reparar y extraer alguna parte dañada de algún órgano o tejido. Al estar contraindicada una laparoscopia diagnóstica se recurre a una laparotomía exploratoria o cuando existen indicios de ciertos padecimientos: - Daño en órganos internos. - Infecciones. - Tumores. - Hernias y quistes. - Oclusión intestinal” y dentro de los riesgos potenciales están: “-Sangrado abdominal. - Infecciones. - Adormecimiento y garganta adolorida...²²”

Sobre la ileostomía, el campo de la medicina ha indicado²³:

“Una ileostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se hace mediante una cirugía. Por lo general, se necesita una ileostomía porque un problema está causando que el íleon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. El extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen. Es posible que una ileostomía solo se necesite por poco tiempo (temporal), tal vez durante 3 a 6 meses, porque esa parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad.”

En ese orden, se indica claramente que la macrosomía se presenta cuando el feto es más grande que el promedio o cuando pesa más de 4000 gramos, independientemente de su edad gestacional, situación que puede generar riesgo de tipo neonatal, esto es, para el bebé y en igual medida, para la madre.

Al ser diagnosticada la macrosomía fetal en este caso, se decidió adelantar el parto a través de cesárea, la que se desarrolló sin complicaciones, motivo por el cual se dio de alta con recomendaciones y analgésicos.

También, se indica claramente que la obstrucción intestinal se da cuando el intestino grueso o delgado se bloquean parcial o totalmente impidiendo que los alimentos, líquidos, gases y materia fecal transiten con normalidad a través de estos, lo que provoca, entre otros síntomas dolor abdominal agudo.

²¹ <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/ileo-paralitico>

²² <https://centromedicoabc.com/procedimientos/laparotomia-exploratoria/>

²³ <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia/que-es-una-ileostomia.html>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

De igual forma, la laparotomía exploratoria es la cirugía por medio de la cual se evalúa el estado de los órganos ubicados en el abdomen la que en este asunto llevó a la realización de una ileostomía en la humanidad de la señora Lida Cristina Arroyo Viveros.

Ahora bien, en relación con los testimonios médicos sobre la atención brindada a la señora Lida Cristina Arroyo Viveros en el Hospital San Juan de Dios, se cuenta con el relato de la ginecobstetra perinatal, Clemencia Corredor Silva, quien manifestó (Folios 715 a 716 del Cdno. 1A.):

“...Es una paciente que ingresa, la paciente se llama Lida Cristina Arroyo, ingresa con diagnóstico de primer gestante, o sea su primer embarazo, embarazo de 40 semanas RPM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS y sospecha de macrosomía (término que se utiliza para fetos con peso fetal estimado de 4000 o más gramos), según la nota de ingreso la paciente estaba en trabajo de parto inicial, el médico de turno la programa para cesárea por tener RPM cérvix no favorable, quiere decir que iba a demorar mucho tiempo en el trabajo de parto y sospecha de macrosomía fetal, según la nota operatoria no hubo ninguna complicación intra operatoria que comprometiera a la madre o al recién nacido, la paciente evoluciona en el pos operatorio normal ambulatoria sin signos clínicos de infección, escaso sangrado vaginal y posteriormente se da salida a la madre con recomendaciones... PREGUNTADO: Sírvase manifestar al despacho en qué consiste sus notas médicas descritas a folio 240 y 255 de la historia clínica de la paciente Lida Cristina Arroyo. CONTESTÓ: En el 240 es la evolución de la paciente, donde dice que está en buenas condiciones generales, álgida quiere decir con dolor y es normal en un pos operatorio, deambula y escaso sangrado vaginal, los signos vitales descritos son normales viéndose normotensa y afebril, se da salida con recomendaciones y analgesia y en el 255 corresponde a las órdenes médicas donde se da salida a la madre con recomendaciones. PREGUNTADO: De acuerdo a su respuesta anterior sírvase manifestar al despacho qué clase de recomendaciones son las que se le brindan a la paciente Lida Cristina Arroyo, en el estadio puesto de presente: CONTESTÓ: Se dan las recomendaciones que se le indican a cualquier paciente pos quirúrgica como los cuidados que debe tener con la herida quirúrgica de desinfección y cambios locales que puede haber a nivel de la herida que indiquen infección, se les da indicación de lactancia y que ante cualquier manifestación de fiebre, sangrado vaginal fétido, dolor de cabeza, vómito o cualquier otra sintomatología deben consultar inmediatamente al servicio de urgencias... PREGUNTADO: Sírvase manifestar al despacho si para el presente caso, de un feto con sospecha de “macrosomía”, se requiere de un procedimiento quirúrgico de cesárea en la paciente. CONTESTÓ: En este caso si era necesario porque el cérvix o cuello del útero no era favorable, la paciente tenía ruptura de membranas y es preferible que el nacimiento ocurra antes de las primeras 24 horas para evitar la infección materna o fetal, en este caso se operó antes de las 24 horas... PREGUNTADO: Sírvase manifestar al despacho de acuerdo a sus anteriores respuestas, si la atención médica asistencial brindada por usted en la sala de partos en el Hospital San Juan de Dios de Cali a la paciente Lida Cristina Arroyo Viveros se ajustó a los protocolos médicos y guías de manejo institucional, al nivel 2 de mediana complejidad, además de ser atenta, idónea, oportuna, diligente, prudente y concienzuda, en caso afirmativo explíquenos brevemente porque. CONTESTÓ: Si se cumplió mi atención fue en sala de puerperio o sea donde están las pacientes que ya han tenido parto o cesárea y como indiqué antes eras una paciente desde el punto de vista clínico normal para su primer día postquirúrgico y por lo tanto se le podía dar salida con las recomendaciones escritas anteriormente... PREGUNTADO: Doctora según su experiencia indíquele al Despacho que es lo indicado clínica y científicamente ante la presencia como en este caso de feto macrosómico. CONTESTÓ: Ante el diagnóstico de macrosomía la gran mayoría de las veces el nacimiento se hace por cesárea para evitar complicaciones en el parto que pueden dañar en forma significativa la salud del recién nacido. PREGUNTADO: Según la historia clínica de esta paciente que ya conoció el bebé que estaba por nacer, era considerado macrosómico. CONTESTÓ: Si, en la nota operatoria aparece un peso igual a 4000 gramos... PREGUNTADO: Según la respuesta anterior podría amablemente decirle al Despacho si el proceso quirúrgico efectuado “cesárea” era el indicado. CONTESTÓ: Si, si lo era. PREGUNTADO: Cuáles eran las complicaciones o riesgos inherentes a cualquier cesárea. CONTESTÓ: Depende del tiempo, podemos tener complicaciones intraoperatorias como la

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

hemorragia o la falta de contractibilidad uterina, en estos casos si el problema no es controlable se debe realizar histerectomía o sea sacar el útero, las complicaciones mediatas postquirúrgicas también consisten en hemorragias por la misma causa y básicamente el procedimiento es el mismo, si no es controlable con medicamento se debe hacer histerectomía y en las complicaciones tardías encontramos ya los procesos de tipo infeccioso que puede ser a nivel de la herida quirúrgica o tipo endometritis que es una infección interna del putero en estos casos el manejo es médico y en ocasiones quirúrgico. PREGUNTADO: Dentro de su conocimiento y experiencia médica el hecho de que una paciente haya presentado en el pos quirúrgico un diagnóstico de íleo paralítico, obstrucción intestinal y antecedente de ruptura prematura de membranas hace 24 horas implica una indebida práctica médica en la realización de la cesárea. CONTESTÓ: Cuando se opera una cesárea con RPM y por coriamnionitis o sea infección en la cavidad amniótica aumenta el riesgo para la paciente que en el pos quirúrgico presente una infección uterina considerable por este motivo es que debemos evitar que ocurra el proceso infeccioso durante el trabajo de parto, es excepcional o diría yo casi imposible que por una cesárea ocurra una obstrucción intestinal, desde el punto de vista técnico las asas intestinales están fuera del segmento uterino que es el sitio donde se realiza la histerectomía o sea el área del útero que se abre para la extracción fetal... PREGUNTADO: De acuerdo con el antecedente que registra la historia clínica de la paciente, esta había padecido 5 años atrás apendicitis perforada con peritonitis que fue necesaria realizar laparotomía, igualmente fue intervenida por herniorrafia umbilical para la misma época. Manifiéstele al despacho qué incidencia o importancia tiene dicho antecedente, con la presencia de adherencias en cavidad abdominal frente a la cesárea y posterior histerectomía frente al riesgo inherente de lesión vecina. CONTESTÓ: Siempre que ocurre un proceso infeccioso intraabdominal como el caso de una peritonitis, por ejemplo por apendicitis la complicación tardía más frecuente es el síndrome adherencial producido por múltiples adherencias que son como tabiques o telitas que se adhieren a cualquier sitio de la cavidad abdominal, pudiendo afectar las asas intestinales, como lo dije antes este síndrome puede comprometer cualquier órgano donde fuera de los intestinos puede estar incluido el útero, vejiga, pared abdominal y el problema mayor sería que presenten un íleo secundario a una obstrucción intestinal por las adherencias...”

En el mismo sentido, el ginecólogo Federico Rivera, (Folios 717 a 718 del Cuaderno 1A) expuso:

“...es una consulta que se hizo el 9 de febrero de 2004 a las 11:40 de la mañana, la paciente venía remitida del Hospital de Jamundí con contracciones y vómito y pérdida de líquido claro por vagina, no refería síntomas de infecciones urinarias ni otra alteración, no fiebre, movimientos fetales positivos, como antecedentes una apendicetomía 5 años atrás y una hernia umbilical 5 años atrás, dentro del interrogatorio no se encontró ningún síntoma anormal... No encontrándose patología correlacionado con el embarazo se pide valoración por el servicio de urgencias, se solicitó además examen parcial de orina, examen de materia fecal y hemograma. La paciente es vista por el servicio de urgencias, es examinada en dicho servicio no encontrándose ningún síntoma de alarma, hacen un diagnóstico de un síndrome gastroentérico parasitismo intestinal, embarazo de 20 semanas, se le da tratamiento para esta condición y salida del hospital, hasta ahí el conocimiento que tengo de la paciente, luego volvió para el paro. Sigue en control en su centro de salud al parecer sin complicaciones. PREGUNTADO: Sírvase manifestar al despacho en qué consiste el diagnóstico de síndrome gastroentérico citado por usted en la anterior respuesta. CONTESTÓ: Se considera como un síndrome gastroentérico síntomas relacionados con diarrea y vómito, cuyas causas pueden ser varias, la paciente en embarazo normalmente puede presentar estos síntomas propios de su embarazo entre ellos vómito y diarrea, puede ser por parásitos, por ingesta a una droga o medicamentos que en este caso no encontrándose ninguna otra anormalidad se pudo considerar como un parasitismo intestinal muy común en estas pacientes... PREGUNTADO: Sírvase manifestar al despacho qué tiempo transcurrió desde su valoración inicial realizada en el servicio de obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Cali a la citada paciente y el procedimiento quirúrgico de cesárea que le fuera realizado en dicha institución posteriormente. CONTESTÓ: La paciente vuelve a consulta veinte semanas después de esta consulta e ingresa por su trabajo de parto y salida de líquido por vagina, se hospitaliza con los diagnósticos de embarazo de 40 semanas ruptura prematura en membrana y sospecha

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 macrosomía fetal con una altura uterina de 37 centímetros, se encontró un feto vivo y salida de líquido por vagina, lo que confirma el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, se hospitaliza y se somete a una prueba de trabajo de parto, la paciente es llevada a cesárea por sospecha de feto grande o macrosomía fetal, feto en buenas condiciones y una cirugía que se practica sin complicaciones... PREGUNTADO: Indíquele al despacho, si para el presente caso y de acuerdo al diagnóstico anteriormente formulado, era inminente la práctica de este procedimiento quirúrgico "cesárea". CONTESTÓ: Sin lugar a dudas es el procedimiento que hay que hacer para evitar problemas en el niño... PREGUNTADO: En respuesta anterior citó usted como antecedentes quirúrgicos de la paciente Lida Cristina Arroyo, "Apendicetomía" hace 5 años, "hernia umbilical" cinco años, adherencias y procedimiento de herniorrafia umbilical, sírvase manifestar al despacho si esos antecedentes quirúrgicos tienen alguna incidencia en procedimientos quirúrgicos posteriores como es el caso de una cesárea. CONTESTÓ: Para la cesárea no tiene ningún riesgo, la razón porque con el crecimiento del útero se rechazan las asas intestinales y el sitio por donde se hace la cesárea no se encuentra nunca un asa intestinal, no tiene nada que ver. PREGUNTADO: Sírvase manifestar al despacho si observa usted a folio 199 y 200 de la historia clínica de la paciente Lida Cristina Arroyo y que corresponde a la nota operatoria de cesárea si la misma evidenció alguna complicación dentro del operatorio. CONTESTÓ: Al revisar la nota operatoria de cesárea no se evidencia ningún dato que implique complicación en el procedimiento, no hay nada que diga que se complicó...PREGUNTADO: Según su experticia indíquele al Despacho que es lo indicado clínica y científicamente ante la presencia, como en este caso, de feto macrosómico. CONTESTÓ: Lo indicado es una cesárea...PREGUNTADO: Cuales son las complicaciones o riesgos inherentes a cualquier cesárea. CONTESTÓ: Complicaciones por la cesárea empiezan desde las complicaciones de la anestesia en el acto operatorio mismo, lesiones de órganos vecinos, infecciones generalmente son las más frecuentes, las más importantes, puede traer problemas al bebé al sacarlo. PREGUNTADO: Dentro de su conocimiento y experiencia médica el hecho de que una paciente haya presentado en el postquirúrgico un diagnóstico de íleo paralítico, obstrucción intestinal y antecedente de ruptura prematura de membranas hace 24 horas implica una indebida práctica médica en la realización de la cesárea. CONTESTÓ: No indica..."

Igualmente, tenemos el testimonio del médico anesthesiologo Santander Blanco Ramos²⁴, quien sobre la atención del parto de la paciente en el Hospital San Juan de Dios, dijo:

"... Lo que recuerdo, lo que me consta es que atendió una paciente en el Hospital San Juan de Dios primigestante, quien entró en trabajo de parto y se le hizo un diagnóstico de macrosomía fetal, creo que tenía ruptura prematura de membranas por lo cual solicitan mi intervención como médico anesthesiologo para realizarle una cirugía de emergencia, ya que había riesgo para el feto, porque creo que no había dilatado no había hecho un trabajo de parto satisfactorio y el feto corría el riesgo de complicaciones, también recuerdo que la paciente tenía antecedentes de una cirugía previa de apendicitis con peritonitis, la paciente durante la intervención estuvo bien sin ninguna complicación, tanto así que fue dada de alta al otro día... PREGUNTADO: Cuénteles al honorable despacho que es lo indicado clínica y científicamente ante la presencia de feto macrosómico y cuál es el riesgo específico que se debe evitar. CONTESTÓ: Lo indicado es realizar una operación cesárea ya que el feto posiblemente no pueda salir por el canal vaginal en el parto, conllevando a un sufrimiento fetal y posiblemente a una muerte fetal... PREGUNTADO: Descríbale al Despacho en qué consisten una cirugía de cesárea y en qué consiste su intervención. CONTESTÓ: La cesárea es una cirugía que tiene por objeto extraer el producto de la gestación o feto en las mejores condiciones posibles ya que por parto natural en ciertas situaciones no es posible, como en este caso al que nos referimos, mi intervención como médico anesthesiologo se limita a administrar la mejor técnica anestésica posible para que la paciente no presente dolor durante la cirugía y se mantenga en las mejores condiciones durante la cirugía al igual que el feto. PREGUNTADO: Cuáles son las complicaciones o riesgos inherentes a cualquier cesárea. CONTESTÓ: Pues como toda puede tener múltiples complicaciones como son la infección,

²⁴ Folios 756 a 757 del 1A

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 ruptura de suturas, eventraciones, hemorragias o sangrado, etc. PREGUNTADO: Durante la intervención que aquí nos ocupa y de lo que usted recuerda se presentó alguna complicación en el desarrollo de la misma, es decir, la cesárea. CONTESTÓ: No recuerdo que se haya presentado ninguna complicación, tanto así con la historia clínica que la paciente se fue de alta en buenas condiciones...”

También, el testimonio del médico cirujano Guillermo Flórez Contreras²⁵:

“... PREGUNTADO: La realización de la cesárea disminuye el riesgo de que el recién nacido presente alguna complicación con base en su antecedente de macrosomía. CONTESTÓ: Sí. PREGUNTADO: Descríbale al Despacho en qué consiste una cirugía de cesárea. CONTESTÓ: La cesárea consiste en la vía quirúrgica para dar parto por vía abdominal a un feto, se realiza una apertura de la pared abdominal y posteriormente una incisión en el segmento del útero que es la parte que más se ha adelgazado con el embarazo y que facilita su extracción, se extrae el feto y posteriormente se hace el reparo de las heridas o incisiones ocasionadas en el útero y en la pared abdominal. PREGUNTADO: Cuales son las complicaciones o riesgos inherentes a cualquier cesárea. CONTESTÓ: Toda cirugía conlleva el riesgo de hemorragia y de infección y pues están incluidas las complicaciones que se relacionan con los órganos que uno manipula durante la intervención, en el útero se puede presentar hemorragia e infección que en útero se conoce como endometritis. PREGUNTADO: De acuerdo con la respuesta anterior cuales son los órganos que se ven comprometidos en una cirugía de cesárea. CONTESTÓ: Primero la pared abdominal y a continuación todos los órganos que están dentro de la cavidad abdominal, pero en orden de frecuencia el primero comprometido porque es el lesionado para realizar el procedimiento es el útero, por su proximidad al mismo la vejiga y con menor frecuencia los intestinos que son separados lateralmente por el útero por su gran volumen al estar con el feto. PREGUNTADO: Desde su experiencia como cirujano y luego de analizar la historia clínica el procedimiento de cesárea aquí realizado estuvo ceñido a la lex artis y a los protocolos médicos establecidos. CONTESTÓ: Al revisar la nota operatoria a folio 152 que es una preforma no se reporta ningún tipo de incidente ni complicación y se realizó el procedimiento de acuerdo a los parámetros establecidos... PREGUNTADO: De acuerdo con la historia clínica que obra en el proceso a folio NO. 12 aparece la hoja de epicrisis, de acuerdo con la hoja de epicrisis sírvase manifestarle al despacho cuales fueron las condiciones clínico patológicas por las cuales la hoy occisa Lida Cristina Arroyo ingresó al HUV. CONTESTÓ: a ella se le celebró una cesárea el 27 de junio de 2004 e ingresa 2 días después al HUV con un cuadro clínico de abdomen agudo que obligó a llevarla a cirugía de urgencia. PREGUNTADO: De acuerdo con la respuesta a la pregunta anterior sírvase indicarle al Despacho cuales son las posibles causas de un abdomen agudo. CONTESTÓ: Refiriéndome a la paciente específicamente que es un pos quirúrgico que es una cesárea se pudiera pensar primero en una hemorragia a partir de cualquiera de los órganos involucrados en la misma, un proceso infeccioso originado en primer lugar a partir del útero y en segundo lugar de la vejiga, como por ejemplo una ruptura de la misma o compromiso de los órganos intestinales ya sea por una obstrucción de tipo mecánico que sería por la presencia de una brida teniendo en cuenta los antecedentes previos de 5 años antes de una peritonitis y la posibilidad de lesiones intestinales como perforaciones ya sea secundarios a procesos isquémicos o de bajo flujo luego de la cirugía por desgarros de la pared del intestino. PREGUNTADO: a folio 15 del expediente aparece la nota quirúrgica de los procedimientos quirúrgicos realizados a la occisa Lida Arroyo, de acuerdo a la historia clínica que se pone de presente sírvase indicarle al despacho cuales fueron los procedimientos quirúrgicos realizados a dicha paciente. CONTESTÓ: no está bien descrita la nota, pero lo que se hizo una laparotomía con drenaje de peritonitis, una recesión intestinal de la parte comprometida con tres perforaciones, se hizo una liberación de bridas y adherencias para facilitar la realización adecuada de la cirugía y la colocación de un dispositivo plástico para facilitar el manejo de una técnica quirúrgica que se usa en el tratamiento de los pacientes con peritonitis. PREGUNTADO: de acuerdo con el mismo folio 15 sírvase indicarle al despacho con fundamento en la nota quirúrgica cuales fueron los hallazgos quirúrgicos encontrados en la paciente. CONTESTÓ: el cirujano describe que

²⁵ Folios 758 a 759 y 763 a 764 del Cuaderno 1A

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

cuando lo llaman encuentra un paciente que tiene el abdomen ya abierto, habían iniciado la cirugía los ginecólogos, se aprecian múltiples bridas, un segmento del intestino que corresponde al íleon que es la parte distal del intestino delgado, tenía tres orificios por donde salía contenido intestinal, la paciente en ese momento se encontraba en choque y en el abdomen había una contaminación severa de contenido intestinal y abundantes membranas fibrinopurulentas en total 200cm. PREGUNTADO: Sírvese indicarle al despacho cual es la indicación para que en un mismo procedimiento quirúrgico intervengan dos especialidades, ginecología y cirugía general. CONTESTÓ: En el caso de esta paciente uno debe asumir que se ha desarrollado una complicación abdominal, ésta en principio tiene que ver con la especialidad que inicialmente la intervino por eso después de una cesárea y una posible complicación primero intervienen los ginecólogos, con los hallazgos encontrados en la cirugía el ginecólogo o el obstetra no tienen la experticia para el tratamiento de lo hallado y por eso se recurrió a la intervención de cirugía general... PREGUNTADO: Sírvese indicarle al despacho teniendo en cuenta las condiciones clínico patológico los hallazgos quirúrgicos, los procedimientos realizados y las complicaciones presentes en la paciente, como considera usted la atención y manejo médico brindado por el equipo médico del Hospital Universitario del Valle Evaristo García. CONTESTÓ: Es una paciente que como llegó, la probabilidad de muerte en sus primeras 24 horas después de la cirugía era mayor del 50% con los cuidados que se le prestaron en la institución la paciente logró sobrevivir durante más de un mes e intentándosele resolver múltiples complicaciones pues asociadas a lo que se encontró en la intervención inicial, primero el control de la peritonitis con varias intervenciones y el manejo de terapia enterostomal casi que se controló, adicionalmente por el comportamiento de la ileostomía la paciente presentó desequilibrios en el manejo de los iones y de su nutrición por pérdidas exageradas que fueron adecuadamente tratadas, al final la paciente presentó un cuadro de ictericia que no se pudo aclarar si era secundario a un nuevo brote séptico o complicaciones de la nutrición dada a través de las venas, hace paro cardíaco súbito y fallece. Creo que la atención brindada en el hospital fue óptima. PREGUNTADO: de acuerdo con la historia clínica que se le pone de presente y en el caso de la paciente Lida Arroyo sírvase indicarle al despacho porque fue necesaria la intervención del equipo de terapia enterostomal. CONTESTÓ: el equipo de terapia enterostomal y soporte nutricional del hospital es la encargada del tratamiento de pacientes tan complejos como esta para el manejo óptimo de la herida que en este paciente era un abdomen abierto, el manejo adecuado de la ileostomía que es la derivación del contenido intestinal a través de la piel que es para evitar la contaminación de la cavidad abdominal y perpetuación de la peritonitis y además garantizar que los pacientes se mantengan nutricionalmente bien... PREGUNTADO: Sírvese manifestar al despacho cuales son los riesgos inherentes que se pueden presentar en una intervención quirúrgica de abdomen en el que anteriormente han intervenido a causa de una apendicitis perforada con peritonitis y una intervención por herniorrafia umbilical. CONTESTÓ: es para aclarar sobre algo que no había dicho, las cirugías previas en la cavidad abdominal condicionan la posibilidad con mayor frecuencia de lesiones en los órganos abdominales por la presencia del proceso de cicatrización que generan bridas y adherencias entonces hay mayor probabilidad de riesgo al hacer el abordaje por la misma incisión de producir lesiones en el intestino o en la vejiga... PREGUNTADO: Sírvese manifestar al despacho qué implicaciones tiene el hecho de no habersele practicado "necropsia" a la paciente Lida Cristina Arroyo Viveros. CONTESTÓ: el cuadro clínico de su deceso no es claro a pesar de que habían complicaciones y la autopsia en definitiva confirmaría la causa clara de su muerte, al no realizarse en esta se realiza aproximaciones diagnósticas... PREGUNTADO: de acuerdo a la hoja médica de "epicrisis del HUV" suscrita a folio 288 frente sírvase manifestar al despacho cual fue el diagnóstico inicial o pre quirúrgico de la paciente Lida Cristina Arroyo y cual su diagnóstico de egreso. Pongo de presente el folio. CONTESTÓ: el diagnóstico de ingreso es posquirúrgico de cesárea con 1. íleo posquirúrgico paralítico 2. Obstrucción intestinal 3. Abdomen agudo, el diagnóstico de egreso colocan los mismos diagnósticos. PREGUNTADO: de acuerdo con su anterior respuesta manifieste al despacho qué significa el término médico "íleo paralítico". CONTESTÓ: el íleo paralítico es una entidad donde el intestino delgado, grueso y el estómago paralizan su actividad peristáltica (movimientos propulsores del contenido de su interior en sentido distal), en respuesta a diferentes causas generalmente se presenta luego de su manipulación en cirugía o por procesos infecciosos en el abdomen. PREGUNTADO: sírvase manifestar al despacho si a través de una incisión transversa realizada en un procedimiento de cesárea, hay opción de lesionar asas intestinales.

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

CONTESTÓ: Si. PREGUNTADO: *Sírvase manifestar al despacho qué concepto le merece a usted como profesional de la salud y de acuerdo a sus respuestas brindadas la descripción del hecho octavo de la demanda, que textualmente refiere: “desafortunadamente para la medicina, la paciente citada no supera el agudo estado de infección provocada por la perforación del intestino, realizada en el procedimiento quirúrgico previo de la cesárea, dando lugar a su muerte. A propósito del cuadro abdominal secundario a peritonitis aguda. Suceso ocurrido el 17 de agosto de 2004”.* CONTESTÓ: *en la historia clínica de la paciente es evidente que se le realizó una cesárea y que posteriormente evolucionó en forma irregular en la intervención quirúrgica que se le realizó dos días después se identificaron unas perforaciones intestinales con peritonitis secundaria en las cuales no es claro cuál fue su etiología (es origen), la paciente permaneció por más de un mes en tratamiento inicial desde su peritonitis, presentó diferentes complicaciones secundarias al tratamiento quirúrgico que necesitó y al final fallece al parecer por la instauración de un nuevo proceso infeccioso o un posible tromboembolismo pulmonar secundario al reposo prologado...* PREGUNTADO: *dígale al despacho una vez practicada la cesárea como se asegura usted como médico de que no se causó ningún daño con el procedimiento quirúrgico.* CONTESTÓ: *mi especialidad es cirugía general, trauma y emergencias y hace muchos años no realizo cesáreas, pero en esta cirugía el contenido intestinal está completamente rechazado en condiciones normales por el útero en sentido superior y a los lados, no es de rutina por los ginecólogos obstetras la realización de una revisión sistemática del contenido abdominal como se hace cuando los cirujanos realizamos una laparotomía exploratoria. En la cesárea la revisión sistemática del contenido abdominal no es la norma...* PREGUNTADO: *el antecedente de haber tenido la paciente Lida Cristina Arroyo una peritonitis por una apendicitis cinco años atrás, podría hacer pensar en otra posibilidad de diagnóstico, una vez que la paciente fue operada 48 horas antes por una cesárea, o no se consideró ninguna otra posibilidad.* CONTESTÓ: *el cuadro clínico con que ingresó la paciente al HUV indicaba un abdomen agudo y la primera posibilidad ante una intervención de tipo obstétrico dos días antes era una complicación inherente al procedimiento realizado que involucraba la parte del útero y sus anexos, por eso se consideró que la intervención debía ser realizada por el servicio de ginecología y obstetricia, cuando se realizó se identificó un tipo de lesión diferente que amerita el tratamiento por una especialidad diferente que es cirugía general quienes se encargaron del tratamiento posterior...”*

La médico ginecóloga Mónica Cecilia Acosta Álvarez, quien atendió a la paciente en el Hospital San Juan de Dios, rindió su testimonio ante el Despacho del cual se destaca (Folio 784 del Cdno. 1A):

“...La paciente fue valorada el 27 de junio de 2004, a las 3:20 am a la señora Lida Cristina Arroyo, de 30 años de edad, ingresó al Hospital San Juan de Dios remitida por ruptura prematura de membranas ovulares, es una paciente primigestante, con embarazo de 40 semanas más dos días que consultó por salida de líquidos por vagina a las 12:30 am, como antecedente importante, tenía dos cirugías, una apendicetomía y una herniorrafia, al examen físico se encontró una altura uterina de 37 centímetros con un feto vivo con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto con una dilatación de 4 centímetros, un borramiento del 80% y estación menos 2 con membranas rotas con una pelvis adecuada, se hizo la impresión diagnóstica de G1P0, embarazo de 40+2, ruptura prematura de membranas ovulares, sospecha de macrosomía y se le dio prueba de trabajo de parto, creo que esa es toda la atención que yo le hice a la paciente...” PREGUNTADO: *Indíquele al despacho, si observa usted en la nota operatoria de cesárea si se presentó algún tipo de complicación durante dicho procedimiento, en caso afirmativo, cual.* CONTESTÓ: *La nota operatoria aparece como una cesárea normal y no es reportada ninguna complicación...* PREGUNTADO: *De acuerdo a sus anteriores respuestas, sírvase manifestarle al Despacho, si la atención médica asistencial, brindada por el servicio de ginecobstetricia del Hospital San Juan de Dios de Cali a la paciente Lida Cristina Arroyo, fue atento, idóneo, permanente, diligente, prudente, de acuerdo a los protocolos médicos y guías de manejo institucional, en caso afirmativo, explíquenos brevemente porqué.* CONTESTÓ: *A la paciente se le brindó la atención adecuada, idónea, de acuerdo a los protocolos de manejo institucionales y de la sociedad científica de ginecología, se le hizo una atención oportuna, se dio prueba de trabajo de parto que es lo indicado, se llevó a un proceso quirúrgico, que era necesario, para lograr*

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

un feliz término del embarazo de la paciente y el recién nacido, durante la hospitalización después de la cirugía, la paciente y el recién nacido egresaron sin ninguna complicación...”.

Igualmente, el ginecobstetra Juan Pablo Benavides Calvache, en su relato, señaló Folios 796 a 797 de cdno. 1A):

*“...En el caso presente, se trata de un embarazo a término de 40 semanas de gestación con una sospecha clínica de macrosomía fetal y ruptura de membranas, esto genera una indicación médica de practicar una cesárea, teniendo en cuenta que tener una parto vaginal en este caso aumentaría el riesgo de complicaciones maternas y del recién nacido, principalmente, relacionadas en la madre con trauma obstétrico vaginal, complicaciones hemorrágicas, desgarros perineales que pueden comprometer hasta el recto, complicaciones o riesgo de infección puerperal. Y en relación al bebé, las complicaciones relacionadas con retención de hombro, lesiones neurológicas como es el caso de la parálisis de ERB, fractura de clavícula, trauma de tejidos en el recién nacido y hasta la muerte del mismo en relación al parto... PREGUNTADO: De acuerdo a la historia clínica, podría decirnos cuales fueron las complicaciones postquirúrgicas inherentes a la intervención de la cesárea practicada manifestadas en la paciente Lida Arroyo. CONTESTÓ: Complicaciones inmediatas?. Según se describe en la historia clínica, la cesárea practicada no presenta complicaciones técnicas ni tampoco en el postoperatorio inmediato. PREGUNTADO: Indíquele al Despacho, si el hecho de que la paciente haya presentado en el postquirúrgico un diagnóstico de íleo paralítico, obstrucción intestinal y antecedente de ruptura prematura de membranas, implica indebida práctica médico-científica en la realización de la intervención. CONTESTÓ: No tendría relación con la práctica de una cesárea la cual se describe en la historia clínica: sin complicaciones médicas... PREGUNTADO: Sírvase indicarle al Despacho, cuales son las posibles causas de un íleo paralítico. CONTESTÓ: Existen causas mecánicas relacionadas con la manipulación de las estructuras o viseras intraabdominales, las cuales en respuesta a este proceso generan una disminución o parálisis en su movilidad (peristaltismo intestinal). Existen causas de tipo metabólico en relación a un desequilibrio hidroelectrolítico, se puede observar también con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes quirúrgicos previos (cualquier tipo de intervención quirúrgica abdominal o pélvica). PREGUNTADO: De acuerdo a la respuesta a la pregunta anterior, sírvase indicarle al Despacho, si un íleo paralítico puede considerarse o se espera que se presente en un paciente con antecedentes quirúrgicos abdominales. CONTESTÓ: Como mencioné anteriormente, todos los pacientes que sean intervenidos quirúrgicamente presentan un riesgo de complicaciones, en este caso de íleo paralítico, y aun más se estima un riesgo más alto en aquellas personas que tienen antecedentes quirúrgicos mayores previos, en este caso de adherencias explicadas por un proceso de peritonitis previo... PREGUNTADO: Sírvase indicarle al Despacho si un abdomen agudo y un íleo paralítico, hace parte de los posibles riesgos inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico abdominal. CONTESTÓ: Todo tipo de intervención quirúrgica es susceptible a complicaciones médicas, no siendo la excepción la presencia de un íleo y por ende de un abdomen agudo... PREGUNTADO: Cree usted que un paciente con bridas y adherencias se debe tener por más tiempo en observación después de una cirugía y no darle salida de inmediato. CONTESTÓ: Creo que el tiempo que deba permanecer hospitalizada una persona después de cirugía, depende del resultado satisfactorio o negativo de la misma, independiente o no de que tenga bridas o adherencias, lo que determina la conducta es el no presentar complicaciones que generen mayor riesgo sobre la paciente. PREGUNTADO: Dígame al Despacho, si usted como médico ginecólogo, se encuentra con un paciente con antecedentes de peritonitis cinco años atrás, y esto ha provocado en el mismo bridas y adherencias, usted como ginecobstetra práctica la cesárea y deja en evidencia la nota de cirugía de los hallazgos quirúrgicos. CONTESTÓ: Como mencioné anteriormente depende de las limitaciones, dificultad técnica y del grado de severidad del síndrome adherencial secundario... PREGUNTADO: Indíquele al Despacho, si el hecho de no haberse realizado el protocolo de necropsia a la paciente Lida Cristina Arroyo Viveros, se puede determinar a ciencia cierta cual fue el origen y/o causas de su deceso. CONTESTÓ: **Revisando la historia clínica de la paciente, se puede presumir con alta probabilidad de certeza la posible causa de deceso de la paciente, en este caso se trata de una falla orgánica multisistémica secundario a un proceso séptico intrabdominal secundario a complicaciones intestinales (perforación).** PREGUNTADO: De acuerdo a su anterior*

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 podría usted indicarle al Despacho, entonces cual pudo haber sido la causa u origen de dicha perforación. CONTESTÓ: Es difícil determinar con exactitud dicha complicación, en el contexto de la historia clínica de la paciente se tendría como factor de riesgo el antecedente prequirúrgico de un síndrome adherencial por apendicitis aguda perforada complicada con peritonitis cinco años atrás...". (Subraya y negrilla del Juzgado).

En este estado se hace imperioso citar apartes de la experticia rendida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el que se consignó (Folios 484 a 852 Cdno. 1A.):

"(...)

6. RESUMEN DEL CASO

Se trata de Lida Cristina, una mujer en la cuarta década de la vida, con antecedentes personales de fecha de última menstruación confiable el 16 de septiembre de 2003, primigestante, apendicetomía con posterior peritonitis que requirió de laparotomía y herniorrafia umbilical en 1999. Fue atendida en el Hospital San Juan de Dios de Cali el 27 de junio de 2004 a las 03:40 am, con 40 semanas de gestación, por salida de líquido por vagina desde las 12:30 horas de dicho día, describieron al examen médico tacto vaginal con Dilatación de 4, BTO de 80, Estación de -2 y evidencia de Membranas rotas, la hospitalizaron con diagnóstico de G1P0, Embarazo de 40 semanas más 2, RPMO y Sospecha de Macrosomía. A las 07 de la mañana del 27 de junio de 2004 fue valorada por el Doctor Jorge E. Valencia, Ginecobstetra, quien documentó cérvix permeable a 1 dedo y RPM, con cérvix no favorable indicó operación cesárea. Se llevó a cesárea el 27 de junio de 2004 a las 12:30 horas con diagnósticos de RPM y Macrosomía, obtuvieron recién nacida femenina de 4000 gramos, en nota quirúrgica no describieron algún tipo de complicación y dieron de alta a la señora Lida Cristina el 28 de junio de 2004, en nota de salida, sin firma ni sello, describieron que la señora Lida Cristina se encontraba en buenas condiciones generales, con dolor y deambulando.

Consultó nuevamente a entidad de salud el 29 de junio de 2004 en hospital periférico por dolor abdominal, asociado a distensión abdominal y hábito intestinal ausente que inició, según refirió la paciente, desde el postoperatorio, la remitieron e ingresó al Hospital Universitario del Valle el 29 de junio de 2004 a las 09:30 am, donde encontraron en el servicio de Ginecología y Obstetricia paciente con tensión arterial de 115/70, Frecuencia Cardíaca de 113 y respiratoria de 32, con temperatura de 37.5°C, abdomen distendido con dolor generalizado a la palpación, signo de Blumberg presente, herida quirúrgica limpia, la hospitalizaron con sospecha diagnóstica de íleo parálisis e interrogaron obstrucción intestinal, ordenaron antibióticos y tomaron radiografías de abdomen, donde encontraron múltiples niveles hidroaéreos con ausencia de gas distal y distensión de asas considerable, con lo que diagnosticaron por el servicio de Ginecología y Obstetricia (Paola A. Otero (I), Sara Ma. Lozada (I), Dra. Cataño – Melo (R)) Obstrucción intestinal, modificaron el manejo antibiótico y solicitaron valoración por Cirugía General. Fue llevada a cirugía el 30 de junio de 2004 donde encontraron peritonitis generalizada, síndrome adherencia severo, encontraron tres perforaciones en intestino delgado -íleon- a 1.4 mts del ángulo de Treitz, realizaron laparotomía, liberación de adherencias, lavado de peritonitis, resecaron 30 cm de intestino delgado donde estaban contenidas las perforaciones, lavaron la cavidad con SSN, realizaron ileostomía en flanco derecho y colocaron malla de velcro en abdomen, con órdenes postquirúrgicas de antibiótico (Clindamicina/Gentamicina) y anticoagulación con Heparina. El 04 y el 14 de julio de 2004 volvieron a intervenir a la paciente Lida Cristina para realizar lavado de cavidad abdominal, los reportes de cultivos de secreción reportaron infección por E. Coli y Proteus Mirabilis, Acinetobacter Baumanni, para este último no indicaron tratamiento específico por no presencia de SIRS, con evolución lenta a la mejoría el 01 de agosto suspendieron antibióticos y Heparina subcutánea, con paciente deambulante. Por requerimiento nutricionales el 03 de agosto toman la decisión de iniciar TPN e instalan catéter venoso central subclavio derecho. el 06 de agosto de 2004 con reporte de urocultivo positivo para E. Coli sensible, iniciaron antibiótico, Trimetropin Sulfametoxazol. El 13 de agosto 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

2004 se reportó que presentaba 3 días de Cefalea frontal, vómito continuo de material bilioso abundante, sin dolor abdominal, o fiebre, con regulares condiciones, consideraron la posibilidad de cefalea migrañosa, iniciaron manejo sintomático y solicitaron valoración por Neurología, posteriormente desarrolló fiebre y el 16 de agosto de 2004 documentaron salida de pus por sitio de catéter venoso central, el cual retiraron y cultivaron. **El 17 de agosto de 2004 a las 07:00 horas presentó disnea súbita y dolor torácico, consideraron como posibilidad el curso de TEP, iniciaron anticoagulación y ordenaron exámenes, posteriormente a las 08:45 horas presentó paro cardiorrespiratorio que requirió de maniobras avanzadas de reanimación, con recuperación a los 10 minutos y posterior inicio de Dopamina, ordenaron Prostaflina por falta de Vancomicina, traslada a UCI donde persistió con baja saturación de oxígeno, y presentó nuevo paro cardiorrespiratorio a las 12:20 horas, con pobre respuesta neurológica, se declaró fallecida a las 22:10 del 17/08/2004. Los últimos diagnósticos en UCI registrados en historia clínica aportada, fueron: Infección del SNC, Sepsis por catéter, Sepsis de origen abdominal, Muerte súbita, Postoperatorio de laparotomía más ileostomía.**

7. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR

A determinar por Especialista en Ginecología y Obstetricia Interconsultada, Doctora Ana María Londoño Zapata.

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A determinar por Especialista en Ginecología y Obstetricia Interconsultada, Doctora Ana María Londoño Zapata.

9. CONCLUSIÓN

A determinar por Especialista en Ginecología y Obstetricia Interconsultada, Doctora Ana María Londoño Zapata.

10. RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

A determinar por Especialista en Ginecología y Obstetricia Interconsultada, Doctora Ana María Londoño Zapata.

11. COMENTARIOS

(...)

Si la atención prestada en el Hospital Universitario del Valle genera AUN alguna duda en la autoridad encargada del caso, se recomienda solicitar concepto por especialista en Cirugía General, así como figura en Diligencia de recepción de testimonio No. 95 del 25/04/2014 y No. 102 del 12/05/2014, todas las veces que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no cuenta en su planta de personal con dicho especialista, lo cual puede ser solicitado a Centros Hospitalarios y/o Universitarios Públicos o Privados, que presten este servicio o Sociedades Científicas en el área.

Otros a determinar por Especialista en Ginecología y Obstetricia Interconsultada, Doctora Ana María Londoño Zapata.

Se envía a la ciudad de Armenia, Regional Quindío, documentación aportada (312 folios), para análisis en interconsulta por Ginecología y Obstetricia". (Subraya y negrilla fuera del texto original).

Posteriormente, mediante informe pericial del clínica forense del 16 de diciembre de 2019, emanado del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Unidad Básica Armenia, se emitió concepto especializado de ginecobstetricia, mediante el cual

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

se absolvieron los cuestionamientos planteados por los demandados Hospital San Juan de Dios y Jorge Eliecer Valencia Restrepo así (Folios 887 a 889 cdno 1A.).

“(…)

CUESTIONARIO PLANTEADO POR LA AUTORIDAD

1. Que digan los peritos médicos si la medicina en estado actual de evolución científica puede considerarse como una ciencia exacta, y en consecuencia el médico tratante debe garantizar los resultados exitosos de los procedimientos y tratamientos que inicia en una paciente, o si por el contrario existen límites endógenos del ser humano, que la medicina no puede reestablecer ni recuperar.

R/ Las ciencias exactas son las disciplinas que se basan en la observación y experimentación para crear conocimientos cuyos contenidos pueden sistematizarse a partir del **lenguaje matemático**. La precisión y la rigurosidad son dos de las principales características de las ciencias exactas, una rama donde se emplea el método científico más exacto para comprobar hipótesis. Estas ciencias buscan la irrefutabilidad de sus postulados valiéndose de predicciones **cuantificables y objetivas**. Por lo anterior, la medicina **NO** hace parte de dichas ciencias. La ciencia médica es inexacta porque en ella existe el factor de reacción biológica de cada enfermo, que es imprevisible a normas previas y establecidas; la medicina es infinitamente variable.

2. Que digan los peritos médicos si a la hoy extinta se le brindó un manejo adecuado y diligente, de acuerdo a los datos adquiridos por la ciencia, en su estado actual de evolución, y de acuerdo a la atención médica que debe brindar un nivel II de complejidad como lo es el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-Cali, por parte del cuerpo médico-asistencial adscrito al servicio Gineco-obstetricia, lo anterior durante su operatorio y postoperatorio, adicionalmente, si se le realizaron los procedimientos y tratamientos a que daba lugar su diagnóstico inicialmente formulado.

R/ Haré referencia a la atención brindada en el Hospital San Juan de Dios los días 27 y 28/jun/2004 ante una primigestante con diagnósticos de embarazo de 40 semanas 2 días, ruptura prematura de membranas (de 12 horas al momento de la cesárea) y sospecha de macrosomía fetal (confirmada con el peso al nacer de 4000 gramos), ante la presencia de un cuello uterino de características inmaduras o desfavorables para un parto vaginal. **Teniendo en cuenta lo anterior, como ha sido manifestado por otros ginecobstetras dentro de la investigación y acorde con lo anotado por el médico forense José Hernando Valdivieso Bolaños en su informe pericial No. 2007C-06040501132, la cesárea de la señora Arroyo Viveros estaba indicada y, dadas las características de la gestante, el procedimiento debía llevarse a cabo en una institución de mediano nivel de complejidad (II nivel).** Pese a que se cuenta con una sola nota médica (ya que se registra en formato de historia clínica y evolución, a pesar de que no tiene firma ni sello) del postoperatorio que no registra un examen físico completo que permita verificar el estado del abdomen de la puerpera al momento del alta hospitalaria, informa signos vitales normales y se encuentran múltiples notas de enfermería durante su estancia en la institución que dan cuenta de la evolución usual o esperada para una paciente en postoperatorio de cesárea sin complicaciones. **En ausencia de complicaciones, la puerpera puede ser dada de alta dentro de las primeras 48 horas del postparto, según la norma técnica para la atención del parto de Ministerio de Salud – Colombia, vigente para la fecha de los hechos. En el caso que nos ocupa, abandonó la institución alrededor de 31 horas después de la cesárea.**

3. Que digan los peritos médicos si el deceso de la paciente que se produjo ocho (8) semanas más tarde de que fuera dada de alta por el servicio de ginecobstetricia del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CALI, se produjo o derivó de los actos médicos realizados por parte del cuerpo médico-asistencial del citado servicio, o si por el contrario se salvaguardó la vida de la paciente, junto a la recién nacida, durante su hospitalización, teniendo en cuenta que no se tienen datos acerca de las circunstancias de modo y lugar de los hechos mortuorios.

R/ En concordancia con lo referido por el médico forense José Hernando Valdivieso Bolaños en su informe pericial No. 2007C-06040501132, no se registraron complicaciones durante el procedimiento de cesárea. A su ingreso el 26/jun/2004 al Hospital Universitario del Valle, a donde consultó por distensión y dolor abdominal generalizado, y ausencia de deposiciones, hubo evidencia radiográfica de obstrucción intestinal. **Al respecto, desde 1940 hubo un aumento brusco de la incidencia de obstrucción intestinal en el embarazo y puerperio que paso de un caso por 68000 partos, a uno por 2500-3000 partos. Este cambio 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

atribuye casi exclusivamente al aumento en la frecuencia de laparotomías en mujeres jóvenes, que las predispone a adherencias peritoneales. Por ello, la obstrucción intestinal sigue siendo una complicación frecuente durante el embarazo y el factor predisponente en 60% de casos es la presencia de adherencias postquirúrgicas. Se ha descrito una marcada asociación entre primíparas y antecedente de apendicetomía, y el 80% de casos de obstrucción por adherencias tiene lugar durante el primer embarazo. Hay tres momentos importantes en la cronología del embarazo: 1. En el cuarto o quinto mes cuando el útero pasa de ser un órgano pélvico a abdominal y produce tracción sobre las adherencias. 2. Entre el octavo y noveno mes cuando la cabeza fetal desciende a la pelvis. 3. Durante el puerperio, momento en que la disminución del tamaño uterino altera la relación de las adherencias que envuelven los intestinos, favoreciendo la introducción de las asas intestinales a través de los orificios peritoneales formados por las adherencias. Hay acuerdo en que la obstrucción intestinal aguda es menos frecuente en el primer trimestre (Tomado de: Patología quirúrgica y gestación. Capítulo 13. Texto operatoria obstétrica, una visión actual. Editorial médica panamericana, año 2009). Los cambios microvasculares que ocurren en el intestino obstruido pueden resultar en pérdida de la integridad de la mucosa y translocación de bacterias a la sangre, llevando al desarrollo de respuesta inflamatoria sistémica (fiebre, taquicardia, taquipnea, etc.). la congestión venosa compromete el flujo arterial en el lecho capilar, lo que resulta es isquemia (infarto) intestinal que puede finalmente llevar a necrosis y perforación intestinal (Tomado de: Intestinal Obstruction. Intestinal Surgery 35:3, 157-164, 2016). **De esta manera se puede explicar la obstrucción y perforación intestinales halladas en la señora Arroyo Viveros.**

Tomando como base lo registrado en la historia clínica y lo informado por la literatura. **NO hay evidencia de que las perforaciones intestinales halladas en la señora Arroyo Viveros hayan tenido origen en iatrogenia durante la cesárea.**

4. Que digan los peritos médicos en qué consiste el diagnóstico de MACROSOMÍA, por qué se genera y cuales son sus consecuencias, del mismo modo si este puede influir en el estado de salud de la madre, mientras se padece.

R/ La macrosomía se define como el excesivo crecimiento del feto; implica un peso igual o mayor a 4000-4500 gramos, independientemente de la edad gestacional. Tiene causas heredofamiliares (mujeres altas y obesas), nutricionales o metabólicas (diabetes materna), genéticas, o hidropesía fetal. El feto macrosómico puede causar distocia (parto difícil) en el estrecho superior de la pelvis al no permitir el descenso y el encajamiento, o en el estrecho inferior dando origen a la distocia de hombros, es decir, nace la cabeza y los hombros quedan atascados en la pelvis materna. Las consecuencias de tener un feto macrosómico son: la necesidad de cesárea debido a la desproporción cefalopélvica; muerte fetal o lesión cerebral por asfixia, fracturas de húmero y/o clavículas, lesiones de plexo braquial (daño neurológico), todas secundarias a distocia de hombros. En el periodo neonatal puede causar hipoglicemia y en la infancia o edad adulta representa un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, obesidad y síndrome metabólico. En la madre aumenta el riesgo de desgarros del canal del parto y de hemorragia postparto.

5. Que digan los peritos médicos que es macrosomía fetal?

R/ Se indicó en la respuesta anterior.

6. Que digan los perito médicos, ante la sospecha de Macrosomía Fetal, teniendo en cuenta la morbilidad materno perinatal cual sería la indicación de vía para finalizar el parto?

R/ Cuando se sospecha macrosomía fetal, en general, la vía del parto es la cesárea.

7. Con base en la historia clínica cuál era el diagnóstico de la paciente al momento de ser remitida al Hospital San Juan de Dios?

R/ Los diagnósticos del día 27/jun/2004 (fecha registrada en la historia clínica como 26/jun/2004) establecidos en el Hospital Piloto Jamundí para la remisión al Hospital San Juan de Dios fueron: embarazo de 40 semanas 5 días, ruptura prematura de membranas oculares de 2 horas, líquido amniótico meconiado? y riesgo de macrosomía versus polihidramnios?

8. Cual era el estado clínico de la paciente al momento de ingresar al Hospital San Juan de Dios?

R/ Se encuentra consignado en el resumen de historia clínica del presente documento.

9. En que consiste la realización de la cesárea?

R/ Es la intervención quirúrgica por la cual se realiza la extracción de uno o más fetos a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía).

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

10. Ante la existencia de salida de líquido amniótico en la paciente y macrosomía fetal se encontraba indicada la realización de cesárea?

R/ Se indicó en la respuesta al numeral 2.

11. En la cesárea de urgencias se presentan más o menos complicaciones perinatales?

R/ Con relación al parto vaginal, las complicaciones materno-perinatales tras cesárea son mayores y, en casos de cesárea electiva o programada, dicho incremento se reduce pero todavía persiste. La mortalidad materna tras cesárea es seis veces superior, pero se reduce a tres veces cuando la cesárea es programada.

12. La realización de la cesárea disminuyó el riesgo de que el recién nacido presentara morbilidades y complicaciones teniendo en cuenta la existencia de macrosomía fetal.

R/ Si.

13. Fue indicada según el cuadro clínica que presentaba la paciente la realización de la cesárea?

R/ Se indicó en la respuesta al numeral 2.

14. Con base en su respuesta anterior el procedimiento quirúrgico realizado por el Dr. JORGE ELIECER VALENCIA, a la paciente se llevó a cabo sin complicaciones.

R/ Se indicó en la respuesta a los numerales 2 y 3...” (Resaltado del Despacho).

Por providencia del 28 de enero de 2020 se dio traslado a las partes del informe pericial de conformidad con lo establecido en el artículo 238 del Código de Procedimiento Civil (Folio 890 cdno. ppal.), solicitándose por la parte actora complementación y/o aclaración del mismo (Folios 891 a 892 cdno ppal.).

El Despacho resolvió no dar trámite a lo requerido por la demandante por haberse presentado de manera extemporánea (Auto del 10 de febrero de 2020 visible a folio 894 del cdno. 1A).

Así pues, de lo dicho en los testimonios de los profesionales citados y de lo analizado por los peritos en las historias clínicas aportadas al proceso, se observó que las actuaciones desplegadas por el Hospital San Juan de Dios y por el médico Jorge Eliecer Valencia Restrepo en la atención del trabajo de parto de la señora Lida Cristina Arroyo Viveros, los días 27 y 28 de junio de 2004, fueron ajustadas a la Lex Artis y a los protocolos establecidos para los diagnósticos RPM (Ruptura Prematura de Membranas), y macrosomía fetal, lo que llevó a la realización de cirugía de cesárea que estaba indicada y que se desarrolló sin complicaciones, evitando de esa manera resultados adversos en el feto y en la madre.

Adicionalmente, que la atención brindada en el Hospital Universitario del Valle desde el 29 de junio de 2004 hasta el 17 de agosto de 2004, por la obstrucción intestinal y el íleo paralítico que presentó la paciente fue la adecuada, indicándose además, que dichos diagnósticos y el fallecimiento de la señora Arroyo Viveros no guardan relación con la intervención quirúrgica previa de cesárea.

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

1. Que la señora Lida Cristina Arroyo Viveros se encontraba en estado de embarazo y el 27 de junio de 2004 fue remitida al Hospital San Juan de Dios de Cali para la atención del trabajo de parto por presentar ruptura prematura de membranas y sospecha de macrosomía fetal; una vez es valorada en el área de ginecobstetricia se inició prueba de trabajo de parto.

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

2. El mismo 27 de junio es valorada nuevamente y ante la presencia del precitado diagnóstico, se decidió, por el doctor Jorge Eliecer Valencia Restrepo realizar a la paciente cesárea, la que se adelantó sin complicaciones, obteniendo recién nacido de género femenino de condiciones normales.
3. La paciente evolucionó de manera satisfactoria y sin contratiempo, por lo que es dada de alta al día siguiente, es decir, el 28 de junio de 2004, con recomendaciones y medicamentos.
4. El 29 de junio de 2004, la señora Lida Cristina Arroyo Viveros acudió al Hospital de Jamundí, siendo remitida al Hospital Universitario del Valle donde se le diagnosticó íleo paralítico, obstrucción intestinal y abdomen agudo, razón por la cual es atendida inicialmente por el servicio de ginecología de esa casa de salud y, posteriormente, por cirugía general quien le realizó una intervención de laparotomía exploratoria e ileostomía.
5. La señora Arroyo Viveros fue hospitalizada para su recuperación en el HUV, evolucionando de manera favorable en relación con la intervención abdominal, hasta el 13 de agosto de 2004, cuando su estado de salud comenzó a deteriorarse presentando cefalea, fiebre y vómito, observándose una infección por catéter.
6. El 17 de agosto presenta paro cardiorrespiratorio, el cual se logra conjurar a través de maniobras de reanimación, siendo intubada y disponiendo entonces su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos con el anotado antecedente de infección – sepsis por catéter, cefalea, fiebre, vómito y compromiso del estado de conciencia.
7. La señora Lida Cristina Arroyo Viveros fallece en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario del Valle el mismo 17 de agosto de 2004, indicándose en la historia clínica infección del sistema nervioso central, sepsis por catéter, sepsis de cirugía abdominal, laparotomía más ileostomía y muerte súbita.

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, Hospital Universitario del Valle y el médico Jorge Eliecer Valencia Restrepo, comoquiera que, las actividades médicas desplegadas no se presentan como la causa determinante del deceso de la señora Lida Cristina Arroyo Viveros.

Si bien se observa que la señora Arroyo Viveros fue atendida el 27 de junio de 2004 en el Hospital San Juan de Dios y se le practicó una cesárea por el médico Jorge Eliecer Valencia Restrepo por ser diagnosticada RPM y macrosomía fetal que podría revestir complicaciones, especialmente de tipo neonatal, no se avizora en las historias clínicas aportadas al expediente, que el mencionado procedimiento quirúrgico haya presentado complicaciones durante su desarrollo o posterior a este que indique que la paciente no hubiere podido ser dada de alta al día siguiente, como en efecto se hizo.

Desde el ingreso al Hospital San Juan de Dios se evidenció el diagnóstico que podría poner en riesgo la realización del trabajo de parto vaginal, no obstante se realizó la prueba del mismo y ante la imposibilidad de llevarlo a cabo, se adelantó la cesárea que estaba

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

totalmente indicada, según lo señalado por los testigos médicos y el dictamen pericial traído a colación en otro acápite de este proveído.

Ahora bien, no se encuentra plenamente demostrado que la obstrucción intestinal y el íleo paralítico que presentó la paciente con posterioridad a la realización de la cesárea hayan aparecido como consecuencia de una mala praxis médica en la realización de la operación cesárea.

Por el contrario, del material probatorio arrimado al proceso, tanto por las entidades demandadas como por el doctor Valencia Retrepo, se avizora que las dolencias intestinales de la señora Arroyo Viveros pudieron originarse como consecuencia de la intervención quirúrgica a la que había sido sometida cinco años atrás a los hechos que hoy convoca la atención del Despacho, esto es, apendicetomía más peritonitis.

También se hace evidente, que la laparotomía exploratoria más ileostomía efectuada por el servicio de cirugía general del Hospital Universitario del Valle también era el procedimiento indicado y conveniente, de acuerdo al diagnóstico dado a la paciente, el cual se adelantó, igualmente, sin complicaciones.

Adicionalmente, no se logra avizorar de manera clara la causa del fallecimiento de la señora Lida Cristina Arroyo Viveros, pues si bien se consignó en el historial médico la presencia de infección por catéter, en el mismo documento se plasmó “muerte súbita”, lo anterior sumado a que no se realizó necropsia o algún otro tipo de estudio al cuerpo de la difunta para, se reitera, determinar el origen de su deceso.

Adicionalmente, si en gracia de discusión, la causa del óbito hubiese sido el resultado de la atención brindada en el Hospital Universitario del Valle por el área de cirugía general, se debe decir que no obra en el expediente elemento probatorio, como testimonios médicos o dictamen adicional de esa especialidad que así lo determine, razón por la cual tampoco se podría imputar responsabilidad a esa entidad pública, ello sumado al hecho que la parte demandante no realizó tal imputación con el escrito introductorio.

Sobre el particular, vale la pena traer a colación lo dicho en el dictamen pericial allegado al expediente, en el que sobre el particular se concluyó:

“(…)

Si la atención prestada en el Hospital Universitario del Valle genera AUN alguna duda en la autoridad encargada del caso, se recomienda solicitar concepto por especialista en Cirugía General, así como figura en Diligencia de recepción de testimonio No. 95 del 25/04/2014 y No. 102 del 12/05/2014, todas vez que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no cuenta en su planta de personal con dicho especialista, lo cual puede ser solicitado a Centros Hospitalarios y/o Universitarios Públicos o Privados, que presten este servicio o Sociedades Científicas en el área”. (Se subraya)

Lo dicho muestra que las acciones desarrolladas por el Hospital San Juan de Dios y el médico Jorge Eliecer Valencia Retrepo, en cuanto al diagnóstico y el procedimiento de cesárea realizado el 27 de junio de 2004 y la atención suministrada en el Hospital Universitario del Valle desde el día 28 del mismo mes y año en relación con la obstrucción abdominal e íleo paralítico, se ajustaron a lo recomendado por la literatura médica, teniendo en cuenta que, de acuerdo a los diagnósticos de ruptura prematura de membranas y macrosomía fetal, lo indicado era la operación de cesárea, que se llevó a

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

cabo sin complicación y que una vez presentados los inconvenientes clínicos de tipo abdominal, se adelantó la correspondiente laparotomía exploratoria más ileostomía en la forma como lo indica la literatura médica, todo ello con el objeto mejorar la situación clínica de la señora Arroyo Viveros y salvar su vida.

Así las cosas, se advierte de la totalidad del material probatorio arrimado al expediente que, en este caso, no está probado que la actividad médica desplegada por quienes componen el extremo pasivo de la litis, haya sido la causa determinante 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 Arroyo Viveros, 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 casos.

Adicionalmente, se permite el Despacho hacer énfasis en las conclusiones a las que arribó la complementación del dictamen pericial en lo que respecta a la causa del fallecimiento de la señora Lida Cristina Arroyo Viveros, el que plasmó que:

“... Hay tres momentos importantes en la cronología del embarazo: 1. En el cuarto o quinto mes cuando el útero pasa de ser un órgano pélvico a abdominal y produce tracción sobre las adherencias. 2. Entre el octavo y noveno mes cuando la cabeza fetal desciende a la pelvis. 3. Durante el puerperio, momento en que la disminución del tamaño uterino altera la relación de las adherencias que envuelven los intestinos, favoreciendo la introducción de las asas intestinales a través de los orificios peritoneales formados por las adherencias. Hay acuerdo en que la obstrucción intestinal aguda es menos frecuente en el primer trimestre (Tomado de: Patología quirúrgica y gestación. Capítulo 13. Texto operatorio obstétrico, una visión actual. Editorial médica panamericana, año 2009). Los cambios microvasculares que ocurren en el intestino obstruido pueden resultar en pérdida de la integridad de la mucosa y translocación de bacterias a la sangre, llevando al desarrollo de respuesta inflamatoria sistémica (fiebre, taquicardia, taquipnea, etc.). La congestión venosa compromete el flujo arterial en el lecho capilar, lo que resulta es isquemia (infarto) intestinal que puede finalmente llevar a necrosis y perforación intestinal (Tomado de: Intestinal Obstruction. Intestinal Surgery 35:3, 157-164, 2016). De esta manera se puede explicar la obstrucción y perforación intestinales halladas en la señora Arroyo Viveros.

Tomando como base lo registrado en la historia clínica y lo informado por la literatura. NO hay evidencia de que las perforaciones intestinales halladas en la señora Arroyo Viveros hayan tenido origen en iatrogenia durante la cesárea”. (Se destaca).

Por lo anteriormente explicado, es menester declarar que no está probada la falla como 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 los demandados Hospital San Juan de Dios, Hospital Universitario del Valle y el médico Jorge Eliecer Valencia Restrepo y no se demostró que la actividad médica fue la que motivó el resultado final del fallecimiento de la señora Lida Cristina Arroyo Viveros, 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.

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

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 ello²⁶.

En conclusión, la parte actora faltó al deber de probar que los demandados hubieran incurrido en una falla del servicio médico, así como tampoco demostró que la muerte de Lida Cristina Arroyo Viveros hubiese sido determinada por las actuaciones de los centros médicos y el profesional de la salud (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 daño²⁷.

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 los demandados y la llamada en garantía, conforme lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Sin costas en esta instancia.

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

QUINTO: ACÉPTESE la renuncia de la abogada Miryam Naranjo Rodríguez, identificada con cédula de ciudadanía No. 66.864.578 y tarjeta profesional No. 87.034 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura como apoderada judicial de la entidad demandada **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**, de conformidad con lo manifestado en memorial visible en el archivo No. 01.1. del Expediente Digital.

²⁶Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 24 de septiembre de 2020, Exp. 59400.

²⁷ 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



*Consejo Superior
de la Judicatura*

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

SEXTO: RECONOCER personería a la abogada Dayanna Carolina Hernández Rico, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.107.036.465 y tarjeta profesional No. 296.257 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura para actuar en calidad de apoderada de la entidad demanda **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**, en los términos del poder a ella conferido, visible en el archivo 035.1. 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