

REPÚBLICA DE COLOMBIA - RAMA JUDICIAL



JUZGADO DIECINUEVE ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI

SENTENCIA

RADICACIÓN: 76001-33-31-007-2012-00164-00
DEMANDANTES: YULI LORENA VELASCO HOYOS Y OTROS
DEMANDADOS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y LA ESE RED DE SALUD
LADERA
ACCIÓN: REPARACIÓN DIRECTA

Santiago de Cali, ocho (8) de junio dos mil veintidós (2022)

OBJETO DE LA DECISION

No existiendo causal de nulidad que afecte la validez de lo actuado dentro del presente proceso, el Juzgado Diecinueve Administrativo del Circuito Judicial de Santiago de Cali procede a proferir la correspondiente sentencia en primera instancia en el asunto de la referencia, de conformidad con el artículo 170 del C. C. A., subrogado por el artículo 38 del Decreto No. 2304 de 1989.

I. ANTECEDENTES

1.1. La demanda

1.1.1. Pretensiones

Los señores Carlos Arturo Gómez Velasco y Yuli Lorena Velasco Hoyos en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad Juan José Sánchez Velasco y Michel Dayana Gómez Velasco, y los señores Maximiliano Velasco Tamayo y Luz Marina Hoyos formularon demanda de reparación directa contra la ESE Red de Salud de Ladera y el Hospital San Juan de Dios, para que se los declare administrativamente responsables de la muerte de la bebé recién nacida en acto médico ocurrido el 1° de abril de 2010.

Como consecuencia de lo anterior, solicitaron se condene a las entidades accionadas a pagar: (i) los perjuicios morales estimados en una suma equivalente a 100 SMLMV para los padres de la niña fallecida, y 50 SMLMV para cada uno de sus hermanos y abuelos, (ii) los perjuicios patrimoniales, y (iii) que la condena sea actualizada conforme lo previsto en el artículo 178 del C.C.A.

1.1.2. Hechos

Como fundamentos fácticos de las pretensiones se narró los siguientes¹:

-El 1° de abril de 2010, la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos en estado de gestación de aproximadamente seis (6) meses acudió al Hospital San Juan de Dios, por fuertes dolores y sangrado vaginal. Sin embargo, en la atención médica se determinó que la bebé se encuentra próxima a nacer.

¹ Folios 23 a 25 de 29 folios.

-Durante el procedimiento la bebé tiene dificultad respiratoria y otras complicaciones médicas, por lo que la remiten a Pediatría, empero, falleció a los veinte (20) minutos de su ingreso.

-Para los demandantes los galenos no detectaron en el control prenatal que la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos padecía de una grave enfermedad denominada *caríoamniotitis* (Sic), y tampoco previeron que se trataba de un parto podálico, lo que significa en su sentir que no fue tratada conforme lo señala la ciencia médica para estos casos.

1.2. Trámite procesal

La demanda fue radicada el 8 de junio de 2012, correspondiéndole por reparto al Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito de Cali, así se observa en el acta individual de reparto visible a folio 30.

Mediante auto No. 631 del 14 de junio de 2012 (folios 32 y 33, C.1), referido despacho judicial dispuso la notificación a las entidades demandadas y al Ministerio Público, la cual se llevó a cabo por aviso los días 18 y 19 de julio de 2012 (folios 35 y 36 del cuaderno principal).

1.3. Contestación de la demanda

1.3.1. Hospital San Juan de Dios de Cali

A través de apoderado judicial se opuso a las pretensiones de la demanda, en atención a que el puesto de salud “Polvorines” realizó un solo control prenatal a la señora Yuli Lorena Velasco. Adicionalmente, cuando asistió por urgencias al hospital, la actora tenía 4 meses de gestación, dolor en hipogástrico de 3 horas de evolución, asociado a fiebre y sangrado vaginal, generando como consecuencia parto inmediato de feto único vivo y podálico.

Mencionó que los perjuicios pedidos no se hallan debidamente justificados y comprobados en su causación, por lo que, a su juicio deben ser desestimados.

Finalmente, como excepciones propuso:

- *“Inexistencia de la obligación y responsabilidad”*: sustentada en que la demandante no llevaba un estricto y adecuado control de su embarazo, pues, en el ingreso al hospital no allegó las monitorias fetales y el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad *“Corioamniotitis severa”*, lo que formó un prematuro extremo, politraumatizado y con paro cardiopulmonar.

- *“Causal de inculpabilidad”*: fundamentada en que no se demostró la responsabilidad del Hospital.

- *“Exoneración por cumplimiento de la obligación de medio”*: en consideración a que el cuerpo médico cumplió con los deberes profesionales que la ciencia médica exigía en particular.

- *“Exoneración por estar probado que el cuerpo médico adscrito y/o vinculado que atendieron los servicios de Gineco-obstetricia que atendieron a la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos, junto a su recién nacida obró con la debida idoneidad”*: Dado las diferentes patologías de las pacientes y el nivel de complejidad, la labor médica se desarrolló dentro de los lineamientos esperados.

-*“Innominada”* (Folios 48 a 60)

1.3.2. Red de Salud de Ladera ESE

La ESE se opuso a las súplicas del libelo introductorio y señaló que el 9 de marzo de 2010, la señora Yuli Velasco Hoyos asistió a control prenatal en la IPS Alto Jordán, en la cual se evidenció con los exámenes de laboratorio que se encontraba en buenas condiciones. Así mismo, el 25 de marzo del mismo año, la entidad le practicó ecografía obstétrica nivel II, en la cual no se observó ninguna complicación.

Explicó que los procedimientos practicados a la actora no podrían inferir que la paciente podría sufrir corioamnionitis, ya que su periodo de incubación es de 24 horas. Además, adujo que la actora cuando llegó al centro médico se hallaba en trabajo de parto, por lo que conforme la ciencia médica la paciente presentó ruptura de membranas como mínimo con doce horas de antelación a la consulta, lo que generó la infección del líquido amniótico.

También planteó las excepciones de:

- *“Inexistencia del nexo causal”*: señaló que debe tenerse en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se presentaron los hechos.
- *“Inexistencia de responsabilidad”*: en el sentido en que el personal médico actuó con diligencia y cuidado frente al presente asunto.
- *“Innominada”* (Folios 69 a 74)

1.3.3. Llamamiento en garantía

-Liberty Seguros Compañía de Seguros

La apoderada de la Compañía de Seguros se opuso a las pretensiones de la demanda por no existir responsabilidad de la Red de Salud la Ladera ESE. Igualmente, planteó como excepciones las siguientes:

- *“Falta de legitimación en la causa por activa del padre”*: en cuanto no resulta posible demostrar la titularidad jurídica que pretende el señor Carlos Arturo Gómez Velasco frente al que esta por nacer.
- *“Ser la corioamnionitis un factor de riesgo inherente a la gestación”*: complicación que se puede producir en la gestación y que da lugar a parto prematuro.
- *“Cumplimiento de la obligación contractual del médico con el centro hospitalario”*: observancia del personal médico a la llamada lex artis.
- *“Inexistencia de la obligación”*: las demandadas en ningún momento incumplieron el reglamento y tampoco prestaron mal el servicio al cual tenía derecho el usuario.
- *“Inexistencia de responsabilidad”*: en consideración a que el daño sufrido por la parte actora en el presente caso no constituye un presupuesto de responsabilidad, conforme el artículo 1067 del Código Civil
- *“Obligaciones de mérito y de resultado en medicina”*: la sola infracción dañosa no genera presunción de culpa en contra del médico.
- *“Inexistencia del siniestro”*: no se halla probado el daño y la relación causal con las acusadas.

-*“Límite máximo de indemnización”*: en caso de condena debe considerarse los amparos, límites y exclusiones de la póliza.

-*“Innominada”* (Folios 25 a 34, C. Llamamiento en garantía 3)

-La Previsora S.A. Compañía de Seguros

La entidad expuso que conforme a los documentos que obran en el expediente, las pretensiones de la demanda deben ser negadas, ya que se acredita una actuación diligente y oportuna del Hospital San Juan de Dios de Cali.

Como excepciones señaló:

-*“Inexistencia de responsabilidad en cabeza del hospital San Juan de Dios y de obligación alguna a su cargo”*: indicó que el parto prematuro y la muerte del producto de gestación obedeció exclusivamente a la corioamnionitis que afectaba a la madre y al feto, y no a la atención médica.

- *“Tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso, carente de culpa y realizado conforme a los protocolos por parte del hospital demandado y el personal a su servicio”*: no hubo negligencia, imprudencia, impericia o violación de la lex artis.

- *“Carencia de prueba del supuesto perjuicio”*: no se demostró los perjuicios y la estimación de su monto resulta desproporcional y desmedido.

- *“Enriquecimiento sin causa”*: la indemnización se justifica como parte de un detrimento no padecido por los actores.

- *“Inexistencia de cobertura y consecuentemente, de obligación a cargo de mi representada”*: el certificado de seguro no cubre los hechos de la demanda.

- *“Límites y sublímites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado”*: el siniestro cubierto no excederá el valor señalado en la póliza.

- *“Inexistencia de cobertura para perjuicios por lucro cesante, por cuenta de la póliza”*: en el referido contrato de póliza no se pactó el amparo para lucro cesante.

- *“Las exclusiones de amparo”* (Folios 47 a 67, C. Llamamiento en garantía 4)

1.4. Alegatos de Conclusión

1.4.1. La Previsora S.A. Compañía de Seguros expuso que, en atención a la historia clínica, las declaraciones de los médicos y el dictamen Ginecobotetra quedó ampliamente acreditado que la paciente ingresó al Hospital con una infección, la cual fue detectada y atendida inmediatamente. Igualmente, mencionó que se realizaron las maniobras necesarias para la reanimación del feto, pero, se encontraba en una edad gestacional no viable (Folios 251 a 262, C.1)

1.4.2. La Compañía Liberty Seguros S.A. después de citar lo declarado por los médicos en la audiencia de pruebas refirió que la paciente no realizó los controles prenatales y no asistió a tiempo a consulta, situaciones que, en su sentir, incidieron en los supuestos perjuicios que hoy reclama (Folios 263 a 281)

1.4.3. El Hospital San Juan de Dios de Cali insistió en que en virtud de los medios de prueba allegados no tiene ninguna responsabilidad frente al asunto en cuestión, y

aportó el dictamen médico legal rendido por el médico José Raúl Quezada Ocampo, médico en Ginecología y Ginecobstetra (Folios 282 a 289)

1.4.4. La Red de Salud la Ladera ESE en su escrito contentivo de los alegatos de conclusión mencionó que, aunque el control prenatal se hizo de manera tardía, a la demandante se le practicaron todos los exámenes y de ellos no se infiere condiciones de salud desfavorables que indiquen la presencia de infecciones (Folios 300 a 305)

1.4.5. El Ministerio Público guardó silencio en esta etapa procesal, así consta en la constancia secretarial del 24 de mayo de 2017 (Folio 306, C.1)

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

Respecto de las propuestas por las accionadas en la medida que su objeto es enervar las pretensiones de la demanda, no se emitirá pronunciamiento previo, por lo que su suerte quedará supeditada al análisis de fondo que se haga del asunto.

En lo que corresponde a las formuladas contra el llamamiento de garantía serán analizadas en el evento en que salgan condenadas las convocantes.

Y finalmente, respecto de la falta de legitimación en la causa por activa del padre, propuesta por la Compañía Liberty Seguros S.A., es del caso recordar que el referido fenómeno es concebido como la facultad o titularidad que le asiste a una determinada persona para exigir de otra el derecho o la cosa controvertida, por ser justamente quien debe responderle, ya que se trata de una cuestión propia del derecho sustancial, cuya ausencia deriva en un fallo adverso a lo perseguido (Definición legitimación- Consejo de Estado 768001-23-33-000-2013-00145-01- Sección Tercera Subsección A)

Desde este enfoque, es de manifestar que el señor Carlos Arturo Gómez Velasco, quien actúa como padre de la menor fallecida no aportó registro civil, con base en el cual pudiera sustentarse el parentesco como lo exige el artículo 105 del Decreto 1260 de 1970². Sin embargo, atendiendo la condición de la muerte de la menor, la historia clínica en la cual se observa su acompañamiento como futuro padre³, y el registro civil de nacimiento de la menor demandante Michel Dayana Gómez Velasco, hija de los actores (Folio 41), se encuentra legitimado y asistido en el interés para promover el pliego incoado en calidad de tercero damnificado, al no contar con la prueba idónea de padre⁴.

² El artículo 105 del Decreto Ley 1260 de 1970, prevé: “Los hechos y actos relacionados con el estado civil de las personas ocurridos con posterioridad a la vigencia de la ley 92 de 1933, se probarán con copia de la correspondiente partida o folio, o con certificados expedidos con base en los mismos”

³ Ver también notas de enfermería donde refiere que el acompañante de la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos es el esposo de nombre Carlos Arturo Gómez (Folios 653 y 654)

⁴ Sobre la idoneidad para probar lo concerniente a los hechos y actos relacionados con el estado civil de las personas, especialmente a partir de lo dispuesto por el artículo 105 del Decreto Ley 1260 de 1970, esta Corporación ha considerado: “En resumen, en el ordenamiento civil colombiano la prueba del nacimiento y de las situaciones que emanen de él, tales como la paternidad, están circunscritas a la copia auténtica del correspondiente folio o al certificado que con base en él expidan los funcionarios encargados de llevar el registro del estado civil y la oficina central, es más, el mismo Estatuto previó que ninguno de los hechos, actos y

Por tanto, no prospera la excepción y se establece que el señor Carlos Arturo Gómez Velasco se encuentra involucrado en el pleito y está legitimado en la causa por activa para actuar en este proceso.

2.3. El problema jurídico a resolver

En este asunto se debe resolver el siguiente interrogante jurídico:

¿Se materializó o no un evento en el que exista responsabilidad administrativa y patrimonial de las entidades demandadas, por la muerte de la bebé, ocurrida el día 1º de abril de 2010, al no haberse detectado en el control prenatal la enfermedad de corioamnionitis a la madre gestante Yuli Lorena Velasco Hoyos y no tratarse el parto podálico conforme la Lex artis, o por el contrario, dichas instituciones actuaron conforme los protocolos de atención establecidos para esos padecimientos?

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 obligadas las llamadas en garantía a asumir la reparación del perjuicio o el reembolso de las sumas limitadas en la póliza de seguro y cuyo pago se ordene si es el caso en esta providencia?

Para resolver los problemas jurídicos referenciados, se estima que debe precisarse el régimen de responsabilidad aplicable a las circunstancias del caso concreto, para luego, atendiendo la valoración de los elementos de convicción obrantes 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 delineado una línea jurisprudencial donde destaca que en materia de responsabilidad por la prestación de los servicios médicos asistenciales el régimen es subjetivo bajo el título de falla del servicio. En estas condiciones de deben acreditar tres elementos el daño, la falla y la relación de causalidad.

2.6. Acervo probatorio

Documentales:

-Copia de la historia clínica Hospital San Juan de Dios de fecha 1º de abril de 2010, perteneciente a la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos (Folios 3 a 7, C.1- 123 a 137, C.2)

-Antecedentes clínicos registrados en la Red de Salud de Ladera S.A., en la cual se relaciona la atención médica brindada a la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos el 9 y 25 de marzo de 2010 (Folios 8 a 16, 20 y 21 C.1- 617 a 559, C.2)

-Oficio de fecha 24 de octubre de 2013, suscrito por la abogada externa de la Red de Salud de Ladera ESE, en la cual adjunta respuesta dada por el Ginecólogo Obstetra de esa entidad respecto de los exámenes médicos realizados a la demandante en su periodo de gestación y la razón por la cual no se detectó la corioamnionitis severa (Folio 119 y 120, C.1).

providencias relativos al estado civil y la capacidad de las personas, sujetos a registro, se itera como ocurre con el nacimiento y las situaciones que de él se desprenden, hagan fe en proceso ni ante ninguna autoridad, empleado a funcionario público, si no ha sido inscrito o registrado en la respectiva oficina, conforme a lo dispuesto en la descrita normatividad. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección "C", sentencia del 12 de noviembre de 2014, exp. n.º 29139, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

-Copia de las hojas de vida de los médicos que atendieron a la paciente Yuli Lorena Velasco el 1° de abril de 2010 (Folios 41 a118, C.1)

- Respuesta oficio de pruebas rendido por el médico José Raúl Quezada Ocampo, relativo a la solicitud de la parte demandante, en cuanto certifique las condiciones en que nació la bebé de la paciente Yuli Lorena Velasco (Folios 667 y 670, C.2)

Testimoniales

En audiencia de pruebas celebrada los días 28 y 29 de mayo de 2013, el Juzgado recibió la declaración de los médicos Ginecobstetras María del Socorro Ramos Montes, Pedro Miguel Montaña y Mónica Cecilia Acosta Álvarez, y de la auxiliar de enfermería Diana Fernanda Lerma Caicedo (Folio 147 a 169)

Así mismo, los días 20 y 23 de agosto de 2013, el despacho judicial recibió como testigos a la médica Gloria Lizeth Vejarano Jaramillo y al médico Wilmer Saldarriaga Gil (Folios 169 a173, C.2).

Interrogatorio de parte

El 22 de agosto de 2013, se practicó a solicitud de la parte demandada compañía de Seguros Liberty el interrogatorio de parte de la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos (Folios 174 a 176).

Dictamen pericial

Obra en el expediente los dictámenes periciales presentados el 8 y 18 de septiembre de 2016, por la especialista en Gineco- Obstetricia Olga Lucia Cuero Vidal y la médica Pediatra Hilda Reyes, en los cuales se absolvió los interrogantes formulados por el Hospital San Juan de Dios, relacionados con la infección corioamnionitis y la atención médico asistencial brindada a la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos el 1° de abril del 2010 (Folios 207 a 225, C.1).

2.7. Fondo de la controversia

2.7.1 La prueba del daño⁵

Al respecto, la parte actora lo derivó de la muerte de la bebé que estaba por nacer, cuando la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos acudió el 1° de abril de 2010 al servicio de urgencias en el Hospital San Juan de Dios, hecho que se halla debidamente probado de conformidad con las pruebas aportadas al expediente.

De esto da cuenta la historia clínica -Sala de Obstetricia – Hospital San Juan de Dios, así:

“(…) ANAMNESIS

PACIENTE G3P2 EMB 20 SEMANAS POR EXAMEN FISICO, REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO DE 3 HORAS DE EVOLUCIÓN ASOCIADO A FIEBRE SANGRADO VAGINAL SIN NINGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA...

G3P2 EMB 20 SS POE WF, FUVPODALICO EXPULSIVO, SE ATIENDE PARTO EN CONSULTORIO, SE REALIZA ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO SE DEJA PARA REVISIÓN DE CAVIDAD SE DEJA CON MANEJO DE ANTIBIOTICO SE OBTIENE RN CON DIFICULTAD RESPIRATORIA SE EXPLICA PRONISTICO DE LA MADRE.

DIAGNOSTICO DE INGRESO

FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS...

⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 6 de marzo de 2012. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Rad. 66001-23-31-000-2001-00098-01(24884). – Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera–Subsección B -Consejero Ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce (2014)- Radicación número: 05001-23-31-000-2000-4596-01 (29882).

DIAGNÓSTICO DE EGRESO
ABORTO, INCOMPLETO, SIN COMPLICACIÓN (...) (Folio 639, C.2)

Posteriormente, en la hoja de evolución del paciente, el médico interno consignó (Folio 640):

“PACIENTE G3P2A1 CON EMBARAZO DE 20SS POR, LLEGA EN EXPULSIVO CON SG DE CRIOAMNIONITIS NACE RN PREMATURO EXTREMO SIN SIGNOS VITALES APGAR, AL MIN 2 REANIMACIÓN Y NO RECUPERA, PRESENTA QUIMISIS GENERALIZADA, PESO 700 GR, SE SUSPENDEN MANIOBRAS 10 MIN SIN OBTENESER SV...”

El 4 de abril de 2010, la enfermera indicó que el feto se entregaba al familiar Carlos Arturo Gómez junto con el certificado de defunción (Folio 664, C.2)

En ese orden, se advierte que quedó debidamente demostrado el daño alegado en la demanda, pues se probó la muerte de la bebé el 1° de abril de 2010, por lo que se hace imperativo establecer si en el caso concreto tiene el carácter de antijurídico y si le puede ser atribuido o imputado a la actividad médica de las entidades demandadas.

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

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 hechos generados la no detección temprana en el control prenatal de la enfermedad Corioamnionitis (diagnóstico) y que no se trató el parto podálico como lo enseña la ciencia médica (Cesárea), eventos que supuestamente ocasionaron la muerte de la recién nacida, se indica que dada la naturaleza del asunto, el procedimiento y la complejidad, procederá a la valoración de la prueba aportada y lo prescrito por la lex artis para tratar el asunto, con el fin de demostrar **el nexa causal** entre la actividad médica y el daño mencionado.

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

✓ En la historia clínica abierta en la Red de Salud la Ladera S.A., se relaciona las atenciones médicas recibidas por la paciente Yuli Lorena Velasco Hoyos en los controles prenatales, sobre el particular se destaca:

*“9/03/2010
CAUSA DE LA CONSULTA: DETECCIÓN DE LA ALTERACIÓN EN EL EMBARAZO
ENFERMEDAD ACTUAL: AMENORREA...
ORDENES DE LABORATORIO: HEMOGRAMA, HEMOCLASIFICACIÓN DE VDR,
ECOGRAFIA OBSTETRICA, ODONTOLOGIA, ASESORIA PSCOPROFILACTIS...”*

*VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA, SEROLOGIA, UROANÁLISIS, UROCULTIVO
(Folio 621, C.2)*

Luego, en la Hoja de evolución del 10 de marzo de 2010, se anotó:

*“Se inscribe en programa prenatal, fue atendido por la doctora Mayerly y en la casa grupo extramural, quien dice tener 23 semanas de gestación, se aplica una dosis de TD, se realiza consejería para VIH con previo consentimiento.
Se orienta en autocuidado, riesgo y alarma del embarazo, dieta, nutrición, planificación DTS, VIH y otras. Se remite para odontología, psicología, la usuaria tiene al día la citología, curso psicoprofilaxis, se entrega calcio, a fólico y sulfato ferroso, rutina prenatal... El 16 de 03 de 2010 no se presentó a la consulta psicológica (Folio 628).*

Respecto de los resultados laboratorio enviados por el personal médico del 15 de marzo de 2010 se resalta (Folios 629 a 635, C.2:

“(…) **MICROBIOLOGIA**
UROCULTIVO
RECuento Y CULTIVO NEGATIVO (Folio 629, C.2)

ORINAS
PARCIAL DE ORINA
COLOR..... AMARILLO
ASPECTO..... LIG. TURB
DENSIDAD.....1.015
PH..... 7.0
EXAMEN QUÍMICO
GLUCOSA..... NEGATIVO
PROTEINAS..... NEGATIVO
C CETONICOS..... NEGATIVO
BILIRURUBINAS.... NEGATIVO
URIBILINOGENO...1.0. EU
NITRITOSNEGATIVO
LEUCOCITOS..... NEGATIVO
EXAMEN MICROSCOPICO
CELULAS EPITELIALES BAJAS... +
LEUCOCITOS..... 1-2 XC
BACTERIAS.....+ (Folio 630)

En lo que refiere a la citología practicada a la madre gestante, la muestra denota negativo para algún tipo de lesión, satisfactoria y con cuello uterino sano (Folios 631). De igual manera, en el informe de ecografía obstétrica nivel II del 25 de marzo de 2010, se consideró que:

- “(…)1.- Feto único, vivo, móvil, en presentación cefálica dorso izquierdo con actividad cardíaca presente de 152 latidos por minuto.
2.- Placenta anterior grado I de maduración
3.- Volumen de líquido amniótico normal
4.- BIOMETRIA FETAL

	m.m	PERCENTIL	SEMANAS
DBP	60		24SS 4/7
CIRC. CEFALICA	222		24SS
CIRC. ABDOMINAL	193		24SS
FEMUR	43		24SS
HUMERO	39		24SS 2/7
PESO ESTIMADO FETAL: 673 gramos +/- 15% (SHEPARD)			

- 5.- Edad gestacional promedio por U/S: 24SS 2/7
6.- **ANATOMIA FETAL:**
CABEZA: Estructuras normales para la edad gestacional
CORAZON: Visión de cuatro cámaras y tractos de salidas
ESTOMAGO: Presente, izquierdo
COLUMNA: Estructuras óseas y tubo neural normales
VEJIGA: Llena
RIÑONES: Dos, sin anormalidades anatómicas
CORDON UMBILICAL: Dos arterias y una vena
EXTREMIDADES: 4 móvil, sin alteraciones oseas
GENITALES EXTERNOS: Femeninos...
LA ECOGRAFIA NO DETECTA EL 10% DE LAS MALFORMACIONES COGENITAS FETALES (Folio 635, C.2)

✓ De otro lado, durante el servicio médico en urgencias a la señora Yuli Velasco Hoyos llevado a cabo el 1° de abril de 2010, en el Hospital San Juan de Dios se destaca los siguientes registros:

"(...) PACIENTE G3P2 EMB 20 SEMANAS POR EXAMEN FISICO, REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO DE 3 HORAS DE EVOLUCIÓN ASOCIADO A FIEBRE SANGRADO VAGINAL SIN NINGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA...

HALLAZGOS DEL EXÁMEN FISICO

Piel: NORMAL Cabeza: NORMAL Cuello/Torax: NORMAL Cardio/pulmonar: NORMAL Abdomen/Espalda: ANORMAL UTERO PARA 20 SEMANAS CON ACTIVIDAD UTERINA Genital/ Recto: ANORMAL SE PALPAN PIES EN CANAL VAGINAL MEMBRANAS ROTAS LIQUIDO CALIENTE Extremidades: NORMAL. NEUROLOGICO. NORMAL.

CONDUCTA

G3P2 EMB 20 SS POR EF, FUVPODALICO EXPULSIVO SE ATIENDE PARTO EN CONSULTORIO, SE REALIZA ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO SE DEJA PARA REVISIÓN DE CAVIDAD SE DEJA CON MANEJO ANTIBIOTICO SE OBTIENE RN CON DIFICULTAD RESPIRATORIA

DIÁGNOSTICO DE INGRESO

FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS

DIAGNÓSTICO DE EGRESO

ABORTO, INCOMPLETO, SIN COMPLICACIÓN.

TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

HOSPITALIZACIÓN Y LEGRADO (Folio 639)

En lo que corresponde a los hallazgos operatorios, la médica Ginecobstetra de turno realizó el procedimiento que se transcribe a continuación:

*"(...) PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
LEGRADO OBSTETRICO...*

UTERO DE +O- 20 SEMANAS

ILEGIBLE

RESTOS PLACENTA...

PROCEDIMIENTO: Previa asepsia se realiza revisión manual luego se (ilegible) y se realiza legrado obstétrico con pinzas y se obtienen moderados restos no fétidos, útero queda contraído (Folio 649)

Por su parte, en las notas de enfermería se resume:

"(...)1-04-10 11+40 Ingresa paciente a quirófano No.5 para revisión de cavidad con líquidos endovenosos permeables, con signos vitales TA 101/61, M83, FC81, SPO2 99%...procedimiento quirúrgico se realiza sin complicaciones, se traslada paciente a la sala de recuperación..."

De la información reseñada, se tiene hasta el momento, que la paciente Yuli Lorena Velasco Hoyos ingresó a consulta de embarazo el 9 de marzo de 2010, momento en que se le ordenaron exámenes de laboratorio y los cuidados propios de ese periodo de gestación. De igual modo, en lo que atañe a los resultados de los referidos exámenes, se tiene que se encuentran en condiciones normales, incluido la ecografía obstétrica de fecha 25 de marzo de 2010.

Sin embargo, para el 1° de abril de 2010, es decir, más de 5 días de asistir al control y realizarse la ecografía, la paciente ingresó al servicio de salud en condiciones críticas, ya que padecía de fiebre, dolor en hipogastrio de 3 horas de evolución y sangrado vaginal, lo que terminó con parto expulsivo.

Sobre el particular, si bien en el expediente obran sendos dictámenes periciales y testimonios de los médicos que atendieron a la paciente, se considera necesario

previamente hacer alusión a lo señalado por el Ministerio de Salud⁶ relacionado con las infecciones durante el embarazo⁷. Al respecto se transcribe:

“SECCIÓN 3. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).

1. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)?

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene con salida de líquido amniótico de más de una hora, previo al inicio del trabajo de parto.

2. ¿CÓMO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

Se recomienda que el diagnóstico clínico de RPM sea realizado por medio de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior.

3. ¿QUÉ AYUDAS DIAGNÓSTICAS ESTÁN RECOMENDADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS? Si la sospecha clínica de RPM persiste a pesar de las pruebas clínicas negativas, se recomienda realizar las siguientes pruebas complementarias: cristalización, medición de pH, medición del índice de líquido amniótico por ecografía, amnioinfusión o determinación de microglobulina 1 alfa placentaria.

4. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS CLÍNICOS RECOMENDADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CORIOAMNIONITIS? Se recomienda que las mujeres sean vigiladas para detectar los signos de corioamnionitis clínica: fiebre (temperatura mayor de 37,8°C) y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino, líquido amniótico purulento o leucocitosis.

B No se recomienda realizar el hisopado o cultivo de secreción vaginal alta cada semana como parte del manejo de la RPM.

B No se recomienda el cuadro hemático y la proteína C reactiva de rutina para el seguimiento de las gestantes con RPM, ya que no han demostrado utilidad por su baja sensibilidad para el diagnóstico de corioamnionitis.

B Se recomienda el uso de la cardiotocografía ya que permite documentar taquicardia fetal o la disminución de la variabilidad fetal, las cuales pueden ser usadas para el diagnóstico de corioamnionitis clínica.

B El perfil biofísico fetal puede ser usado siempre y cuando se tenga en cuenta que tiene un valor limitado para predecir infección fetal...

¿CUÁL ES EL ESQUEMA ANTIBIÓTICO RECOMENDADO PARA TRATAMIENTO DE CORIOAMNIONITIS EN EL ESCENARIO DE UNA RPM? Una vez hecho el diagnóstico de corioamnionitis se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico inmediatamente con clindamicina 600 mg IV cada 6 horas + gentamicina 240 mg IV cada 24 horas y desembarazar. A Se recomienda la administración de gentamicina en esquemas de dosis única diaria para el tratamiento de la corioamnionitis clínica”.

De igual manera, en un artículo de revista⁸ de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud- Hospital de San José. Bogotá D.C, respecto de la infección llamada Corioamnionitis, asunto a tratar en el sub examine, se observa la siguiente investigación⁹:

*“(...) Aunque la definición varía según los criterios utilizados para realizar su diagnóstico (clínicos, microbiológicos o histológicos), en esencia es un cuadro inflamatorio agudo en una o en ambas capas de las membranas placentarias (corion y amnios).1 Dicha infiltración leucocitaria ha sido determinada en diferentes estudios como la respuesta a una **agresión de origen infeccioso.**1-3 La corioamnionitis es la principal causa de mortalidad fetal en la segunda mitad de la gestación, así como*

6

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>

⁷ Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 - Guías No. 11-15

⁸<https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-09/3-CORIOAMNIONITIS.pdf>. Profesor Asistente. Secretario académico, Facultad de Medicina. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Hospital de San José. Bogotá D.C.

⁹ http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342008000300008

“La corioamnionitis es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo. Se asocia a una mayor morbilidad materna y neonatal, especialmente en recién nacidos pretérmino”

el detonante en mayor proporción de partos prematuros con las subsecuentes consecuencias neonatales que trae consigo la inmadurez del recién nacido...

La corioamnionitis se presenta con mayor frecuencia como resultado del ascenso de bacterias de la vagina y el cuello uterino y la forma más común de debutar en la clínica es como un cuadro de RPM. Existen modos menos comunes de transmisión, como la diseminación hematógena o después de procedimientos invasivos como la amniocentesis y la biopsia de vellosidades coriónicas...

Su frecuencia varía dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados, manejando una incidencia entre 1 y 3% de todos los embarazos a término y de 10 a 15% de los pretérmino bajo criterios clínicos; 40% entre 24 y 28 semanas, 30% entre 28 y 32, 20% entre 30 y 36, y 10% en embarazos mayores de 37 semanas bajo criterios histopatológicos, 2,3 asociándose con 20 a 40% de sepsis y neumonía neonatal cuando se diagnostica a través de este medio. En Colombia se ha reportado una frecuencia del 7 al 12% en todos los embarazos y una prevalencia de 3% en pretérmino, siendo responsable al menos de un tercio de los partos prematuros... (Resalta el despacho)

En ese orden, se indica claramente que la enfermedad denominada Corioamnionitis es de origen **infeccioso** como resultado de un ascenso de las bacterias que se encuentran en la vagina o en las vías urinarias. Además, es la causa de partos prematuros (inmadurez del feto) y dada su naturaleza puede presentarse durante cualquier etapa del embarazo.

Así también lo explicó la médica Ginecobstetra María del Socorro Ramos Montes, quien atendió a la paciente Yuli Lorena Velasco Hoyos y pudo observar directamente no solo las condiciones propias en que llegó la actora, sino el procedimiento y atención brindada por el personal médico (Folios 147 a 149):

“ ...

PREGUNTADO: *Sírvase manifestar al despacho, teniendo en cuenta la historia clínica, cuál fue su intervención en el procedimiento brindado a la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos para el día 01 de abril del 2010* **CONTESTÓ:** *...una paciente con 3 embarazos y dos partos previos quien a la enfermedad actual presentaba dolores tres horas antes del ingreso a la institución, llamando la atención que dentro de los antecedentes clínicos se reporta que no se había realizado control prenatal, la paciente cuando ingresa al hospital ingresa con temperatura de 39 grados con fiebre, dolor intenso en hipogastrio y al realizarse el examen físico a nivel vaginal se palpa los pies en el canal vaginal con sensación de líquido amniótico caliente.* **PREGUNTADO:** *En respuesta anterior menciona usted que la paciente Yuli Lorena Velasco había ingresado con una infección denominada corioamnionitis, sírvase ampliarnos dicho término médico, sus posibles causas y consecuencias tanto para la madre como para el que esta por nacer* **CONTESTÓ:** *la corioamnionitis es una infección de las membranas ovulares la cual puede ser producida por infecciones en la mayoría de los casos, cuando la enfermedad llega avanzada produce desde pérdida del bebé hasta infecciones en la cavidad uterina, endometritis de la madre lo que aumenta el riesgo de sepsis y sangrado materno después del parto bien sea por la vía normal o por cesárea donde este último procedimiento los riesgos anteriormente mencionados se ven mucho más incrementados, llevando mayor morbilidad y mortalidad para la madre.* **PREGUNTADO:** *Qué significa que el bebé presentara una posición podálica* **CONTESTÓ:** *Significa que la bebé venía con los pies afuera...* **PREGUNTADO:** *inicialmente refirió usted que la paciente Yuli Lorena Hoyos presentaba un embarazo temprano, sírvase manifestar al despacho de cuantas semanas consistía dicho embarazo y si el mismo, se encuentra dentro de los parámetros normales para la atención de un adecuado parto.* **CONTESTÓ:** *el embarazo temprano que presentaba la paciente se calculó por la altura uterina al examen físico, cuando la paciente ingresa a la institución, no se aporta en la historia clínica otros métodos diagnósticos como ecografía para el cálculo de la edad gestacional y se resalta que en la parte de antecedentes médicos la paciente no había realizado controles prenatales...* **PREGUNTADO:** *En respuesta anterior usted manifestó que la corioamnionitis es una infección, puede usted explicarle al despacho cuáles son las posibles causas que lo provocan u originan* **CONTESTÓ:** *La mayoría de las causas que explican la corioamnionitis son de tipo infeccioso por*

lo general infecciones vaginales o urinarias. En el caso de las infecciones vaginales los gérmenes de la vagina pueden ascender hasta la cavidad uterina y generar una respuesta inflamatoria patológica lo cual hace que las membranas se infecten, en caso de la parte urinaria lo que se observa es el transporte a través de la sangre y la posterior infección de las mismas **PREGUNTADO:** indíqueme al despacho si sabe, cual es el periodo de incubación de este tipo de infecciones, refiriéndome a la corioamnionitis. **CONTESTÓ:** El periodo de incubación es muy difícil de determinarlo, en el caso de la paciente lo que se observa es la complicación de la patología, ya con la pérdida del bebe” (Resalta la Sala)

En el mismo sentido, se pronunció la médica Gloria Lizeth Vejarano Jaramillo cuando señaló desde su experiencia en Pediatría lo que implica la infección Corioamnionitis (Folios 169 a 173)

*“(…) **PREGUNTADO:** Sírvase explicar al despacho en términos generales que significan los términos médicos: Corioamnionitis severa, diagnóstico de la madre, y los diagnósticos cianosis generalizada, y equimosis padecidos por el feto. **CONTESTÓ:** Primero aclaro que las respuestas son desde el punto de vista de la especialidad de pediatría, corioamnionitis severa: significa una infección del líquido amniótico membranas ovulares y útero que en consecuencia lleva aun séptico del recién nacido (infección), que lleva dependiendo de su severidad a daño de multiplex órganos e incluso la muerte. En la madre se reconoce como fiebre materna y cualquiera de las siguientes: taquicardia fetal o bradicardia fetal, leucocitosis materna, hipersensibilidad uterina, líquido amniótico fétido. Que puede llevar en muchas ocasiones ha amenaza de parto de termino e indicción de trabajo de parto pretérmino. Cianosis generalizada corresponde a la falta de oxígeno necesaria para el funcionamiento de los órganos vitales y también a un fallo del corazón como bomba. Equimosis generalizada es una manifestación de sangrado cutáneo debido comúnmente a una fragilidad capilar y en casos asociados a una infección es una manifestación de un cuadro severo...”*

Por su parte, la médica Ginecobstetra Mónica Cecilia Acosta Álvarez además de corroborar lo afirmado por las anteriores profesionales, añadió que conforme la atención que brindó en el caso en particular y la fase expulsiva en que presentó la paciente se debió realizar de inmediato procedimiento quirúrgico (legrado placentario), pues, en efecto las infecciones uterinas llevan a partos prematuros. No obstante, dadas las condiciones de la madre y el feto (no viable- inmadurez), la cesárea como evento necesario en el parto podálico en la cual se encontraba el bebé era un procedimiento de riesgo para la salud de la madre. Veamos (Folios 154 a 156):

*“(…) **PREGUNTADO: CUAL FUE LA ATENCIÓN POR USTED BRINDADA A LA PACIENTE YULI LORENA VELASCO HOYOS, SEGÚN LO CONSIGNADO EN LA HISTORIA CLÍNICA. CONTESTÓ:** ... Le realicé a la paciente un legrado obstétrico sin complicaciones. Que consiste en revisar el útero y extraer los restos de la placenta en casos donde la expulsión de la placenta no ha sido completa. Durante el procedimiento se encontraron moderados restos placentarios no fétidos. Este procedimiento lo realice después de que la paciente presentó un parto prematuro extremo y no expulso completamente la placenta... **PREGUNTADO: SIRVASE MANIFESTAR AL DESPACHO EN QUE CONSISTIERON LAS ORDENES MEDICAS SUSCRITAS POR USTED A LA PACIENTE YULI LORENA VELASCO HOYOS , UNA VEZ REALIZADO EL ACTO QUIRURGICO ANTERIORMENTE DESCRITO, DEL MISMO MODO SI LAS MISMAS FUERON EJECUTADAS** **CONTESTÓ:** Las ordenes médicas incluían continuar el tratamiento médico establecido desde el ingreso de la paciente, ya que como queda descrito como diagnostico al ingreso de la historia clínica, la paciente cursaba con corioamnionitis (infección de las membranas ovulares del feto). Por lo tanto se trasladó a pieza, se indicó realizar control de temperatura, se colocaron líquidos endovenosos, manejo del dolor con dipirona, lo mas importante continuar el tratamiento antibiótico ordenado, que fue clindamicina y gentamicina, y por último se indicó vigilar el sangrado vaginal porque estas pacientes pueden presentar como complicación sangrado del útero...**PREGUNTADO: SIRVASE MANIFESTAR AL DESPACHO CUALES FUERON LOS HALLAZGOS OPERATORIOS DE LA PACIENTE YULI LORENA VELASCO HOYOS DURANTE EL ACTO QUIRURGICO REALIZADO POR USTED?: CONTESTÓ:** Se encontró un útero de un tamaño de más o menos de 20 semanas de gestación, el cuello del útero abierto y restos placentarios moderados no fétidos...**PREGUNTADO:** en qué consiste los términos*

“alumbramiento incompleto” y FUV podálico expulsivo” descritos en el folio 124. **CONTESTÓ:** El término alumbramiento incompleto significa que la placenta no fue expulsada en forma completa después del parto. Y esta situación es común embarazos muy tempranos. Y el segundo término expulsivo, describe el examen físico que indica feto único vivo en presentación podálica (presentación de pies), en el segundo periodo del parto que es la fase expulsiva que indica que el feto ya va a salir del útero, y que el cuello del útero ya está completamente dilatado y borrado (significa que el cuello del útero ya se abrió completamente y el feto necesariamente va a salir del útero)...**PREGUNTADO: INDIQUE SI EL ESTADO EN EL CUAL HIZO PRESENCIA LA SEÑORA YULI LORENA VELASCO HOYOS EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SON COMUNES PARA PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE GRAVIDEZ Y SI ESTAS OBEDECEN A ADECUADO CONTROL PRENATAL. CONTESTÓ:** Hay un 30% de infecciones intra-uterinas que llevan a partos prematuros, este porcentaje se debe a infecciones de la vagina, de la orina y de algunas infecciones generales y estas infecciones pueden ser detectadas en un adecuado control prenatal y dándole un tratamiento adecuado se evita llegar a la segunda fase de parto donde ya no se puede frenar la salida del útero. Si la paciente consultado antes, es posible que con un tratamiento adecuado se hubiera controlado la infección y no se hubiera llegado al caso final al que llegó la paciente al hospital. **PREGUNTADO: MANIFIESTE AL DESPACHO LAS RAZONES POR LAS CUALES NO SE REALIZÓ UNA CESÁREA A LA PACIENTE YULI LORENA VELASCO HOYOS:** La cesarea no estaba indicada porque este es un procedimiento que realizamos para dos circunstancias, la principal salvar la vida del feto o salvar la vida de la madre, en este caso en particular era un feto lejos del término (no viable), que indica que la madurez de sus pulmones no le permita sobrevivir porque según el examen físico tenía 20 semanas, y a estas semanas no hay madurez pulmonar, y por lo tanto el feto no puede sobrevivir bajo ninguna circunstancia y realizarle una Cesárea a este paciente era peligroso para su salud, porque cursaba una infección intra-amniótica y la cesárea aumenta el riesgo de infección.” (Destaca la Sala)

En lo que atañe a la cesárea, la Organización Mundial de la Salud expuso que es un procedimiento donde existe un alto riesgo no solo de infección, sino también de graves complicaciones propias de la intervención¹⁰. En este punto se resalta:

- “(…) 1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada...”

En Colombia, la Universidad del Cauca - Facultad de Ciencias de la Salud- Programa de Medicina, Departamento de Ginecología y Obstetricia. Popayán- respecto de los riesgos y complicaciones de la cesárea¹¹ señaló:

“(…) Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que perduran por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como cualquier embarazo futuro entre estos uno de los más temibles el riesgo de acretismo placentario. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. En las complicaciones intra y postoperatorias se han reconocido factores que incrementan el riesgo quirúrgico dentro de las cuales se encuentran las condiciones generales de las pacientes, la presencia de enfermedades crónicas debilitantes, el tiempo operatorio y una adecuada supervisión y/o ejecución del procedimiento quirúrgico. El parto prolongado, la ruptura prolongada de las

¹⁰

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=B6311834C21334176AE27C8742FED083?sequence=1

¹¹ <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-rchog-84-06-0435.pdf>

membranas y el aumento de la frecuencia de los exámenes vaginales predisponen a la infección, mientras que la cesárea previa, la placenta previa y la placenta acreta aumentan el riesgo de hemorragia.

En cualquier caso y sea cual sea el origen de la complicación puede significar además del riesgo para la paciente, una erogación económica para el hospital traducida en días de estancia hospitalaria y/o reintervenciones quirúrgicas. Con respecto a los riesgos para la madre Villar J et al. (18) reportaron un mayor riesgo de morbilidad materna severa con la cesárea OR 2.0- IC 95%: 1.6 a 2.5, riesgos significativamente mayores de hemorragia obstétrica, histerectomía periparto, admisión a unidad de cuidados intensivos y la necesidad de antibióticos posparto en las mujeres sometidas a cesárea. Las indicaciones para una cesárea de urgencia varían desde un estado fetal no tranquilizador a situaciones menos urgentes como la desproporción céfalo pélvica o falta de progresión del trabajo de parto...” (Líneas fuera de texto)

Ahora bien, en lo que atañe al desarrollo del feto semana a semana y su capacidad de adaptación después de cumplir el periodo previsto para su nacimiento, se resalta el análisis realizado por el reconocido médico T. W. Sadler, en su libro embriología médica¹², en el cuál proporciona información día a día del desarrollo embrionario, esto con el fin de dar claridad en este caso sobre la no viabilidad de la bebé que se encontraba por nacer.

Bajo esta perspectiva se reproduce algunos apartes de gran importancia:

“Del tercer mes al nacimiento: el feto y la placenta...”

El periodo desde el inicio de la novena semana hasta el nacimiento se conoce como periodo fetal. Se caracteriza por la maduración de los tejidos y los órganos, y el crecimiento rápido del cuerpo. La longitud del feto suele indicarse como longitud cefalocaudal (LCC; “altura sentado”) o como longitud vérticetalón (LVT), la medida desde el vértice del cráneo hasta el talón (“altura de pie”). Estas medidas, que se expresan en centímetros, se correlacionan con la edad del feto en semanas o meses (Cuadro 8-1). El crecimiento en longitud es en particular intenso durante el tercero, cuarto y quinto meses, en tanto el incremento de peso es más notorio durante los últimos dos meses de la gestación. En general, se considera que la gestación dura 280 días, esto es, 40 semanas a partir del día de inicio del último periodo menstrual normal (fecha de última regla, FUR) o, con más precisión, 266 días o 38 semanas después de la fecundación...

Cambios mensuales

Uno de los cambios más llamativos que ocurre durante la vida fetal es la disminución relativa de la velocidad del crecimiento de la cabeza en comparación con el resto del cuerpo. Al inicio del tercer mes, alrededor de la mitad de la LCC corresponde a la cabeza (Figs. 8-1 y 8-2). Al inicio del quinto mes el tamaño de la cabeza corresponde a cerca de una tercera parte de la LVT, y al momento del nacimiento se aproxima a una cuarta parte de la LVT (Fig. 82). Así, con el paso del tiempo el crecimiento del cuerpo se acelera pero el de la cabeza se enlentece. Durante el tercer mes (semanas 9 a 12) la cara adquiere un aspecto más humano (Figs. 8-3 y 8-4). Los ojos, que al inicio se orientan en dirección lateral, se desplazan hacia la región ventral de la cara, y los pabellones auriculares comienzan a acercarse a su posición definitiva a ambos lados de la cabeza (Fig. 8-3). Las extremidades alcanzan su longitud proporcional respecto del resto del cuerpo, si bien las extremidades inferiores aún son un poco más cortas y tienen un desarrollo un tanto menor que las extremidades superiores. Se identifican centros de osificación primarios en los huesos largos y el cráneo a la semana 12. De igual modo, en esta misma semana se desarrollan los genitales externos, a tal grado que puede determinarse el sexo del feto mediante exploración externa (ultrasonido). Durante la sexta semana las asas intestinales se hernian hacia el cordón umbilical y lo distienden, pero a la semana 12 ya han retornado a la cavidad abdominal. Al final del tercer mes puede provocarse una actividad refleja en fetos abortados, lo que revela actividad muscular. Durante los meses cuarto y quinto (semanas 16 a 20) el feto se elonga con rapidez (Fig. 8-5 y Cuadro 8-1), y al final de la primera mitad de la vida intrauterina la LCC es de alrededor de 15 cm, casi la mitad de la longitud total del neonato. El peso del feto se incrementa poco durante este periodo, y al final del quinto mes es aún inferior a 500 g. El feto está

¹² Langman, J., Sadler, T. W., & Lorenzo, I. Langman: Embriología médica 14 edición. Panamericana.

cubierto por un vello fino, denominado lanugo; las cejas y el pelo de la cabeza también son visibles. Durante el quinto mes la madre puede percibir los movimientos del feto.

Durante la segunda mitad de la vida intrauterina el peso aumenta en grado considerable, en particular durante los últimos 2.5 meses, cuando se gana alrededor de 50% del peso del recién nacido a término (alrededor de 3 200 g). Durante el sexto mes la piel del feto tiene una tonalidad rojiza y un aspecto arrugado debido a la carencia de tejido conectivo subyacente. **Un feto que nace en forma temprana durante el sexto mes tiene gran dificultad para sobrevivir. Si bien varios sistemas orgánicos pueden funcionar, el sistema respiratorio y el sistema nervioso central no se han diferenciado lo suficiente, y la coordinación entre los dos sistemas no está aún bien establecida.** Entre los 6.5 y los 7 meses el feto tiene una LCC aproximada de 25 cm y pesa cerca de 1100 g. Si nace en ese momento (7), el recién nacido tiene una probabilidad de 90% de sobrevivir. Algunos de los eventos del desarrollo que ocurren durante los primeros 7 meses...” (Subrayas y negrillas fuera de texto original)

Acorde con esta información, el Ginecólogo Obstetra Pedro Miguel Montaña Ojeda explicó que en el sub examine luego de asistir la paciente a la consulta se atendió de inmediato el parto y se obtuvo como resultado un recién nacido en malas condiciones generales y dificultad respiratoria, sin respuesta a la reanimación, producto de la infección intra-amniótica que padeció la madre gestante (Folios 157 a 160)

“PREGUNTADO: CUAL FUE LA ATENCIÓN POR USTED BRINDADA A LA PACIENTE YULI LORENA VELASCO HOYOS, SEGÚN LO CONSIGNADO EN LA HISTORIA CLÍNICA...CONTESTÓ: yo atendía a la paciente el 02 de abril del 2010. Encontré a una paciente de 23 años en un puerperio (el periodo que se da después del momento del parto) de 22 horas, del cual se había obtenido un recién nacido pretermino extremo, de 700 g, mortinato (el cual había fallecido) producto de una madre que presentaba una corioamnionitis (infección del feto de las membranas ovulares y del líquido amniótico) a la cual posteriormente le habíamos realizado un legrado obstétrico, para revisión de la cavidad uterina por retención de restos placentarios. Yo encontré a esta paciente en buenas condiciones generales, según la historia manifestaba sentirse bien deambulando, tolerando la vía oral. El examen físico al momento tenía una tensión arterial de 120/80, y una frecuencia cardiaca de 86, el abdomen tenía un útero bien involucionado contraído y el examen Ginecologico, salida de líquidos escasos...**PREGUNTADO: EN QUÉ CONSISTE SUS NOTAS MÉDICAS DESCRITAS EN LA HOJA DE EPICRISIS - SALA OBSTETRICA FOLIO 124 (FRENTE) EN LO QUE REFIERE “ENFERMEDAD ACTUAL”, “ANTECEDENTES” “HALLAZGO DEL EXAMEN FÍSICO”, “DIAGNOSTICO DE INGRESO”, “PRONOSTICO DE EGRESO” Y “PROCEDIMIENTOS REALIZADOS”, A LA PACIENTE YULI LORENA VELASCO** **CONTESTÓ:** La evolución de la epicrisis se encontró una paciente con 2 embarazos previos que había consultado por dolor bajito y sangrado de 3 horas de evolución a la cual en el examen físico de ingreso se palpaban pies del feto en el canal vaginal, a la cual le atendieron el parto en el consultorio obteniéndose un recién nacido pretérmino extremo en malas condiciones generales, con dificultad respiratoria, el cual fue valorado por Pediatría quien realizó reanimación cardiopulmonar sin ninguna respuesta...**PREGUNTADO: EL ESTADO EN EL CUAL HIZO PRESENCIA LA SEÑORA YULI LORENA VELASCO HOYOS EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SON COMUNES PARA PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE GRAVIDEZ Y SI ESTAS OBEDECEN A UN ADECUADO CONTROL PRENATAL.** **CONTESTÓ:** Las infecciones intra-amnióticas o corioamnionitis no son frecuentes durante el embarazo, pueden ser secundarias a infecciones vaginales o infecciones urinarias...**PREGUNTADO: EN RESPUESTA ANTERIOR HA HECHO USTED REFERENCIA A “INFECCIONES INTRAAMNIOTICA O CORIOAMNIONITOS”, SIRVASE EXPLICARLE AL DESPACHO CUALES EL PROCESO DE EVOLUCIÓN DE ESTE TIPO DE INFECCIONES.** **CONTESTÓ:** Las infecciones intra-amnióticas están definidas como la infección de las membranas ovulares que recubren el feto, el líquido amniótico y el feto propiamente dicho. La causa más frecuente es por infección ascendentes desde la vagina, las cuales llegan a las membranas ovulares y van a desencadenar una respuesta inflamatoria del feto produciendo una infección fetal, del cual se va a desencadenar a su vez una respuesta inflamatoria de la madre que se puede manifestar en forma de dolor abdominal, fiebre y que podría traer como consecuencia la muerte fetal y su no es

diagnosticada a tiempo, también podría comprometer a la madre...**PREGUNTADO: DENTRO DE LAS CONSECUENCIAS DE SUFRIR CORIOAMNIONITOS SE ENCUENTRA EL ABORTO O NACIMIENTO PREMATURO DEL BEBE. CONTESTÓ:** Una de las principales causas del aborto después de las malformaciones fetales son las infecciones intra-amnióticas...**PREGUNTADO: DENTRO DE LOS SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN AL SUFRIR UNA CORIOAMNIONITIS SE ENCUENTRA LA ELEVADA FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y DE LA MADRE MOVIMIENTO FRECUENTE DEL NENE Y SALIDA DE FLUJO O LIQUIDO AMNIOTICO FÉTIDO. CONTESTÓ:** En infecciones iniciales o una infección subclínica la paciente puede cursar asintomática o solamente manifestar flujo vaginal, ya en infecciones más avanzadas pueden manifestar dolor bajito, aumento del tono del útero (aumento de la sensibilidad uterina o abdominal), aumento de la frecuencia cardiaca fetal, fiebre, salida de flujo vaginal fétido...**PREGUNTADO: DESDE SU EXPERIENCIA PROFESIONAL PODRÍA USTED EXPLICARNOS LO QUE DESCRIBEN LOS EXÁMENES MÉDICOS QUE SE ENCUENTRAN ANEXOS AL EXPDIENTE EN LOS FOLIOS 15 Y 16 DEL PRIMER CUADERNO QUE FUERON REALIADOS EN LA RED DE SALUD DE LADERA. CONTESTÓ:** Los urocultivos y aun los hemocultivos son inespecíficos, podría haber una infección intra-amniótica, y tener la paciente un urocultivo y un hemocultivo negativo, ósea no hubo crecimiento de bacterias dentro de la muestra. La paciente trae un parcial de orina normal del 15 de marzo de 2010...”

En el mismo orden, resulta necesario traer a colación lo consignado por el Ginecobstetra Wilmar Saldarriaga Gil, quien se refirió al periodo de incubación de esta enfermedad y las posibles causas de la misma en el transcurso del tiempo desde la última ecografía obstétrica y cuando empezó a sentir los síntomas (Folios 179 a 187):

“...**PREGUNTADO:** sírvase explicar al despacho cuales son los síntomas que produce la corioamnionitis **CONTESTÓ:** son taquicardia fetal, elevación exagerada de la frecuencia cardiaca del feto; taquicardia materna, elevación exagerada de la frecuencia cardiaca de la madre; fiebre en la madre, hipersensibilidad uterina, dolor especial en el útero constante persistente que no se mejora espontaneo a al rose o con movimientos a la examinación del médico; actividad uterina, contracciones usualmente en embarazos que no han cumplido el tiempo de gestación produciendo amenaza de parto pretérmino, trabajo de parto pretérmino, o nacimiento pretérmino; en los casos en que la membrana amniótica esta rotas el liquido amniótico se puede encontrar hipertérmico, con mal olor, turbio, además la mujer puede percibir una disminución de los movimientos fetales. **PREGUNTADO:** una vez iniciado el proceso infeccioso, cuánto tiempo puede tardar en presentarse la sintomatología referida en su respuesta anterior. **CONTESTÓ:** es cuestión de horas, en la mayoría de los casos, no más allá de las 48 horas. **PREGUNTADO:** Sírvase explicar al despacho, cuáles son los exámenes médicos a través de los cuales se puede inferir o determinar que se esta desarrollando la corioamnionitis. **CONTESTÓ:** los exámenes que pueden ayudar a establecer y aclarar si hay diagnostico de corioamnionitis son: el Hemograma en el que se puede observar elevación de leucocitos usualmente mayor a 16 mil, con elevación de los neutrófilos y células maduras denominadas bandas; PCR que se eleva usualmente por encima de 8; la ecografía obstétrica en la que se puede observar disminución del liquido amniótico y pobre tono muscular fetal... **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al despacho, si en la atención médica prestada en la Red de Salud la Ladera ESE, en marzo 9 de 2010, la señora YULI LONREA VELASZO, se cumplió con el protocolo medico establecido para la atención de gestantes. **CONTETSÓ:** En lo que se puede observar de la historia clínica de la RED DE SALUD LA LADERA, me permito concluir que se realizó el protocolo usual para la gestante. **PREGUNTADO:** sírvase explicar al despacho, que estado de salud indican los exámenes de laboratorio practicados por la red de salud ladera a la señora YULI LORENA VELASCO y que obran a folios 14, 15 y 16 del expediente, aportados en el escrito de la demanda **CONTESTÓ:** En los mencionados folios se puede observar una citología vaginal del 18 de marzo de 2010 en que su diagnóstico fue negativo para lesión: premalina/malina; urocultivo: negativo del 15 de marzo de 2010; parcial de orina: negativo del 15 de marzo de 2010. Estos exámenes no mostraron alteración y lo que se puede inferir a través de ellos sería que los parámetros evaluados en la gestante se gozaba de buena salud... **PREGUNTADO:** De acuerdo con lo consignado en la historia clínica de la señora YULI LORENA VELASCO elaborada por la RED DE SALUD LA LADERA ESE y que obra a folios 8 a 19 y 20 a 21,

manifiéstele al despacho, si existe allí consignado algún indicio en el diagnóstico que permitiera inferir que para las fechas que refiere la historia clínica la paciente estuviera atravesando un cuadro infeccioso por corioamnionitis **CONTESTÓ:** lo encontrado en los folios mencionados **no existe ningún hallazgo que sugiera corioamnionitis en la paciente mencionada...** **PREGUNTADO:** diga al despacho, si de acuerdo con la historia clínica que reposa en el expediente y aportada por el demandante, puede inferirse que la señora YULI LORENA VELASCO no inicio su control prenatal en el término. **CONTESTÓ:** Según los folios 8, 9, y 10 la paciente inicio control prenatal cuando cursaba con un embarazo de más de 20 semanas interpretándose como un inicio de control prenatal tardío... **PREGUNTADO:** Si a la gestante el 25 de marzo del 2010 se le realiza una ecografía obstétrica nivel dos y se encontraba en perfecto estado de salud al igual que el feto, tal como lo expuso anteriormente y el primero de abril de 2010 nace el bebé. Sírvase manifestar cual puede ser la razón médica para que el parto se frustrara y el bebe falleciera. **CONTESTÓ:** La razón médica que pudiera explicar que el feto, la placenta y el líquido amniótico estuviesen en buena condición según la evaluación de la ecografía- obstétrica el 25 de marzo, y el primero de abril se presentara un trabajo de parto y un parto pretérmino extremo y signos claros de corioamnionitis es que ocurrió un proceso agudo infeccioso, que seguramente ocurrió entre 24 y 48 horas antes del 1° de abril de 2010, y que a la fecha del 25 de marzo no se había iniciado; en la ecografía del feto se observó en presentación cefálica, de cabeza y cinco días después tiene un parto en presentación podálica, lo cual puede ser explicado porque a la edad gestacional de 24 y 25 semanas la relación de espacio que ocupa el feto dentro del útero con respecto del liquido amniótico permite el feto tenga movimientos múltiples cambiando la presentación, la posición, la situación fetal con frecuencia... **PREGUNTADO:** si según el protocolo medico es cierto que cuando se presenta un parto podálico es necesario que la gestante sea intervenida de inmediato para evitar un sufrimiento fetal **CONTESTÓ:** en términos generales el parto en presentación podálica de nalgas es indicación de cesárea, sin embargo cuando las pacientes llegan con un trabajo de parto avanzado, en expulsivo, queriendo esto decir que el feto se esta saliendo la única opción que queda es atender el parto vaginal y no someter a la paciente a una operación de cesárea dado que la situación no lo permite. **PREGUNTADO:** Según la respuesta anterior si el parto podálico no se atendió o se trata a tiempo se corre el riesgo de que el bebé presente cianosis y equimosis. **CONTESTÓ:** En los casos de parto pretérmino extremo si el parto es vaginal independiente que sea la presentación podálica o cefálica, existe elevadas posibilidades de que el feto presente cianosis y equimosis así que estas son características en el neonato pretérmino que se presentan independiente si el parto es de nalgas o de cabeza..." (Subrayas fuera de texto)

Ahora, tratándose de los exámenes, atención y procedimiento, la misma señora Yuli Lorena Velasco Hoyos manifestó que:

"(...) **PRIMERA PREGUNTA:** diga si es cierto o no que usted en marzo nueve de 2010 acudió a la IPS Polvorines para realizar su primera cita de control prenatal. **CONTESTÓ:** No yo desde el segundo mes de embarazo que en diciembre del 2010... **QUINTA PREGUNTA:** de acuerdo con lo manifestado por usted y siendo reiterativa en su control iniciado en su segundo mes podría indicarle al despacho que órdenes medicas exámenes, radiografías o remisiones a interconsultas se le realizaron por el médico que la atendió **CONTESTÓ:** primero me dieron las pastas que le dan a uno en el embarazo y luego me mandó una serie de exámenes que no recuerdo... **DECIMO TERCERA PREGUNTA:** Indíquele al despacho si usted se practicó todos los exámenes ordenados en la consulta del nueve de marzo de 2010. **CONTESTÓ:** Si todos los exámenes me los practique... **DÉCIMO SEPTIMA:** podría indicarle al despacho con que tiempo de antelación a la llegada al hospital San Juan de dios el 1° de abril de 2010 empezó usted a sentir las molestas que originaron esa consulta de urgencia. **CONTESTÓ:** Como dos horas antes sentía mucho dolor. **DECIMA OCTAVA PREGUNTA:** aparte del dolor referido que otros síntomas usted pudo detectar en usted **CONTESTÓ:** Sangrado..."

Queda claro entonces que:

1. La madre gestante se acercó a la consulta de servicio médico dos (2) horas después de la sintomatología presentada.

2. Una vez detectada la infección corioamnionitis, y la posición del feto (podálica), conforme la ciencia médica, la consecuencia inmediata es un parto inminente, sin que el feto tenga la posibilidad de sobrevivir, por su estado de madurez en la que se encuentra (hasta la semana 24 el feto no tiene capacidad para sobrevivir dada la dificultad respiratoria).
3. La corioamnionitis es una enfermedad infecciosa aguda que suele presentarse en las primeras 48 horas después de que el líquido amniótico, la placenta o el feto son colonizados por bacterias (ver informe Ginecólogo Wilmar Saldarriaga folios 120, C.1)
4. De lo anterior, la infección presentada tiene riesgos de muerte para la madre y el feto, por lo que su atención debe ser urgente.
5. Si bien puede detectarse y tratar la enfermedad en los controles prenatales, también es cierto que a la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos se le practicaron los exámenes correspondientes, los cuales para esa fecha (15 y 25 de marzo), salieron normales, y no se presentaron signos de alarma que determine una conducta a seguir.
6. El procedimiento realizado a la madre gestante durante la labor de parto fue adecuado, pues la cesárea como procedimiento quirúrgico tiene riesgos de infecciones, hemorragias, lesiones y en general cualquier efecto adverso propio de la cirugía que puede llegar a la muerte.

Estas conclusiones son coincidentes con la experticia rendida por la especialista en Ginecología y Obstetricia Olga Lucia Cuero Vidal, por cuanto explicó todo lo relacionado con el embarazo expulsivo generado en virtud de la infección corioamnionitis y la inmadurez del feto (Folios 207 y 208, C.1):

“ ...

Pregunta 2

Que incidencias puede acarrear en el alumbramiento de un feto el hecho de que madre gestante presente los siguientes episodios EMBARAZO DE 20 SEMANAS, FUV PODALICO EXPULSIVO CORIOAMNIONITIS.

*Cuando una madre tiene un embarazo de 20ss y esta en expulsivo, ya sea que el feto este en podálica o en encefálica se considera que el parto es inminente de un feto NO viable, lo que indica que este feto no podrá sobrevivir por la gran inmadurez de todos sus sistemas y si además tiene una corioamnionitis los riesgos de bacteriemia y sepsis en la madre son muy altos. Por esta última razón siempre que una embarazada tenga una infección amniótica llamada CORIOAMNIONITIS la conducta el embarazo **independiente del tiempo de embarazo** ya que la vida de la madre esta en alto riesgo y vida de la madre prima.*

Pregunta 3

El deceso del recién nacido hija de la señora YULI LORENA VELASCO HOYOS se produjo o derivó como consecuencia de los actos médicos de que fuera objeto, por parte de su cuerpo médico tratante, adscrito a los servicios de Ginecología y Obstetricia y Pediatría del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

La muerte fetal nunca tuvo que ver con la actuación médica, la muerte fetal se dio porque el feto por su edad gestacional 20 semanas es un feto NO viable, sumado a la severa corioamnionitis.

Si el feto no se hubiera evacuado hubiera podido llevar a la muerte a la madre por diseminación de la infección (bacteriemia). El tratamiento que recibió la señora fue apropiado desde todo punto de vista.

Pregunta 4

Si la atención médica-asistencia registrada en los diferentes folios de historia clínica, de la señora YULI LORENA VELASCO HOYOS junto a su recién nacida,

por parte del cuerpo médico asistencial tratante, adscrito a los servicios de Ginecología y Obstetricia y Pediatría, fue idónea, adecuada, permanentes, prudente, diligente y personalizada de acuerdo los datos adquiridos por la ciencia conforme al nivel II mediano complejidad del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

La atención que recibió la paciente YULI LORENO VELASCO HOYOS por los médicos del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS fue idónea porque fue hecha por personal calificado con el debido entrenamiento y conocimiento y experiencia en este tipo de patología ya que fue atendida por médicos con especialización en Ginecología y Obstetricia, la atención fue adecuada porque cuando hay un embarazo de 20 semanas con una corioamnionitis y la paciente esta en expulsivo como fue este caso, se le debe dar parto vaginal, ya que es un feto no viable, la atención fue prudente puesto que el procedimiento es adecuado ya que la paciente estaba en expulsivo y con una corioamnionitis el parto vaginal era el indicado, el manejo fue prudente porque se le realiza el procedimiento a la paciente mas indicado en este caso con el menor riesgo de complicaciones maternas que es parto vaginal ya que el feto estaba con partes en la vagina ósea estaba expulsándose. La atención fue diligente porque recibió inmediata sin retraso alguno y fue personalizada atendida y manejada directamente por los dos especialistas”

En suma, se considera oportuno traer a este párrafo, la definición de la perita Pediatra Hilda Patricia Reyes Cardozo, respecto de las condiciones generales de la bebé en el parto inminente padecido por la señora Yuli Velasco Hoyos, hizo hincapié en que la materna llegó en condiciones críticas con un embarazo de alto riesgo y con edad gestacional de 20 semanas (premature). Igualmente, dadas estas patologías conforme lo menciona ciencia médica, las maniobras fueron las necesarias para reanimar el feto, pero, estaba en mal estado general, con una edad gestacional no viable, y por esto, no respondió a la actividad médica (Folios 224 y 225, C.1).

Finalmente, el Ginecobstetra José Raúl Quesada en atención a la solicitud de prueba realizada por la parte demandante y que fuera decretada en audiencia de pruebas el 14 de mayo de 2013 (Folio 81, C.1), contestó las siguientes preguntas (folios 667 a 670, C.2):

“(…) EN QUE CONDICIONES NACIO LA BEBE

Revisado la historia clínica se encuentra:

Nace RN prematuro extremo sin signos vitales, apgar de 0. Al min 2, reanimación y no recupera, presenta equimosis generalizada. Peso 700 grs. Se suspenden maniobras 10 min sin obtenerse signos vitales. Análisis/plan: RN prematuro extremo, que nace en paro cardiopulmonar, séptico, madre con corioamnionitis severa. No responde a maniobras”.

CERTIFICACIÓN DEL MOTIVO POR EL CUAL NO SE REALIZO UNA CESAREA

PRIMER MOTIVO: NO HUBO TIEMPO PARA LLEVAR LA PACIENTE A CESAREA.

La paciente es revisada por la Dra María del Socorro Ramos, quien la encuentra en expulsivo, con las membranas rotas, y con los pies en vagina, y 12 minutos después nace la bebé.

SEGUNDO MOTIVO: NO HABÍA DIAGNOSTICO DE LA EDAD GESTACIONAL

Paciente con dos hijos anteriores, debería saber la importancia del control prenatal, al no asistir al control prenatal, no tuvo ecografías, que hubiesen podido orientar al obstetra sobre la edad gestacional real, por lo cual y ante la urgencia de tener un feto con los pies en la cavidad vaginal, solo le quedo valorar el útero, el cual tenía un tamaño para 20 semanas, lo cual implica que el feto no tendría la edad gestacional para alcanzar la viabilidad fetal la cual es considerada entre 24 y 26 semanas, por lo cual someter a la madre a un riesgo quirúrgico como es la Cesárea, no tendría razón de ser teniendo un feto ya en expulsivo y sin posibilidad de viabilidad fetal.

TERCER MOTIVO: LA CESAREA NO ES INOFENSIVA

La cesárea como procedimiento quirúrgico tiene riesgos de hemorragia, infecciones, lesión de otros órganos, y otros que pueden llevar hasta la muerte a la paciente; en este caso, donde existía un proceso infeccioso ya establecido, se aumenta 10 veces más el riesgo de sepsis (infección generalizada) y muerte de la paciente; además con un feto en los pies de la vagina, al intentar sacarlo por encima debería ser traccionado, lo cual aumentaría los riesgos del feto. Y por último al ser un embarazo tan pequeño, se requeriría abrir el útero en forma corporal (es decir abrirlo a lo largo), con lo cual en futuros embarazos se correría el riesgo de una ruptura uterina en cualquier momento de dicho embarazo...

¿Se debe exponer a la madre a un procedimiento de riesgo, cuando se considera que el feto no era viable?

¿CUAL ES LA RAZON PARA QUE LA PACIENTE PRESENTARA UNA CORIOAMNIONITIS SEVERA Y LAS CONSECUENCIAS QUE TRAE CONTRAER ESTA AGUDA INFECCIÓN?

Infección: Desde siempre se ha relacionado la infección urinaria y/o la vaginosis con el riesgo de parto prematuro. Recientemente se ha descrito un tipo de infección que se conoce como corioamnionitis, que, aunque en sentido estricto indicaría solo infección de membranas, en realidad hace referencia a una infección intrauterina que puede afectar la placenta, las membranas, cordón umbilical y/o líquido amniótico. Esta infección producida por gérmenes de baja virulencia es clínicamente silente y no solo es una causa frecuente de desencadenamiento del parto prematuro, sobre todo antes de las 30 semanas de gestación, sino que además en el feto produce lo que se conoce como Síndrome inflamatorio fetal el cual se ha relacionado con importantes secuelas neurológicas y pulmonares del niño..."

Así las cosas, en virtud del material probatorio allegado al expediente, resulta difícil para estructurar la responsabilidad deprecada a título de falla en el servicio en este caso, tal y como lo manifestó la parte actora, como quiera que, la actividad médica no es la causa determinante del fallecimiento de la bebé, es decir, no se cuenta con los elementos de prueba suficientes para deducir que los profesionales en la salud actuaron de manera defectuosa o no actuaron en el cumplimiento de sus funciones, o que durante la prestación del servicio desatendieron los procedimientos de rigor preestablecidos.

Al contrario, del material aportado por la parte demandada y lo indicado por la literatura médica, las entidades accionadas trataron el embarazo de la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos debidamente, incluido la infección contraída por la señora Yuli Lorena Velasco Hoyos, y que lastimosamente producto de ello se produjo el deceso de la bebé que estaba por nacer.

De esta manera, no se advierte prueba pericial u otro medio de convicción que permita inferir que las entidades demandadas dieron un manejo inadecuado al periodo gestacional de la embarazada, lo que, si está probado es que, pese a que la actora asistió de manera de manera tardía a sus controles, la entidad accionada le ordenó los exámenes de rigor, y después de 5 días de practicarse, incurrió en una infección que no resulta atribuida a la praxis médica.

Entonces, si bien el extremo activo afirmó que no se diagnosticó la infección y no se trató el parto por cesárea, en virtud de la enfermedad y los antecedentes clínicos del bebe (parto prematuro), como se vio ampliamente en párrafos precedentes, se colige que la prestación del servicio médico se dio dentro de los procedimientos que la lex artis impone, en razón a la cual se declara que no esta probada la falla como criterio subjetivo de imputación.

Bajo el anterior contexto, se advierte que el Hospital San Juan de Dios no incurrió en una falla del servicio y que la atención médica que prestó a la madre y la recién nacida fue adecuada y oportuna.

Asimismo, se observa que las actuaciones desplegadas por la Red de Salud la Ladera se ajustaron a las funciones legalmente establecidas, toda vez que, se garantizó en todo momento la prestación del servicio.

En otras palabras, se deben negar las pretensiones de la demanda, porque no se probó la falla del servicio en la que incurrieron las entidades demandadas y porque la actividad médica no fue la que motivó el fatídico desenlace que ultimó la vida de la menor¹³, lo que hace es imposible atribuir el daño bajo un título objetivo de imputación¹⁴.

Por lo anterior, se encuentra que en este caso la parte actora no cumplió con la carga probatoria que le correspondía, teniendo en cuenta que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*, de donde la relación de causalidad entre el hecho lesivo y la falla del servicio que se alega requiere de prueba, cuya omisión por la demandante, a quien corresponde tal *onus*, impide establecer la existencia de uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, sin la cual, en los términos del artículo 90 de la Constitución Política, no es posible su declaración.

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 ello¹⁵.

En consecuencia, se niegan las pretensiones de la demanda, y en tal sentido resulta inane seguir con el segundo problema jurídico planteado relacionado con la responsabilidad de las compañías de seguro obligatorio.

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 Valle del Cauca, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

1. DECLARAR NO PROBADAS las excepciones propuestas por la demandada

¹³ Al respecto, es menester reiterar que si bien el régimen aplicable a los eventos en los cuales se discute la responsabilidad patrimonial del Estado por las actividades médico-sanitarias es, por regla general, el de la falla probada del servicio, la característica y el carácter técnico y científico de la actividad médica, le permiten al juez acudir a diversos medios probatorios para formar su convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad, sin que por ello se pueda afirmar que dicha relación causal se presume.

¹⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección “B”, sentencia del 29 de agosto de 2013, Exp. 30283; Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección “B”, sentencia del 30 de abril de 2014, Exp. 28214; Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección “A”, sentencia del 10 de septiembre de 2014, Exp. 27771; y Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección “C”, sentencia del 18 de mayo de 2017, Exp. 36565.

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 24 de septiembre de 2020, Exp. 59400.

y la llamada en garantía.

2. **NEGAR** las pretensiones de la demanda.
3. Sin costas en esta instancia.
4. **DEVOLVER** a la parte actora los remanentes de gastos del proceso, en el evento de existir y previa solicitud.
5. **ARCHIVAR** el expediente, una vez en firme esta sentencia, dejando las anotaciones de rigor.

Firmado Por:

Rogers Areham Arias Trujillo
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
019
Cali - Valle Del Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **abd4116bace7da25704f85c993f6fa0f9d7ee5ab0704e72f2c6ec1e49339e7c2**
Documento generado en 08/06/2022 02:11:26 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>