



**JUZGADO SESENTA Y CUATRO (64)  
ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL  
CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ -  
SECCIÓN TERCERA**

Bogotá, D. C., veintiuno (21) de mayo de dos mil veinte (2020)

<b>JUEZ</b>	<b>:</b>	<b>ÁLVARO CARREÑO VELANDIA</b>
<b>Ref. Expediente</b>	<b>:</b>	<b>110013336714-2014-00193-00</b>
<b>Demandante</b>	<b>:</b>	<b>Nelson Nevardo Naranjo Barrera y otros</b>
<b>Demandado</b>	<b>:</b>	<b>Hospital Militar Central</b>

**REPARACIÓN DIRECTA  
SENTENCIA No. 42**

**OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO**

Surtido el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, procede el Despacho a proferir la sentencia de primera instancia, en el proceso de la referencia.

**1.- ANTECEDENTES**

**1.1.- LA DEMANDA**

El día 18 de septiembre de 2014, por medio de apoderado judicial el señor Nelson Nevardo Naranjo Barrera en nombre propio y en representación de su menor hija Jennifer Lorena Naranjo Arias. presentaron demanda, en ejercicio del medio de control de reparación directa, contra el Hospital Militar Central, a efectos de que se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

*"PRIMERO: Declarar Administrativamente y Extracontractualmente responsable a la NACIÓN – HOSPITAL MILITAR CENTRAL, teniendo en cuenta que de acuerdo al procedimiento de parto instrumentalizado que se realizó a la señora ALEIDA DE JESÚS ARIAS MIRANDA el 26 de junio de 2012 para el nacimiento de su menor hija JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS, se presentó una falla en el servicio médico por las galenos del Hospital Militar Central quienes atendieron el parto y dentro del procedimiento a la niña le fracturaron el cráneo, pues de acuerdo a la ecografía obstétrica da cuenta que la anatomía fetal se visualiza normal limitada por edad gestacional, luego el ser que está por nacer es normal y no presenta malformaciones cerebrales, de donde se colige que la fractura de su cráneo no es genética, sino producto de la falla en el servicio médico por el instrumentador al utilizar la espátula.*

*Solicitó por conceptos de daños morales en favor de la menor Jennifer Lorena Naranjo Arias, la suma de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes y en favor de Nelson Nevardo Naranjo Barrera la suma de trescientos cincuenta (350) salarios mínimos legales vigentes.*

*Por concepto de daño en la vida de relación solicitó en favor de Jennifer Lorena Naranjo Arias la suma de doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes y en favor de Nelson Nevardo Naranjo Barrera la suma de Cien (100) salarios mínimos legales vigentes.*

*Por concepto de prejuicios materiales en la modalidad de lucro cesante s futuro solicitó la suma de Seiscientos Cincuenta Millones de Pesos (\$650.000.000) y en la modalidad de daño emergente la suma de Cinco Millones de Pesos (\$5.000.000) en favor de Jennifer Lorena Naranjo Arias.*

## **1.2.- HECHOS DE LA DEMANDA**

Los hechos de la demanda, en los cuales la parte actora fundamentó sus pretensiones, se resumen a continuación:

- El 26 de junio de 2012 nació la menor Jennifer Lorena Naranjo Arias con buenas condiciones de salud en el Hospital Militar Central. En el procedimiento de parto fue utilizada una espátula por parte del médico Oldrih Baldrich Gómez, espátula que según el decir del demandante se cayó en el momento del parto, y fue recogida limpiada e introducida nuevamente; luego de ser examinada la neonata se indicó que el nacimiento de la bebe transcurrió sin problemas y en buenas condiciones de salud, de acuerdo al certificado de nacido vivo.
- Cuando la bebe Jennifer Lorena Naranjo Arias fue entregada a su madre para alimentarla, la señora Aleida de Jesús Arias Miranda observó que tenía hundido el cráneo, de inmediato a las 19:00 horas se informa al cuerpo médico y la menor es trasladada al área de neonatos en donde le realizaron los exámenes de rigor encontrándose fractura de cráneo y sangrado cerebral, circunstancia por la cual se le realizó cirugía con incisión de aproximadamente 7 cm, en la que se le extrajo más de 20 cms de sangre del cráneo.
- Refiere el demandante que la menor Jennifer Lorena Naranjo, fue hospitalizada por más de tres meses en los cuales adquirió una alergia en el cuerpo por malos procedimientos higiénicos.
- Expresa el demandante que el daño cerebral sufrido por la menor pudo evitarse, y que la mala práctica en el parto afectó el desarrollo normal de la menor.

### 1.3.- CONTESTACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

**El Hospital Militar Central** (fl. 164-170 C. Principal) se opuso a todas y cada una de las pretensiones del libelo, por cuanto adujo la entidad hospitalaria que, puso a disposición de la paciente Aleida de Jesús Arias y su recién nacida Jennifer Lorena Naranjo todo el equipo técnico y humano con el que cuenta para tratar la patología (trabajo de parto inducido y preeclamsia severa) que le afectó su estado de salud y que durante su gestación fueron muy pobres sus controles prenatales, por lo que se inició a la madre intervención de manera inmediata, brindando una atención oportuna, racional, secuencial, eficaz, diligente, tratadas por personal idóneo, con amplia experiencia en el área de la medicina requerida, quienes de acuerdo a su criterio médico científico obraron con prudencia y diligencia, razones por las cuales no es apropiado predicar una falla en la prestación del servicio de salud que brinda la entidad demandada a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía.

Respecto a la atención brindada a la paciente Aleida de Jesús Arias y su menor hija Jennifer Lorena Naranjo, señaló que la madre gestante ingresó al servicio de urgencias de ginecología del HMC el 25 de junio de 2012 a las 13:09, con embarazo de 39 semanas con un pobre control prenatal ya que asistió a dos controles durante todo su embarazo y asistió al servicio de urgencias en tres ocasiones: a) 8 de marzo de 2012, con 22 semanas sin controles prenatales ni paraclínicos, ni ecografía, b) 3 de mayo de 2012 con embarazo de 31 semanas, actividad uterina irregular, sin ecografías ni exámenes de sangre prenatales, c) 30 de mayo de 2012, con 36 semanas, sangrado vaginal, ausencia de movimientos fetales, cefalea e hipertensión gestacional e infección de vías urinarias dos semanas antes del ingreso y sin valoración previa.

Al momento de la valoración en el HMC por urgencias el 25 de junio de 2012, consulta para control de cifras tensionales y valoración de examen de orina en 24 horas dado que tienen sospecha de (trastorno hipertensivo gestacional rastreo de preeclamsia de dos semanas de evolución) con reporte de ese mismo día de proteinuria positiva de 694 mg/24 horas.

Se repiten paraclínicos por urgencias, confirmando proteinuria en muestra aislada positiva, por lo cual es hospitalizada hacia las 18+50 hrs para inducción del trabajo de parto con diagnóstico de embarazo de 39 semanas u2 días + feto único vivo + preeclamsia severa.

La inducción del parto transcurre adecuadamente, con dilatación adecuada en el tiempo y alcanzando expulsivo a las 14:30 hrs, después de expulsivo de 45 minutos presenta desaceleraciones fetales severas y sostenidas por más de 20 minutos que no responden a reanimación in útero,

asociado a fatiga materna y falta de pujo, por lo cual se diagnostica sufrimiento fetal agudo y ante condiciones adecuadas maternas se decide instrumentación del parto dada la urgencia e inminencia de muerte fetal encontrándose el feto en una estación de +2, es decir, su porción cefálica en el canal vaginal.

Indicó que debe tenerse en cuenta que ante el sufrimiento fetal agudo+ preclamsia severa de la madre es lo que contraindica relativamente el pujo materno prolongado, lo que lleva al DR. Oldrich Barldrich (para ese momento residente de ultimo año) bajo supervisión de la especialista Beatriz Arias a realizar procedimiento sin complicaciones, en una sola toma, obteniendo recién nacido femenino apto para edad gestacional de 2895 gramos, pagar 9/10, 10/10 el cual se entrega a pediatría para valoración de una depresión parietotemporal que presentó la neonata.

Respecto de la caída de la espátula y su reinducción, debe decirse que tal suceso no ocurrió y por ello no aparece registrado en la historia clínica ni por el médico ni por el personal de enfermería. Sin embargo, en caso de ocurrir una situación similar, el HMC cuenta con instrumental de sobra para solicitar nuevas espátulas y continuar el procedimiento.

**El llamado en garantía Previsora S.A Compañía de Seguros** (fl. 206- 214 C. Principal), señaló que ninguno de los hechos le constan por lo que se atiene a lo que se pruebe en el proceso, propuso como excepciones:

- **Falta de cobertura por no reclamación y notificación dentro del término de vigencia de la póliza que se dice fue aportada como base del llamamiento;** en el entendido que la póliza de seguro de responsabilidad civil clínicas y hospitales, cuyo clausulado general es el RCP-00006-3, la cual cubre "*... la responsabilidad civil en que incurra exclusivamente como consecuencia de cualquier "ACTO MEDICO" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la cobertura especificado en las condiciones particulares ...*", de la que el asegurado hoy llamante en garantía no dio aviso del suceso adverso, y de acuerdo al artículo 4 de la Ley 389 de 1997 la póliza opera por reclamación, siempre y cuando se haga dentro del término de vigencia de la póliza, su renovación o el termino adicional de recamos que se haya pactado, y en el presente asunto la reclamación no se hizo durante el término de vigencia de la póliza.

- **Sujeción a las condiciones del contrato de seguro- amparos, limites, sublimites, deducibles y agotamiento del valor asegurado;** indicó que en el caso de llegarse a deducir responsabilidad alguna de la compañía de seguros, deberá hacerse conforme a las estipulaciones contractuales, como: a) existencia de exclusiones absolutas pactadas como la de

notificaciones formuladas por el asegurado, o los reclamos o demandas de terceros que lleguen a conocimiento del asegurado fuera del límite temporal de vigencia... aunque dichas notificaciones, reclamos o demandas se deriven de actos médicos practicados durante la vigencia de la póliza"; b) existencia del incumplimiento de una garantía; c) suma asegurada límites y sublímites establecidos contractualmente tanto en los certificados y los condicionados particular y general; d) deducible pactado; e) disponibilidad del valor asegurado y su disminución por agotamiento, pues al momento de proferirse fallo el valor asegurado puede verse agotado por eventuales condenas, transacciones o conciliaciones, pagos indemnizatorios, hasta el momento de ejecutoria de la sentencia que ponga fin a este proceso; y f) personas aseguradas y sublímite por daños morales que conforme al condicionado general RCP-006-3 no es superior a los \$50.000.000.

#### **1.4.- TRÁMITE PROCESAL**

Mediante auto del 27 de noviembre de 2014 el juzgado 14 Administrativo de Descongestión – Mixto del Circuito de Bogotá, admitió la demanda, ordenando notificar a las entidades demandadas, al señor Agente del Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (folios 139-140).

A través de auto del 13 de noviembre de 2015, el Juzgado 14 Administrativo de Descongestión del Circuito de Bogotá, aceptó el llamamiento en garantía efectuado por el Hospital Militar Central a la Previsora S.A (fl. 195-196).

Mediante auto del 19 de enero de 2016, y en cumplimiento del acuerdo PSAA15-10402 del 29 de octubre de 2015 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura éste despacho avocó conocimiento del presente asunto (fl. 198).

Por auto del 10 de agosto de 2017, se fijó fecha para llevar cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 de la ley 1437 de 2011. (fl. 262).

El día 12 de diciembre de 2018, se celebró la audiencia inicial, en la que se fijó el litigio en los siguientes términos: (fl. 267-273)

*" Encuentra el Despacho que la fijación del litigio se centra en establecer si debe declararse la responsabilidad de la NACIÓN - HOSPITAL MILITAR CENTRAL como consecuencia de la presunta falla en el servicio médico - hospitalario que produjo lesión cerebral de la menor JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS y si hay lugar al reconocimiento y pago de los perjuicios morales y materiales solicitados o si por el contrario se configuró eximente de responsabilidad".*

El 19 de septiembre de 2019, se realizó la audiencia de pruebas, en la que se precluyó el debate probatorio y se corrió traslado a las partes para que alegaran por escrito, y para que el Ministerio Público si a bien lo tenía presentara su respectivo concepto (fl. 360- 364).

### 1.5.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

**La parte demandada Hospital Militar Central** (fl. 367- 368) argumentó que de acuerdo con la historia clínica de la paciente y su hija, se aprecia de manera clara los tratamientos médicos y terapéuticos brindados por el HMC, a la madre gestante con un libre control pre natal y preclamsia severa que obligó a inducir el parto por estar a término la gestación y cuando se presentó expulsivo +2 se reportó sufrimiento fetal con falta de pujo por la madre, por lo que fue necesario que el cuerpo médico instrumentara el parto con reporte de fractura en la recién nacida.

Respecto a la aseveración del actor según la cual las espátulas del doctor Velasco se cayeron al piso y fueron reutilizados, no obra reporte en la historia clínica de dicho incidente.

Señaló que de acuerdo a la declaración juramentada de las doctoras Beatriz Arias y Lizeth Cabarcas se confirmaron los diagnósticos y tratamientos que obran en la historia clínica.

Indicó que la tensión arterial de la paciente acarreó complicaciones para la señora Aleida de Jesús Arias y su recién nacida Jennifer Lorena Naranjo, sumado a la preclamsia conllevó a que los galenos del HMC iniciaran inducción del parto.

Resaltó que de las declaraciones recibidas en audiencia de pruebas se demostró que el riesgo de fractura de cráneo, que fue debidamente advertido y aceptado por la demandante como posible, pues el mismo puede ocurrir en partos instrumentados; de hecho, es posible que, por el solo descenso del feto del canal pélvico al impactar con huesoso de la madre, pueda presentarse la fractura.

En cualquier caso, la necesidad de instrumentar el parto se justificó por el sufrimiento fetal y el inmediato manejo que debía darse para evitar la muerte del feto, por lo que es concluyente afirmar que el beneficio era de mayor relevancia que el riesgo, máxime si se tienen en cuenta que se logró superar el riesgo y salvar la vida de la recién nacida.

Adujo que pese a la fractura de cráneo de la recién nacida Jennifer Lorena Naranjo dicha complicación se trató y se superó sin secuelas probadas, pues en la historia clínica se deriva que no sufre déficit neurológico.

Señaló que, de acuerdo con el dictamen pericial aportado al proceso por las Federación Colombiana de Obstetricia, que coincide con las pruebas documentales, se desmienten los argumentos de la parte actora y se demostró que el uso de la instrumentación durante el parto estuvo justificada y que, la decisión de cesaríá había sido errada por el tiempo que debía invertirse lo que implicaría comprometer la vida del feto.

Como causal eximente de responsabilidad propuso la culpa exclusiva de la víctima, en el entendido que la paciente gestante no controló su embarazo, pues no asistió a los controles prenatales necesarios, lo que conllevó a que el embarazo llegara a término sin control de la preclamsia que afectó seriamente el parto.

También formuló la fuerza mayor, toda vez que, de acuerdo con lo señalado por la testigo Beatriz Arias y el perito Diego Becerra, era mandatorio y obligatorio el uso de espátulas de Velasco como única y más rápida acción para salvar la vida del feto, quien se encontraba con sufrimiento fetal y altísimo riesgo de muerte o de secuelas neurológicas graves.

Solicitó se nieguen las pretensiones de la demanda.

**La parte demandante (fl. 369-375)**, adujo que se demostró que el 13 de junio de 2012 se practicó a la señora Aleida de Jesús Arias Miranda ecografía obstétrica en donde se concluyó: "*Anotomía fetal visualizada normal limitada por edad gestacional*", y que para el 26 de junio de 2012 dio a luz por parto instrumentado en el Hospital Militar a la niña Jennifer Lorena Naranjo Arias, y que en dicho procedimiento participó la doctora Beatriz Eugenia Arias Vélez y el residente Oldrih Baldrich Gómez quien fue el instrumentador.

Que se probó que durante la realización del procedimiento médico del parto instrumentado estuvo presente el señor Nelson Nervado Naranjo Barrera como padre de la niña a quien se le llamaría Jennifer Lorena Naranjo Arias, quien refirió que en el procedimiento al instrumentador se le cayó la espátula, se recogió, limpio y con este mismo instrumento se hizo el procedimiento.

Adujo que en el peritaje aportado por la entidad demandada, rendido por el médico Diego Alejandro Becerra Cornejo se estableció que el hueso pélvico de la madre no ocasionó las fracturas craneales de la niña Jennifer Naranjo y que las fracturas de la menor fueron ocasionadas por el uso de espátulas de Velasco en el parto instrumentado, luego es el mismo Hospital Militar a través del perito, quien demuestra plenamente que la falla en el servicio médico fue la causante de las lesiones cerebrales a Jennifer Naranjo Arias, por la indebida utilización de las espátulas.

Señaló que el parto instrumentado es un procedimiento de gran seguridad, que en manos expertas no incrementa la presión sobre la cabeza del feto, como se suele creer y en cambio sí logra evitar complicaciones graves para el feto y la madre; sin embargo, su utilización es restrictiva no se utiliza para sacar el feto que no sale, sino cuando la cabeza del feto ha superado los obstáculos óseos de la pelvis de la madre, es decir, para ayudar en la fase final y no tienen que pasar por ningún canal óseo, y si se duda si el feto pasa o no pasa sin duda alguna hay que acudir a la cesárea.

Razones por las que consideró que el procedimiento se hizo de manera irregular creando complicaciones para el feto y la madre como está plenamente demostrado, por lo que la demandada es responsable de los daños causados a la menor Jennifer Naranjo.

Solicitó se acceda a las pretensiones de la demanda.

**- El llamado en garantía La Previsora S.A Compañía de Seguros (fl. 375- 377),** señaló que los argumentos de la parte actora carecen de aprueba, toda vez que la doctora Beatriz Eugenia arias Vélez ginecóloga quien atendió el parto de la menor, junto con un residente de la especialización de ginecología Dr. Oldrich Baldrich, recibieron a la madre gestante con un embarazo a término, en el trabajo de parto y con una sospecha diagnosticada de hipertensión gestacional generadora de preclamsia severa, lo que implicó la hospitalización inmediata e inducción del parto, respondiendo la materna de manera adecuada en dilatación y tiempo, lo que colocó a la bebe en el canal del parto y en el momento de la fase expulsiva de la bebe.

La madre eleva tensión arterial con la consecuente desaceleración de la frecuencia cardiaca de la bebe, lo que implicó un estado gestacional insatisfactorio y sufrimiento fetal agudo por falta de oxígeno, que habría podido acarrear una insuficiencia renal, parálisis cerebral o necrosis intestinal incluso hasta la muerte, razones por las que se hizo urgente desembarazar a la paciente acelerando la expulsión del feto utilizando las espátulas de Velasco, instrumentación que se realizó con el cumplimiento de los requisitos para ello. Así las cosas, la cesárea reclamada por la parte actora no era procedente, pues esta es una operación sucedánea que conlleva tiempo para su preparación y tiempo no había. Debe tenerse en cuenta que la preclamsia es la mayor causa de muerte en maternas.

Para la Previsora S.A la instrumentación realizada en el presente caso no tuvo incidencia en la lesión de la menor, no obstante, la medición de signos neurológicos fue adecuada, con calificación de 9 sobre 10 clasificación objetiva de tono, movimiento, llanto, esfuerzo respiratorio y color del feto.

Con relación a la versión rendida por la Dra Lizeth del Carmen Cabarcas Castro, neuróloga pediatra, quien conoció a la bebe para la valoración por fractura parietal y hematoma epidural de un examen neurológico a la menor, confirmó que el examen neurológico y su calificación 9 sobre 10 arrojaba que la bene se encontraba en buenas condiciones, con todas sus funciones del sistema nervioso central sin compromiso neurológico de secuelas en ese momento, ni eventos convulsivos, con un neurodesarrollo normal.

A su vez el Dr. Diego Alejandro Becerra Cornejo, perito médico especialista en ginecología y obstetricia y derecho médico, informó que la historia clínica precisó que se trató de un escenario de alto riesgo obstétrico, con un diagnóstico e identificación de factores de riesgo y deficiencias de bajo control prenatal y preclamsia, lo que fue definitivo para la terminación del embarazo a través de instrumentación.

Que el perito estableció que el procedimiento empleado fue el apropiado toda vez que al existir una preclamsia, debía procederse a la fase expulsiva y que por estar la cabeza del bebe en el canal del parto (descendía estación +2) era además de necesario inmediato el proceso de instrumentación practicado, el cual se encontraba con su respectivo consentimiento informado, sin dar espera a una preparación de operación cesárea por el gran riesgo que ello implicaba para la vida de la madre como de la bebe.

También se enfatizó en que los partos instrumentados no se realizan por rutina sino por existencia de un alto riesgo y con la intervención de un especialista, un ginecólogo.

Que, debe estar justificada su práctica y el riesgo que se asume es similar al de una intervención quirúrgica como la cesárea, y en este caso la cesárea no estaba indicada por el tiempo para salvar la vida del bebe o el sufrimiento fetal.

Concluyó que ante el pobre control prenatal, la existencia de una emergencia como lo es la preclamsia y el sufrimiento fetal del bebe, la utilización de las "Espátulas de Velasco" se hicieron urgentes para salvaguardar la vida de la materna y de la bebe, sin que se desconozca el riesgo de su uso y por tanto debidamente informado en el consentimiento dado, por lo que la imputación que se realiza carece de prueba; dado que no existió un acto médico incorrecto no puede verse afectada la responsabilidad del Hospital Militar Central y por ende, inexistente el siniestro otrora amparado.

## 2.- CONSIDERACIONES

### 2.1.- COMPETENCIA

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 155, numeral 6° y 156 numeral 6° del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, este Juzgado es competente para conocer el asunto.

### 2.2.- DEL PROBLEMA JURÍDICO

Se deliberará si se cumplen los presupuestos de responsabilidad en cabeza de la entidad hospitalaria, concretamente, si en el presente asunto el Hospital Militar Central, incurrió en una falla en el servicio médico que produjo lesión cerebral de la menor Jennifer Lorena Naranjo Arias al momento de su nacimiento por parto inducido instrumentado en el que se utilizaron las "Espátulas de Velasco" y si el procedimiento realizada a la gestante Aleida de Jesús Arias Miranda, el día 26 de junio de 2012, denominado parto inducido instrumentado, se realizó conforme a la lex artis atendiendo los protocolos médicos aplicables para el caso.

### 2.3.- HECHOS PROBADOS

Con base en el material probatorio obrante en el expediente, se tiene por demostrado lo siguiente:

-. El 8 de marzo de 2012 se le practicó a la señora Aleida Arias Miranda ecografía obstétrica en el Hospital Militar Central en la que se registró: "EMBARAZO DE 24 SEMANAS 3 DÍAS POR BIOMETRÍA FETAL COMPUESTA ACORDE CON FUR" (fl. 26).

-. La señora Aleida Arias Miranda, acudió al Hospital Militar Central el día 25 de junio de 2012, diagnosticándosele preclamsia, y se ordena inducir el parto, como se ve en la historia clínica obrante en cd visible a folio 330 folio 8 y 9:

*"HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HOJA DE EVOLUCIÓN  
Y ORDENES MÉDICAS  
25/6/12  
18+50  
Nota médica  
Paciente femenina de 25 años 0+  
Dx 1 embarazo de 39.2 semanas x FUR  
2 G1 P0*

### **3 Preclamsia sin criterio de severidad**

### **4 Pobre control prenatal #3**

### **5 feto único vivo**

Paciente en buenas condiciones generales TA: 127/73mmHg FC 86x FR 20x hidratada, asintomática para vaso espasmo con útero grávido feto único vivo FCF 146L pm GU normo configurado TV vaginal-normo térmico cuello posterior blando corto permeable a 1 dedo membranas integras: E: -3 extremidades eutróficas sin edemas perfil fúseme de hoy negativo por tratarse de paciente con embarazo a termino con preclamsia x proteinuria 694.2 en 24 horas de 24/06/2012 se decide hospitalizar por inducción del trabajo de parto monitorización fetal continua y vigilancia estricta de tensión arterial

(...)

Dr. Daniel Zabala Castillo

ESPECIALISTA GINECO OBSTÉTRICA".

- El mismo día 25 de junio de 2012, previo a la atención del parto de la señora Aleida Arias Miranda, suscribió consentimiento informado para la atención del parto y/ o cesárea, en el que se le explicó que la atención del parto podría conllevar los siguientes riesgos:

*"Infección, sangrado, lesión órganos vecinos, re internación, requerimiento UCI, muerte fetal, muerte materna, **necesidad de instrumentación del parto, respuestas secundarias a instrumentación.***  
(fl 33 y 34 del Cd visible a folio 330)

- El día 26 de junio de 2012, la señora Aleida Arias Miranda fue atendida en el Hospital Militar Central, y dio a luz a una niña por medio de parto inducido, durante trabajo de parto el neonato sufrió depresión en región parietal derecha, por lo que fue remitida a la unidad de cuidados intensivos, como se evidencia en la historia clínica.

"(...)FECHA 26 /06 / 2012 HORA 22+15

NOMBRE RN FLÓREZ ARIAS HISTORIA CLÍNICA I 14738555

**MOTIVO DE CONSULTA:** PACIENTE TRASLADADO DE ALOJAMIENTO JUNTO CON MADRE POR EPISODIO DE HIPOGLICEMIA ASINTOMÁTICA Y DEPRESIÓN PARIETAL DERECHA.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** PACIENTE DE 6 HORAS DE VIDA FRUTO DE PRIMERA GESTACIÓN A TERMINO DE 37 SEMANAS CON ADAPTACIÓN NEONATAL ESPONTANEA A QUIEN DURANTE TRABAJO DE PARTO, SE LE REALIZA INSTRUMENTACIÓN CON POSTERIOR DEPRESIÓN EN REGIÓN PARIETAL DERECHA, DURANTE PACIENTE' CON INAPETENCIA Y ESCASA SECCIÓN POR LO QUE SE REALIZA GLUCOMETRIA REPORTADA 32 MGIDL REALIZADA 19+30, VALORADO POR PEDIATRÍA QUIENES EN EXAMEN FÍSICO EVIDENCIAN DEPRESIÓN PARIETAL DERECHA DESCRITA DT 5\*5\*3 CM, CON EXAMEN NEUROLÓGICO DENTRO DE LIMITE§ .NORMALES PARA LA EDAD,

SE ADMINISTRAN 40 CC DE LECHE DE FORMULA N1, SE TRASLADAN A NEONATOS PARA MANEJO Y ESTUDIO DE DEPRESIÓN PARIETAL.

(...)

**ANÁLISIS;** NEONATO DE 36 Horas DE VIDA QUIEN POSTERIOR A INSTRUMENTACIÓN PRESENTA DEPRESIÓN EN REGIÓN TEMPORAL, ASOCIADO CUADRO DE HIPOGLICEMIA ASINTOMÁTICA SE HOSPITALIZA PARA MANEJO Y ESTUDIO IMAGENEOLÓGICO.

(...)"

DR. HERRERA DRA LINA ROBAYO RII. (fl 262 del Cd obrante a folio 324)

**Fecha: 27-julio-2012**

RECIÉN NACIDO DE 11 HORAS DE VIDA

PACIENTE EN QUIEN SE REALIZA TAC CEREBRAL SIMPLE EN EL QUE SE OBSERVA FRACTURA DEPRIMIDA DE PARIETAL DERECHO Y HEMATOMA EPIDURAL LATERAL EN REGIÓN PARIETAL DERECHA Y EN REGIÓN PARIETO OCCIPITAL IZQUIERDA CON SANGRADO INTRAPARANQUIMATOSO, VALORADO CLÍNICAMENTE Y CON NEUROIMÁGENES POR SERVICIO DE NEUROCIROLOGÍA QUIENES CONSIDERAN QUE EN EL MOMENTO PACIENTE NO REQUIERE MANEJO QUIRÚRGICO, POR LO QUE SE TRASLADA A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL PARA REALIZACIÓN DE INTUBACIÓN COMO MEDIDA DE NEUROPROTECCIÓN EXAMEN FÍSICO

**PROCEDIMIENTO:**

BAJO SEDACIÓN CON MORFINA 0.1 MG/KG y PREOXIGENACIÓN DOSIS TOTAL 1.2 MG/KG, PREOXIGENACIÓN SE REALIZA OT CON TUBO 3.5 SE FIJA EN 9 CM SE CORROBORA TOT, SE INICIA VENTILACIÓN MECÁNICA MODO PTV, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

(...)

**PARACLÍNICOS Y ANÁLISIS**

PACIENTE CON HEMATOMAS EPIDURALES SE INDICA IOT POR NECESIDAD DE NEUROPROTECCIÓN SE CONTINUA CON PROFILAPSIS ANTI CONVULSIONANTE INDICADA POR NEUROPEDIATRÍA Y NEUROCIROLOGÍA SE EXPLICA A LOS PADRES PROCEDIMIENTO

Profesional: IZQUIERDO BORRERO LEDYS MARÍA PEDIATRA (fl 270 cd fl 324).

- La menor Jennifer Lorena Naranjo Arias nació el día 26 de junio de 2012, según el registro civil de nacimiento obrante a folio 2 del expediente y al certificado de nacido vivo obrante a folio 27 del plenario.

- Dada la depresión en región parietal derecha que sufrió la neonata Jennifer Lorena Naranjo Arias en el momento de su nacimiento, fue necesario que permaneciera internada en el HMC, hasta el 11 de julio de 2012, como se evidencia en la epicrisis:

"NOMBRE: RN FLORES ARIAS/ HC: 1147385556 CUENTA: 216787  
 FECHA DE NACIMIENTO: 26/06/2012

FECHA DE INGRESO: 26/6/2012 // FECHA DE EGRESO: 11/072012 FUERZA:  
EJERCITO GENERO: FEMENINO

**MOTIVO DE CONSULTA:**

TRASLADO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO CON MADRE POR EPISODIO DE HIPOGLUCEMIA ASINTOMÁTICA Y DEPRESIÓN PARIETAL DERECHA EPIDURAL ACTUAL PACIENTE DE 6 HORAS DE VIDA FRUTO DE PRIMERA GESTACIÓN A TERMINO DE 37 SEMANAS CON ADAPTACIÓN NEONATAL ESPONTANEA A QUIEN DURANTE TRABAJO DE PARTO, SE REALIZO INSTRUMENTACIÓN CON POSTERIOR DEPRESIÓN EN REGIÓN PARIETAL DERECHA, A LA QUE SIGUIÓ INAPETENCIA, SUCCIÓN POBRE ; TOTAL GLUCOMETRÍA REPORTADA EN 32IMG/DI. REALZADA A LAS 19:30 H. PACIENTE FUE VALORADO POR PEDIATRA DE TURNO QUIEN AL EXAMEN NEUROLÓGICO EVIDENCIA DEPRESION PARIETAL DERECHA DESCRITA DE 5X5X3 CM. EL EXAMEN NEUROLÓGICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES PARA EDAD, SE ADMINISTRARON 40 cc DE LECHE DE FORMULA 1, SE TRASLADA A NEONATOS PARA ESTUDIO Y MANEJO DE SU ALTERACIÓN EN CRÁNEO.

(...)

**EVOLUCIÓN**

**27/06/2012** PACIENTE EN QUIEN SE REALIZA TAC CEREBRAL SIMPLE EN EL QUE SE OBSERVA FRACTURA DEPRIMIDA DE PARIETAL DERECHO Y HEMATOMA EPIDURAL LAMINAR EN REGIÓN PARIETAL DERECHA Y EN REGIÓN PARIETO OCCIPITAL IZQUIERDA CON SANGRADO INTRAPARANQUIMATOSO, VALORADO CLÍNICAMENTE Y CON NEUROIMAGENES POR SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA QUIENES CONSIDERAN QUE EN EL MOMENTO PACIENTE NO REQUIERE MANEJO QUIRÚRGICO, POR LO QUE SE TRASLADA A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL PARA REALIZACIÓN DE INTUBACIÓN COMO MEDIDA DE NEUROPROTECCION.

**NOCHE:** PTE SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE NO DETERIORO NEUROLÓGICO AUN BAJO EFECTOS DE LA SEDACIÓN NO MOVIMIENTOS ANORMALES, EL SERVICIO DE NEUROPEDIATRIA SUGIERE DEJAR DOSIS DE FENOBARBITAL EL DÍA DE HOY CON DISMINUCIÓN PROGRESIVA POR DOS DÍAS, LUEGO REVIRAR SI NO HAY SÍNTOMAS, EN LA PARTE RESPIRATORIO EN DISMINUCIÓN DE PARÁMETROS VENTILATORIOS CON EL FIN DE EXTUBACION CUANDO EL ESTADO DE ALERTA LO PERMITA, EN MANEJO EXPECTANTE POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA. CON ULTIMAS GLUCOMETRIAS EN VALORES NORMALES RECIBIENDO FLUJO METABÓLICO A 8 CCKGMIN, SIN DETERIORO EN LOS OTROS SISTEMAS PLAN CONTINUA MANEJO EN UCIN - MANEJO MULTIDISCIPLINARIO, VIGILANCIA A GLUCOMETRIAS.

**28/06/2012**

PTE CON PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL NORMALES, NO DISTERMIAS, NO LUCE TOXIO LEUCOCITOS NORMALES, PLAQUETAS NORMALES, NO ANEMIA SE VERIFICA HEMOCLASIFICACION B + DEL RECTEN NACIDO CON INCOMPATIBILIDAD OB, SE RECIBE PACIENTE EN FOTOTERAPIA SE

ORDENARAN PARACLÍNICO PARA ICTERICIA EN PRÓXIMA TOMA DE EXAMENES. HIPOCALCEMIA ASINTOMÁTICA, SE INICIARA REPOSICIÓN, CIFRAS DE GLUCEMIA EN ASCENSO, CON LO QUE SE AJUSTO RATA DE INFUSION PENDIENTE NUEVO CONTROL DE GLUCOMETRÍA, NOTA: A LAS 3 PM, SERVICIO NEUROLOGÍA REALIZO DRENAJE HEMATOMA EPIDURAL PARIETAL IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES SE PASA PACIENTE A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO.

**NOCHE:** JENNIFER SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE EN LA PARTE NEUROIOTCA CON BUENA RESPUESTA EN EL POSOPERATORIO ACTUALMENTE ALERTA SIN DETERIORO NEUROLÓGICO RECIBE FENOBARBTAL PARA PROFILAXIS DE CONVULSION Y MORFINA PARA ANALGESIA. SEGUN EVOLUCION SE REALIZARA ESTUDIO DE IMAGENES. EN LA PARTE RESPIRATORIA SE REALIZA EXTUBACION SIN COMPLICACIONES ADECUADO PATRON RESPIRATORIO EN LA PARTE GASTROINTESTINAL SE INICIA APORTE ENTERAL GRADUAL PARA VER TOLERANCIA CONTINUA CON GOTEIO DE DEXTROSA EN TA PARTE METABÓLICA CON HIPOCALCEMIA ASINTOMÁTICA EN REPOSICIÓN EN LA PARTE HEMATOLÓGICA SE OBTUVO DRENAJE DE 20 CC DE SANGRE DURANTE LA CIRUGÍA NO HA REQUERIDO TRASFUSIÓN EN EL POP ULTIMO VALOR DE HEMOGLOBINA ADECUADO SIN DETERIORO INFECCIOSO PLAN CONTINUA MANEJO INSTAURADO , SEGUIMIENTO NEUROLÓGICO EN SU, POP , VIGILANCIA A GLUCOMETRIAS, VIGILANCIA A TOLERANCIA A APORTE ENTERAL CUIDADO EN UCIN.

**29/06/2012:** JENNIFER SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE NO HA PRESENTADO DETERIORO NEUROLÓGICO DURANTE EL DÍA, SE ENCUENTRA ALERTA, EN LA PARTE RESPIRATORIA SIN DETERIORO CON ADECUADAS SATURACIONES POEXTUBACION, TOLERO EL APORTE ENTERAL SIN DISTENSIÓN NI NÉMESIS CONTINUA CON GOTEIO DE DAD A RATA INFUSIÓN DE 8MGKGM SEGÚN EVOLUCIÓN SE AUMENTARA APORTES ENTERAL CON ADECUADO BALANCE Y GASTO URINARIO. CONTINUA MANEJO INSTAURADO SEGUIMIENTO A ESTADO NEUROLÓGICO – GLUCOMETRIAS.

**30/06/2012:** ADECUADO PATRÓN RESPIRATORIO EN TA PARTE GASTROINTESTINAL SE INICIA APORTE ENTERAL GRADUAL PARA VER TOLERANCIA CONTINUA CON GOTEIO DE DEXTROSA ULTIMA GLUCOMETRIA NORMAL EN TA PARTE METABÓLICA CON HIPOCALCEMIA ASINTOMÁTICA EN REPOSICIÓN EN TA PARTE HEMATOLÓGICA SE OBTUVO DRENAJE DE 20 CC DE SANGRE DURANTE LA CIRUGÍA NO HA REQUERIDO TRASFUSIÓN EN EL POP ULTIMO VALOR DE HEMOGLOBINA ADECUADO SIN DETERIORO INFECCIOSO PI.AN CONTINUA MANEJO INSTAURADO, SEGUIMIENTO NEUROLÓGICO EN SU POP , VIGILANCIA A GLUCOMETRIAS, VIGILANCIA A TOLERANCIA A APORTE ENTERAL CUIDADO EN USIN

**01/07/2012.**

HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SDRA, NO SIRS, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO AGREGADO, AYER SE COMENTA CON SUS PADRES ESTADO CLÍNICO Y PRONUNCIO, REFIEREN ENTENDER LO

COMENTADO. HOY NO SE ENCUENTRA FAMILIAR PRESENTES. CONTINUA MANEJO EN USI Y MONITOREO. SIN COMPLICACIONES POP AL MOMENTO.

**02/07/2012.**

SE LE REALIZA NEUROIMAGENES DE CONTROL DEMOSTRANDO SATISFACTORIO DRENAJE DE HEMATOMA EPIDURAL CONTROL ADECUADO IGUAL MANEJO.

**03/07/2012.**

JENNIFER SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE EN LA PARTE NEUROLÓGICA CON BUENA RESPUESTA EN EL POSOPERATORIO ACTUALMENTE ALERTA SIN DETERIORO NEUROLÓGICO RECIBE FENOBARBITAL PARA PROFILAXIS DE CONVULSIÓN CON TAC DE CRÁNEO DE CONTROL QUE DESCARTA RE SANGRADO. EN LA PARTE RESPIRATORIA ADECUADO PATRÓN RESPIRATORIO CON REQUERIMIENTOS DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO MÍNIMO EN LA PARTE GASTROINTESTINAL TOLERA ASCENSO EN APORTE ENTERAL CON DESCENSO GRADUAL EN RATA DE INFUSIÓN ULTIMAS GLUCOMETRIAS NORMALES SIN DETERIORO METABÓLICO INFECCIOSO NI HEMATOLÓGICO PLAN SEGUIMIENTO NEUROLÓGICO, AUMENTO GRADUAL DE APORTE ENTERAL Y DISMINUCIÓN DE DAD , PACIENTE REPORTE OFICIAL, DE TAC DE CRÁNEO CONTINUA MANEJO INSTAURADO.

**04/07/2012.** JENNIFER SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE EN LA PARTE NEUROLÓGICA CON BUENA RESPUESTA EN EL POSOPERATORIO TARDÍO ACTUALMENTE ALERTA SIN DETERIORO, RECIBE FENOBARBITAL PARA PROFITAOOS DE CONVULSIÓN, CON TAC DE CONTROL QUE NO MUESTRA REAPARICIÓN DE HEMATOMA, ADECUADO PATRÓN RESPIRATORIO AUNQUE CON REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE OXIGENO CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE CONTROL AYER NORMAL, APORTE ENTERAL- POR SUCCIÓN BIEN TOLERADOS SIN DETERIORO EN NINGÚN OTRO

(...)

**6/07/12**

VALORADO POR NEUROPEDIATRIA PACIENTE QUIEN DESDE SU INGRESO NO HA PRESENTADO CRISIS, EXAMEN NEUROLÓGICO HA IDO HACIA LA MEJORIA, SIN DETRIMENTO, LAS NEUROIMAGENES DE CONTROL NO MUESTRAN CRECIMIENTO DE HEMATOMA Y RADIOLOGÍA DESCARTO FRACTURAS CRANEANAS, SE SUGIERE BAJAR LA DOSIS FENOBARBITAL A LA MITAD (...).

**07/7/12**

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DETERIORO NEUROLÓGICO, CONTINUA VIGILANCIA CLÍNICA, DISMINUCIÓN FENOBARBITAL EN LA MITAD DE LA DOSIS QUE TRAÍA (...)

**08/7/12**

PACIENTE CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA TOLERANDO LA VÍA ORAL DE MANERA ADECUADA, NO ALTERACIÓN EN EL EXAMEN NEUROLÓGICO SIN PAUSAS O APNEAS, CONTINÚA IGUAL PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA.

DX DE EGRESO

1.- POST OPERATORIO DÍA 12 DE DRENAJE DE HEMATOMA EPIDURAL PARIETO OCCIPITAL IZQUIERDO

2.- BALLARD 37 SEMANAS

3.- HIPOGLICEMIA ASINTOMÁTICA CORREGIDA

4.- ADAPTACIÓN NEONATAL ESPONTANEA

5.- ICTÉRICA POR INCOMPATIBILIDAD DEL FACTOR RH SIN CRITERIOS DE FOTOTERAPIA

Dr. Oscar Hincapié Reyes

(FL 257 CD ANEXO FL 324)"

-. El 28 de junio de 2016 a la menor Jennifer Lorena Naranjo Arias, le fue practicado "drenaje por hematoma epidural", procedimiento realizado sin complicaciones, como se describe a folio 374 de la historia clínica aportada en CD visible a folio 324:

#### **"DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA**

FECHA CIRUGÍA: 28/06/2012

FECHA INICIO: 28/06/2012 03:00:00 p-m CIRUJANO: 98664655 CABALLERO RESTREPO ALBERTO FABIO 1er AYUDANTE: SERGIO DÍAZ MARTÍNEZ 2DO AYUDANTE: LEONARDO CHACÓN

(...)

TIPO DE ANESTESIA: 09 PARA NEUROCIRUGÍA

HERIDA QUIRÚRGICA: LIMPIA SANGRADO: 20 CC PRE QUIRÚRGICO DIAGNOSTICO 5064 HEMORRAGIA EPIDURAL

(...)

SIN COMPLICACIONES ANESTESIÓLOGA: DRA. GLORIA GUTIÉRREZ

FECHA FINAL: 28/06/2012 03:, 10:00 p.m

#### **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DE FAMILIARES, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA GENERAL- PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO CON ROTACIÓN CEFÁLICA HACIA LA DERECHA, SE REALIZA INCISIÓN CRANEAL EN REGIÓN PARIETAL IZQUIERDA, SE EVIDENCIA HEMATOMA SUBGAELA EL CUAL SE DRENA, SE REALIZA HEMOSTASIA, SE COLOCAN SEPARADOR AUTOESTÁTICOS, SE DESPERIOTISTA CON FREE, SE HACE ORIFICIO DE CRANEOTOMÍA CON BISTURÍ N° 15 SE EVIDENCIA SALIDA DE COLECCIÓN HEMÁTICO OSCURA APROXIMADAMENTE 20 CC, SE AMPLIA CRANEOTOMÍA CON GUBIA HASTA HACER ORIFICO CIRCULAR DE 1 CMII DE DIÁMETRO, SE REVIS HMOÍASIA Y CON FREE SE REVIS ESPACIO EPIDURAL SIN EVIDENCIAR TAQIQUES, **SE HACE HEMOSTASIA DE LECHO QUIRÚRGICO CON SURGICEL**

**FIBRILAR SE HACE CIERRE POR PLANOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES SE PASA PACIENTE A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO.**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO/CÓDIGOS

DRENAJE HEMATOMA EPIDURAL PARIETAL IZQUIERDO CT1102)

**OBSERVACIONES**

**SIN COMPLICACIONES**

ANESTESIÓLOGA: DRA. GLORIA GUTIÉRREZ.

(FL. 324 CD OBRANTE A folio 324 del expediente).

"FECHA: 29/06/12

20:00

**Neurocirugía Turno**

**DX POP drenaje hematoma epidural**

S/ No fiebre, no convulsiones, no emesis, no soporte inotrópico ni ventilatorio, tolerando vía oral

O/ TA FC: 140X´ FR 30´ T: 37°C

C/P: Herida quirúrgica sana, fontanelas normotensas mucosa oral húmeda. Tórax: RsCSRs no soplos RsRs sin agregados. Abd Rsls (+). NO irritación peritoneal. Ext eutroficas, no edemas, bien perfundidas Neuro, alerta, activa reactiva, pupilas isocóricas de 2mm. Reflejos fotomotor (+) consensual (+), no asimetría facial, moviliza espontáneamente las 4 extremidades. No signos de hipertensión endocraneana.

A/Hemodinámicamente estable, no SDRA, no SIRS, no déficit neurológico agudo agregado. Hoy en horas de la tarde se comentó estado clínico actual, pronóstico y riesgos a sus padres los cuales refieren comprender lo explicado. Continua manejo en UCI con vigilancia neurológica.

Dr. Luis Orlando Rojas

Especialista Neurocirugía"

(FL. 308 del Cd visible a folio 324).

-. Conforme a la historia clínica obrante en el plenario, la menor Jennifer Lorena Naranjo Arias ingresó al servicio de urgencias del Hospital Militar el día 30 de julio de 2012, con motivo de consulta: "No respira bien" (fl. 28) y egresó el 27 de agosto de 2012, (FL. 32- 78) en la epicrisis se registró lo siguiente:

"(...

FECHA DE INGRESO: 30/7/2012 FECHA DE EGRESO: 27/ 08/2012

**MOTIVO DE CONSULTA:**

"DEJO DE RESPIRAR"

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE QUIEN REFIERE LA MADRE QUE EL DÍA DE AYER DURANTE LA ALIMENTACIÓN PRESENTA EPISODIO DE CIANOSIS FACIAL Y DISTAL, REFIERE QUE RESOLVIÓ CON LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL A LOS 15 SEGUNDOS EL DÍA DE HOY NUEVO EPISODIO NO ASOCIADO CON LA

ALIMENTACIÓN DE CIANOSIS PERI BUCAL DE APROXIMADAMENTE 10 SEGUNDOS, PAUSA RESPIRATORIA ASOCIADA A HIPERTONÍA TRANSITORIA CON POSTERIOR HIPOTONÍA, NIEGA MOVIMIENTOS ANORMALES RESOLVIÓ ESPONTÁNEAMENTE, MOTIVO POR EL CUAL DECIDE CONSULTAR, AS SU INGRESO A URGENCIAS PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON SIGNOS VITALES DE FC 143, FR 42 T 36, PESO 3,8, SATURACIÓN 96% CON OXÍGENO SUPLEMENTARIO SIN HALLAZGOS ALA EXAMEN FÍSICO, DECIDEN HOSPITALIZAR PARA MONITORIZACIÓN EN UCI. TOMAN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX QUE MUESTRA LIGERA CARDIOMEGALIA NO OPACIDADES NO DERRAMES.  
(...)

#### **ANTECEDENTES**

PERINATALES: FRUTO DE 1 EMBARAZO MADRE G1P0V1, MADRE CON PARTO INSTRUMENTADO POR MALA PRENSA ABDOMINAL A LAS 38 SEMANAS SE OBSERVO DEPRESIÓN PARIETAL DERECHA, PRESENTA MALA SUCCION A LAS POCAS HORAS DE VIDA SE TRASLADA A LA UNIDAD DONDE SE DOCUMENTA HIPOGLICEMIA, SE ORDENA RX DE CRÁNEO QUE MUESTRA FRACTURA PARIETAL DERECHA SE ORDENA TAC DE CRÁNEO QUE MUESTRA FRACTURA PARIETAL CON HEMATOMA LOCAL Y HEMATOMA EPIDURAL EN REGIÓN OCCIPITAL IZQUIERDA Y PEQUEÑAS HEMORRAGIAS INTRAPARENQUIMATOSISI SE DE DIAGNOSTICO DE TRAUMA OBSTÉTRICO SEVERO, POR LO QUE REQUIERE DE CIRUGÍA PARA DRENAJE DE HEMATOMA EPIDURAL OCCIPITAL CON ADECUADA EVOLUCIÓN EN POP, VALORADA POR NEUROPEDIATRIA QUIEN ORDENO MANEJO PROFILÁCTICO CON fenobarbital el cual suspenden a su egreso CON REQUERIMIENTOS DE NEUROPEDRIATRIA, NEONATOLOGÍA MADRE O POSITIVO RECIÉN NACIDO B POSITIVO.

EXÁMENES MATERNOS STORCH NEGATIVOS

(...)

#### **REPORTE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR 17 AGOSTO 2012**

HALLAZGOS: CAMBIOS POSTQUIRÚRGICOS DE CRANEOTOMÍA PARIETAL SUPERIOR IZQUIERDA, EN EL ESPACIO EPIDURAL ADYACENTE AL LÓBULO PARIETAL SUPERIOR DERECHO Y LA PRE CUNA ADYACENTE SE DEMUESTRA COLECCIÓN HIPERTENSA EN LA SECUENCIA DE T1 Y DE BAJA SEÑAL EN LA SECUENCIA DE T2 COMPATIBLE CON HEMATOMA EN FASE SUBAGUDA TEMPRANA, ESTE MIDE APROXIMADAMENTE 10X30X11 CM EJERCE LEVE EFECTO COMPRESIVO SOBRE EL PARÉNQUIMA ADYACENTE PERO OCASIONA IMPORTANTE DEFORMIDAD POR ABOMBAMIENTO DE LA TABLA ÓSEA VECINA, NO HAY ALTERACIONES EN LA SEÑAL DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL. EL PATRÓN DE MIELINIZACION ES NORMAL PARA LA EDAD. EL SISTEMA VENTRICULAR TIENE TAMAÑO Y CONFIGURACIÓN NORMALES. NO HAY ALTERACIONES EN LA FOSA POSTERIOR. TAMPOCO HAY DESPLAZAMIENTO DE LA LÍNEA MEDIA.

**CONCLUSIÓN:** HEMATOMA EPIDURAL EN FASE SUBAGUDA TEMPRANA EN LA CONVEXIDAD PARIETAL DERECHA. CAMBIOS POSTQUIRÚRGICOS DE CRANEOTOMÍA PARIETAL SUPERIOR IZQUIERDA.

(...)

**27/08/12 Y NOTA DE SALIDA\_** PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, SIN NUEVOS EPISODIOS DE APNEAS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERO ADECUADAMENTE EL DESTE DE OXIGENO DURANTE 24 HORAS ACTUALMENTE CON SATURACIÓN DE 91-93 AMBIENTE TOLERANDO LA VÍA ORAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO, NO SIGNOS DE INFECCIÓN, DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN SE REALIZARON LOS ESTUDIOS PERTINENTES PARA ACLARAR SUS EPISODIOS DE ALTE, FUE VALORADA POR NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA DR ACUÑA QUIEN DESCARTO PATOLOGÍA DE LA RESPIRATORIA TANTO SUPERIOR COMO INFERIOR, ECOCARDIOGRAMA NUMERO 2 NORMALES SIN HIPERTENSIÓN PULMONAR VALORADA POR NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA QUIENES DESCARTAN POR EL MOMENTO PATOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO, POR PEDIATRA DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN SE EXPLICA Y SE HACE ÉNFASIS EN ADECUADA TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN MATERNA NEURODESARROLLO ADECUADO PARA SU EDAD. SE DECIDE DAR SALIDA CON CONTROLES CON PEDIATRA, NEUROPEDIATRIA Y PSIQUIATRÍA INFANTIL, SE EXPLICA A LA MADRE TODOS LOS EXÁMENES Y PARACLÍNICOS QUE FUERON TOMADOS DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SE RESUELVEN DUDAS Y REFIEREN ENTENDER.

(...)

DR. ABRIL, SOLER, GASCA."(FL. 29-30)

-. Durante la permanencia de la neonata Jennifer Lorena Naranjo Arias en el Hospital Militar Central del 30 de julio al 27 de agosto de 2012, conforme la historia clínica, fue valorada por pediatría, con los siguientes registros: (FL 19 A 128 CD VISIBLE FOLIO 324)

"HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HOJA DE EVOLUCIÓN  
Y ORDENES MÉDICAS

**01-08-12**

6+38 p.m.

Nota de Ingreso traslado UCIP

Paciente de 1 mes 4 días con dx:

1 ALTE menor

2 Antecedente drenaje hematoma epidural parietooccipital izquierdo

3 Sospecha síndrome apnea – hipopnea.

S:/ Paciente quien ingresa a la UCIP por pausa respiratoria no cianosis que resuelve con estímulo táctil a quien realizan TAC de control con antecedente normal valorada por neuropediatría quien descarta compromiso cerebral, con ecocardiograma

normal se descarta HTP pero con requerimiento de oxígeno. Se traslada a piso para continuar estudios por neumología pediátrica.

O:/ Alerta, afebril, hidratada

SV: FC: 154x´ FR 32x´ SatO2:99% con Fio2 0.25lit/min

Depresión parieto occipital izquierdo, pupilas normal xx

C/P: Sin signos de dificultad respiratoria, auscultación cardiopulmonar normal

Abdomen; blando no doloroso

Extremidades llenado capilar <2segundos

Neuro: sin déficit focal

Análisis: Paciente estable en estudio para ALTE y requerimiento de oxígeno sin causa cardiopulmonar ni neurológica sospecha de síndrome apnea – hipopnea y valorar por neumología pediátrica. Continuar manejo instaurado.

Plan:

1 Hospitalizar en medicina infantil

2 O2 para Sat > 88% 0,25Lt/min

3 Leche materna o fórmula 1 3onzas c/3hrs

4 Valoración por neumología pediátrica pendiente

5 CSV-AC

6 Vigilan patrón respiratorio. Dra. Pulido R1 Pediatría

7 Curva térmica

Dra. Pulido R1 Pediatría

Especialista Pediatría

## **02/08/12**

19+00

Neuro: Fontanela anterior plena depresión ósea parietal derecha, sutura en sitio de drenaje de hematoma, paciente activa, reactiva pares craneanos sin déficit motor, tono normal, moviliza simétricamente las 4 extremidades, succión adecuada, moro. prensiones palmares y plantares (+). Examen neurológico normal.

A/ Paciente hemodinámicamente estable madre refiere que hay episodios de cianosis, al inicio del sueño, que mejora con estímulo táctil, duración aprox 10seg

Plan: Se sugiere realizar polisomnografía, nueva valoración por neumología pediátrica, continuamos pendientes de evolución, paciente manejo conjunto con pediatría.

Se cierra interconsulta por neuropediatría.

Dra Espinosa-Medina

## **2/8/12**

18+00

Pediatría tarde

Se atiende llamado de enfermería porque dice la madre que la paciente se puso "morada".

Refiere episodio de 10 segundos de cianosis recupera el estímulo (...) no otros síntomas por lo cual se valora adicional refiere le preocupa "brote en cara"

□ Examen físico= TAM =59 TA= 86/44

Paciente en buen estado general con FC=130 FR = 42 SaO2= 96% T°36.2. Mucosa oral húmeda. Sudamina en cara, ruidos cardiacos pulmonares normales, abdomen blando no masas no megalias ext= no edema pulsos (+) neuro no déficit, no rigidez

Plan: Paciente hemodinámicamente estable no bradicardia ni hipertonia no otros síntomas por lo cual se vigilara clinicamente manejo conjunto con neuropediatria. Se explica a la madre.

Plan/ seguir manejo.

Dra. Huertas- Barbosa (Rll ped)

Firma y sello Ruth M Huertas T

Especialista Pediatría

CC 40036641 RM 154146

**02/08 2012**

19+00

Nota Neuropediatria

Se atiende llamado de enfermería paciente femenina de 1 mes de edad con dx de ALTE y POP drenaje hematoma epidural.

S/ Paciente en compañía de la madre refiere hoy 1 episodio de cianosis al inicio del sueño que mejora al estimularla O/ Buenas condiciones generales afebril, hidratada FC:122 FR: 44 Sat: 96% con O2 x CN.

Mucosa oral húmeda rosada RsCs rítmicos abd blando, no dolor. Extrem: Llenado capilar 2seg

Cuello móvil sin adenopatías. C/P: Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos llenado capilar <2seg. Ruidos respiratorios conservados sin agregados Abd: Ruidos intestinales presentes, abdomen blando no doloroso a la palpación no se palpan masas ni megalias Ext: Llenado capilar <2seg sin edemas. Neuro sin déficit  
Análisis: Paciente hemodinámicamente estable sin SIRS tolerando vía oral con requerimientos de oxígeno sin causa aparente. Se solicita orden de ecocardiograma para tomar mañana. Se continua vigilancia clínica

Plan: 1 Leche materna y/o fórmula 1 3 onzas VO c/3h

2 O2 por cánula nasal para SatO2 > 89% a 0.25Lt/min

3 Vigilancia patrón respiratorio

4 Hoja neurológica

5 Curva térmica

6 P valoración por neumopediatria

7 SS/ ecocardiograma – plisomnografia

8 CSV – AC

Nota Revista Se hablará con neumopediatría para solicitar valoración pendiente realización de polisomnografía

Firma y sello

Luis Daniel Abril Gutiérrez

(...)

**03/08/12**

9:20

Respuesta a Interconsulta Neumopediatría

Paciente de 1 mes de edad, con antecedente de POP de drenaje de hematoma epidural occipital posterior a trauma obstétrico grave, por lo que requirió hospitalización por aprox 3 semanas en donde fue valorada por neuropediatría, estuvo manejo profiláctico con Fenobarbital hasta egreso.

Se realizó ecocardiograma que al parecer es normal y egreso con O2 domiciliario. El 30/07/12 consulta a esta institución por episodio de cianosis central y periférica en dos ocasiones en casa durante la alimentación que recupera con estímulo táctil y se hospitalizó en UCIP para monitoreo y estudio de los eventos. Se realiza RX de tórax tomada al ingreso reportada como normal. No encontramos imágenes en archivo.

Fue revalorado por neuropediatría quienes encuentran examen físico normal y sugieren realización de polisomnografía

(...)

Dr. Acuña / Residentes ( Pediatría)

**03/08/12**

Continua Evolución. Medicina Infantil

Neurol Alerta, moviliza las 4 extremidades. no signos de focalización. No signos meníngeos.

Análisis: Paciente con diagnósticos de ALTE en el momento con requerimiento de oxígeno no nuevos episodios de apnea, valorada por neumología pediátrica quienes (no) conceptúan que su requerimiento de oxígeno no es por cardiopulmonar que debe practicarse a la polisomnografía. Sugieren nuevo concepto de neurología pediátrica para realización RNN cerebral en busca de la etiología de sus apneas.

Continuar manejo médico, vigilancia del patrón respiratorio

Se explica al familiar

Andrea Soler R1

Firma Y sello

Ruth M Huertas T

Especialista

(...)

**04/08/12**

C/C= Fontanela anterior plana con depresión ósea parietal derecha con evidencias de sutura en sitio de drenaje de

hematoma con región parieto occipital izquierda anictérica mucosa oral húmeda cuello móvil sin adenopatías. Pupilas isocóricas normoreactivas C/P: ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios conservados sin agregados Abd: Ruidos intestinales presentes.

Abdomen blando, no doloroso a la palpación no se palpan masas ni megalias.

Ext llenado capilar <2seg sin edemas

Neuro: Sin déficit balance no cuantificado x enfermería.

Análisis: Paciente estable sin deterioro neurológico sin SIRS tolerando vía oral valorada por neurología pediátrica quienes ordenan RNM cerebral, Pendiente a evolución clínica y a patrón respiratorio. Vigilancia

Plan:

1 Leche materna y/o fórmula 1 3 onzas c/3h

2 O2 x CN a 0,25 lit/min por SatO2 >90%

3 Vigilancia patrón respiratorio

4 Hoja neurológica

5 Curva térmica

6 P Polisomnografía y RMN cerebral

7 Control LA – LE

8 CSV-AC

Firma y sello

Juan Guillermo Cardenas Aguilera

(...)

**26/8/12**

NOTA TURNO PEDIATRÍA

Paciente con diagnósticos anotados

S: En compañía de la madre quien refiere verla en buenas condiciones generales, sin dificultad respiratoria afebril, tolerando la vía oral.

(...)

Niega episodios eméticos, niega alguna otra sintomatología Diuresis (+) sin alteración,

Objetivo// Paciente alerta hidratada afebril al tacto signos vitales TA 91/75 FC 129LPM FR 36Rpm Temp= 36.4°C SatO2 a Fio2 ambiente 91%

C/C= Fontanela normotensa, cicatriz antecedente quirúrgica en región parietooccipital sin sangrado activo sin signos de infección, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas fosas nasales permeables, mucosa oral húmeda sin adenopatías.

C/P: Tórax simétricas, normoexpansible, sin uso musculos accesorios ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ruidos respiratorios conservados sin ruidos sobreagregados

Abdomen: Blando, no masas no megalias, sin signos de irritación peritoneal

*Extremidades=Eutróficas sin edemas pulsos distales presentes simétricos Neurológico alerta, sin signos meníngeos, no focalización Piel = xerodermia generalizada*

*Análisis// y Nota de salida*

*Paciente con diagnósticos anotados sin nuevos episodios de apnea, sin signos de dificultad respiratoria tolero adecuadamente el destete de oxígeno durante 24 horas actualmente con saturaciones de 91-93 ambiente, tolerando vía oral sin déficit neurológico, no signos de infección, durante su hospitalización se realizaron estudios pertinentes para aclarar sus episodios de ALTE, fue valorado por neumología pediátrica Dr Acuña quien descartó patología respiratoria tanto superior como inferior, ecocardiograma #2 normales sin hipertensión pulmonar, valorado por neurología pediátrica quiere descartar por el momento patología del sistema nervioso, por pediatría durante su hospitalización se explica y se hace énfasis en adecuado técnica de alimentación materna , neurodesarrollo. Adecuado para su edad. Se decide dar salida con controles con pediatría, neuropediatría y psiquiatría infantil, se explica a la madre todos los exámenes y paraclínicos que fueran tomados durante la hospitalización, se resuelven dudas refiere entender.*

*Paciente con miliaria y xerodermia en tratamiento con acetato de aluminio por dermatología en crema por lo que se realiza formula de salida.*

*Ordenes de salida.*

*1 Lactancia materna cada 3 horas*

*2 Asistir cita con pediatría*

*3 Control con neuropediatría favor traer exámenes.*

*4 Control psiquiatría infantil*

*5 Acetato de aluminio en crema fasco #3. Aplicar 2 veces al día.*

*Recomendaciones.*

*1 Lavado de manos exhaustivo con jabón líquido antibacterial*

*2 No visitas*

*3 No salida a la calle por 5 días, solo para venir al médico*

*4 No contacto con personas con gripa, si alguien en caso tiene gripa debe usar tapabocas + estricto lavado de manos, (...)*

*Dr. Abril/Dra. Soler/Dr Gasca".*

### **3.- CASO CONCRETO**

A través del presente medio de control la parte actora procura obtener la declaratoria de responsabilidad de la entidad demandada, por los perjuicios causados con ocasión de la presunta falla en la prestación del servicio médico brindado por el Hospital Militar Central, que desencadenó en la *lesión cerebral de la menor JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS*, al momento de su nacimiento, según el decir del demandante a causa de la

utilización de las espátulas de Velasco en el parto instrumentado, desconociendo la *lex artis*. Pues en su sentir lo procedente era la realización de una cesárea en la que no se viera involucrada la vida e integridad de la neonata.

### 3.1.- Prestación del servicio de salud

En la Sección Tercera del Consejo de Estado, se ha consolidado una posición en materia de responsabilidad estatal por la prestación del servicio de salud, en virtud de la que aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la **"falla probada del servicio"** el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar por parte del demandante la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.<sup>1</sup>

Por tanto, en esta materia, para que pueda predicarse la existencia de una falla, el H. Consejo de Estado ha precisado que es necesario que se demuestre que la **"atención médica"** 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.

De esta manera, debe establecerse si en el caso concreto concurren el daño antijurídico, la imputabilidad del mismo al Estado y una relación de causa a efecto entre los dos primeros, tal y como se desprende de la cláusula de responsabilidad patrimonial del Estado (artículo 90 Constitución Política de Colombia).

Es de recordar que, en la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico de salud, le corresponde a la parte actora acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de dicha responsabilidad –la falla en la prestación del servicio médico hospitalario, el daño, y la relación de causalidad entre estos dos elementos–, para lo cual podrá valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en los demás elementos de convicción que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño causado.

---

<sup>1</sup> CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente Número 66001-23-31-000-2001-00063-01 (25075). C. P. Danilo Rojas Betancourt.

### 3.3.- Del daño

Daño que en el presente asunto la parte demandante hizo consistir en las lesiones sufridas por la menor JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS, al momento de su nacimiento el 26 de junio de 2012.

Para acreditar el daño, se aportó la historia clínica de la menor JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS, en la que se evidenció que la citada nació por parto instrumentado, y posterior a ello se advirtió la existencia de un trauma craneal obstétrico severo, como se observa a continuación:

"(...)FECHA 26 /06 / 2012 HORA 22+15

NOMBRE RN FLÓREZ ARIAS HISTORIA CLÍNICA I 14738555

**MOTIVO DE CONSULTA:** PACIENTE TRASLADADO DE ALOJAMIENTO JUNTO CON MADRE POR EPISODIO DE HIPOGLICEMIA ASINTOMÁTICA Y DEPRESIÓN PARIETAL DERECHA.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** PACIENTE DE 6 HORAS DE VIDA FRUTO DE PRIMERA GESTACIÓN A TERMINO DE 37 SEMANAS CON ADAPTACIÓN NEONATAL ESPONTANEA A QUIEN DURANTE TRABAJO DE PARTO, SE LE REALIZA INSTRUMENTACIÓN CON POSTERIOR DEPRESIÓN EN REGIÓN PARIETAL DERECHA, DURANTE PACIENTE' CON INAPETENCIA Y ESCASA SECCIÓN POR LO QUE SE REALIZA GLUCOMETRIA REPORTADA 32 MGIDL REALIZADA 19+30, VALORADO POR PEDIATRÍA QUIENES EN EXAMEN FÍSICO EVIDENCIAN DEPRESIÓN PARIETAL DERECHA DESCRITA DT 5\*5\*3 CM, CON EXAMEN NEUROLÓGICO DENTRO DE LÍMITES .NORMALES PARA LA EDAD, SE ADMINISTRAN 40 CC DE LECHE DE FORMULA N1, SE TRASLADAN A NEONATOS PARA MANEJO Y ESTUDIO DE DEPRESIÓN PARIETAL.

(...)

**ANÁLISIS;** NEONATO DE 36 Horas DE VIDA QUIEN POSTERIOR A INSTRUMENTACIÓN PRESENTA DEPRESIÓN EN REGIÓN TEMPORAL, ASOCIADO CUADRO DE HIPOGLICEMIA ASINTOMÁTICA SE HOSPITALIZA PARA MANEJO Y ESTUDIO IMAGENEOLÓGICO.

(...)"

DR. HERRERA DRA LINA ROBAYO RII. (fl 262 del Cd obrante a folio 324)

"HOSPITAL MILITAR CENTRAL

HOJA DE EVOLUCIÓN

Y ORDENES MÉDICAS

26/VI/12

NeuroCx.

DX

1 POP inmediato drenaje hematoma Epidural

**2 Trauma craneal obstétrico severo**

Pcte en cama de UCI – incubadora tranquila afebril

Aceptables condiciones generales cardiopulmonar sin alteración

Neurológico: consciente sin alt en los movimientos oculares moviliza las

*4extremidades II Y III pupilas directas y consensual (+) V y VII corneano (+) bilateral Ix x nauseoso (+) bilateral*

*Mirada divergente.*

*No signos de hipertensión endocraneana*

*Paciente satisfactorio POP no complicaciones en caso de cualquier cambio informar inmediatamente.*

*Dr, Luis Orlando Rojas*

*Especialista Neurocirugía". (fl. 265 del Cd obrante a folio 324 del plenario)*

Acreditado el daño, se analizará si el trauma craneal obstétrico severo sufrido por la menor JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS es atribuible a acción u omisión de la entidad demandada.

### **3.4.- De la falla en el servicio –nexo causal con el daño**

Manifestó la parte demandante que la entidad demandada incurrió en una falla en el servicio médico brindado por el Hospital Militar Central, que desencadenó en la *lesión cerebral de la menor JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS*, al momento de su nacimiento, según el decir del demandante a causa de la utilización de las espátulas de Velasco en el parto instrumentado, desconociendo la *lex artis*; pues en su sentir lo procedente era la realización de una cesárea en la que no se viera involucrada la vida e integridad de la neonata.

En audiencia de pruebas llevada a cabo el 19 de septiembre de 2019 (fls. 360-364 del C. Principal), se escuchó el testimonio de las médicas Beatriz Eugenia Arias, ginecóloga quien atendió el parto de la materna *ALEIDA DE JESÚS ARIAS MIRANDA* y Lissette del Carmen Cabarcas, neuropediatra que realizó examen diagnóstico por la especialidad a la menor *JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS*; mediante sus versiones, explicaron la terminología consignada en la historia clínica del paciente, y la atención dispensada.

La testigo Beatriz Eugenia Arias Vélez, médico ginecóloga del HMC, (**intervención registrada del minuto 11:49 al Minuto 49:35 de la videograbación obrante a folio 374 del plenario**) Inició su versión señalando que, la señora Aleida de Jesús Arias Miranda era una paciente primigestante, con embarazo a término quien ingresó al HMC el día anterior al parto, la paciente estaba en trabajo de parto con sospecha de hipertensión producida por el embarazo.

Indicó que en los casos de hipertensión de la madre gestante los partos se realizan por inducción, dado que hay un riesgo porque hay que controlar la tensión de la paciente.

Señaló que para el caso de la paciente Aleida de Jesús Arias Miranda, el trabajo de parto tuvo una adecuada evolución en tiempo en cuanto

dilatación y deceso del feto por el canal del parto y al momento del expulsivo la paciente elevó tensión arterial y el feto presentó desaceleración de frecuencia cardíaca, y por eso se decidió instrumentar con las espátulas de velasco, la instrumentación se realizó cuando el feto se encontraba en el canal vaginal, manifestó que la paciente no tuvo el suficiente pujo, la eficacia para que el feto fuera expulsado, razón por la que en una sola toma se hizo la extracción de la recién nacida.

Estableció que los procedimientos de instrumentación son calculados y en una sola toma, si la toma es fallida se debe llevar a la paciente a cesárea, pero en particular el procedimiento fue exitoso y la evolución de la paciente posparto adecuada.

Indagada por las causas que originaron la depresión parietal derecha de la neonata JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS, señaló que: *" las depresiones se dan por múltiples causas, una de ellas es el solo choque de la cabeza fetal contra los huesos de la pelvis materna; en el caso de la menor JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS tenemos la instrumentación que también pudo ser factor de riesgo, pero cuando se realizó la instrumentación también se quiso evitar que sucedan eventos como parálisis cerebral, hematomas severos intraparenquimatosos, que pueden ocasionar una muerte fetal, muchos fetos nacen con hematomas sin que sean instrumentados, en este caso la instrumentación es un aumento del riesgo"*

Frente a la pregunta si se dieron cuenta en el momento del parto de la depresión parietal de la recién nacida, indicó que: *" en ese momento no fue diagnosticada porque el pediatra es quien valora el recién nacido y en ese momento lo que se hizo fue la escala de apgar que es una escala pronostico a nivel neurológica y fue adecuada, la depresión parietal no es visible, en el parto inmediato no es visible, aproximadamente al otro día cuándo la madre refiere al pediatra que, el bebe no quería comer, pediatría inicia estudio, a la recién nacida le hicieron un TAC para evidenciar algún tipo de lesión craneana"*.

A la pregunta realizada por el apoderado de la parte demandada, sobre la incidencia del control prenatal en el proceso del parto y manejo de la preclamsia, la ginecóloga Beatriz Eugenia Arias señaló que: *"este es un caso particular porque la paciente no tuvo un adecuado control prenatal, las únicas veces que asistió fue por urgencias, no tuvo una adherencia adecuada al embarazo, los pobres controles prenatales amputan a los ginecólogos la posibilidad de tener un diagnostico pre parto adecuado para prevenir un desenlace inadecuado, la hipertensión gestacional se presenta desde el 7 mes de embarazo un simple control de paraclínicos con una elevación de prueba de función renal son pruebas importantes y una ecografía obstétrica orientan, tenemos muchos elementos para poder*

predecir enfermedades, pero en este caso no se realizó se actuó sobre la marcha".

A la pregunta de cada cuánto se deben hacer controles prenatales la profesional Beatriz Eugenia Arias indicó que: "durante el primer trimestre cada 15 días porque se establece que el embarazo es intrauterino, si es múltiple, se hace un tamizaje genético que miden riesgos fetales y maternos, después se hace una ecográfica mensual y ese paciente es observado mensual hacia el tercer trimestre se valoran quincenalmente y a partir de ahí semanalmente".

Frente a la pregunta: de acuerdo con la historia clínica, los ingresos de la paciente fueron por urgencia o controles prenatales, contesto: "Fueron por urgencia, no fueron controles prenatales, la mayor causa de mortalidad materna en nuestro país es la preclamsia, en el caso de la paciente se le diagnosticó preclamsia severa, lo que hace la preclamsia es que coge los vasos de la placenta, se ponen rígidos por donde no puede pasar sangre al feto, en este caso donde nos encontramos con la urgencia es un embarazo que debe ser terminado porque el feto entra en un sufrimiento fetal agudo que complica y entraría la insuficiencia renal, parálisis cerebral, solo por la falta de oxigenación fetal, por eso estos embarazos una vez diagnosticado la preclamsia deben ser terminados.

A la pregunta cuándo se inicia la inducción del parto era indicado hacer cesárea, respondió: "NO porque la paciente llegó a expulsivo entonces llegó al introito vaginal, lo que se hace es lograr que la paciente acorte su expulsivo y no dejar un tiempo prolongado, es difícil decir que debe ser llevada a cesárea, porque el trabajo de parto sigue trascurso normal y yo acorto con instrumentación es más seguro que devolver el feto de la parte vaginal porque puedo causar morbilidad al feto, se eligió la instrumentación porque la cabeza estaba allí, el feto estaba en expulsivo, la paciente tenía falta de pujo, mi prioridad es sacar el feto en escasos minutos, lo más adecuado es acortar con instrumentación, la cesárea queda como opción, la cesárea opera cuando se colocan las espátulas y es fallido se retiran las espátulas y paso a cesárea, el riesgo se incrementa con la cesárea, porque se tiene un riesgo de sangrado que eleva la morbilidad en cuanto infección, es intervención quirúrgica extensa, la mejor vía del parto es la vaginal, mediante esa toma de decisiones, no se hace necesario que toda paciente se lleve a cesárea, por esto se hace un registro por horas y si la paciente cumple con trabajo de parto no hay indicación para pasar paciente al cesárea.

A la pregunta de la condición del doctor Oldrih Baldrich Gómez, contestó que: "era un residente de último año, la toma de espátulas se realizó luego de un análisis, hacemos la toma adecuada, el feto sale sin complicaciones, el residente nunca estuvo solo, los residentes son entrenados para atención

*de parto, el HMC es hospital universitario, todos los residentes reciben sus entrenamientos y están capacitados todos en cualquier especialidad. De todos los partos vaginales se puede decir que un cuarto, es decir el 25% son instrumentados, el riesgo de fractura es menor del 0.5% una instrumentación bien realizada es un procedimiento seguro y permite una recuperación más rápida del paciente, lo que se hace es que se logra disminuir riesgos".*

Al ser inquirida por la caída de la espátula de Velasco durante el parto, indicó: *"si la espátula se cayó no recuerdo, y sería una calumnia decir que se cayó y se insertó en la madre porque la toma de espátula es una sola toma y si es fallida se hace la cesárea, hay más de 15 canastas de equipo en sala de parto".*

Con relación al testimonio rendido por la doctora Lissette del Carmen Cabarcas Castro, **(intervención registrada del minuto 52:08 al Minuto 01:11:20 de la videograbación obrante a folio 374 del plenario)** señaló que para la época de los hechos trabajaba en el Hospital Militar como neuropediatra, no estuvo en el momento del parto, conoció a la paciente para valoración posterior por fractura a nivel parietal, atendió la interconsulta para valoración general por la fractura craneal y hematoma epidural y necesitó la valoración de neuropediatría, no se encontró una focalización o alteración del examen neurológico, se tomó una tomografía que mostraba una fractura y hematoma epidural con pequeñas hemorragia el procedimiento el drenaje lo hizo neurocirugía; solo realizó el examen neurológico.

A la pregunta sobre la causa del hematoma epidural de la menor JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS, indico: *"lo primero es que es una lesión hemorrágica que sucede entre la dura madre y la tabla ósea, la mayoría están dadas por traumatismo y hace una colección de sangre.*

A la pregunta desde el punto de vista neurológico que significa apgar 10/10, contestó: *"es que es un recién nacido en buenas condiciones".*

A la pregunta cuándo responde la interconsulta como se hace el examen neurológica, contestó: *"el examen neurológico es el un examen físico general no hay procedimientos invasivos, que tienen en cuenta datos neurológicos como funciones del sistema nervioso central, se evalúan si hay hematomas depresiones, si hay fuerza simetría en los movimientos, y evaluar los reflejos primitivos que tengan que estar presentes para dar un parte de normalidad, lo que se halló fue una depresión y en ese momento no se constató una focalización específica o movimientos anormales específicos que sugieran un compromiso neurológico secuelar, se formuló fenobarbital para prevenir eventos convulsivos que nunca ocurrieron, a la salida de la paciente del HMC era un examen neurología normal".*

Frente a pregunta: de acuerdo a las valoraciones la menor puede tener un desarrollo normal. Contestó: *"Como hasta los cuatro meses de edad la paciente iba bien, pero para poder establecer eso hay que hacer un seguimiento de neurodesarrollo"*.

Indagada por la causa de la depresión parietal, señaló: *"Lo que refiere en la historia es que fue un parto instrumentado, la fractura pudo estar relacionada con lo instrumentado pero no estuve en el parto"*.

En audiencia de pruebas realizada el 19 de septiembre de 2019 se sustentó el dictamen por cuenta del doctor **Diego Alejandro Becerra miembro de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, quien señaló que para la realización del dictamen se apoyó en la historia clínica del nacimiento y hospitalización los días anteriores, la atención del parto, y se contrastó con las guías de atención de parto y de control prenatal del Ministerio de Salud, y se usaron bibliografías del mismo tema de México y Argentina. **(Intervención registrada del minuto 01:13:47 al Minuto 01:45:00 de la videograbación obrante a folio 374 del plenario**

Manifestó que el parto de la menor *JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS*, fue un escenario de alto riesgo obstétrico debido a la deficiencia de control prenatal y a la preclamsia, y que fue esta última la indicación para la terminación del embarazo; el transcurrir de las contracciones en el canal del parto fue normal, el periodo final o el segundo periodo del trabajo del parto para expulsión del feto, ocurrió un diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, lo que creó la necesidad de acortar el tiempo de expulsión del bebé y llevó a la toma de decisión del uso de instrumentación con las espátulas de Velasco.

Describió sus conclusiones así: *"en el escenario médico no hubo relación entre preclamsia y la fractura, pues de manera natural el parto puede ocurrir después de semana 37, sin embargo después del diagnóstico de preclamsia se debe terminar el embarazo, el sufrimiento agudo del bebé es influenciado por la preclamsia, teniendo la cadena de eventos médicos el escenario que acortaba más el tiempo que obligó a tomar una decisión apremiante, el sufrimiento fetal se debía solucionar con parto inmediato en esa medida se justificó la utilización de las espátulas ya que la cabeza se encontraba en el canal del parto, como se mencionó en el historia clínica en +2, parto muy próximo, la instrumentación acelera aún más, lo que es diferente a desplazar la paciente a una operación sumando tiempos, para preparar el quirófano y ascender la cabeza fetal para poderla retirar por vía abdominal, en estación de +2 dispone de las espátulas de Velasco para atender de manera más rápida y apropiada para atender este tipo de casos, un parto instrumentado es un riesgo, para la madre para el feto y debe estar justificado su aplicación no se hacen de rutina, se asemeja a un procedimiento quirúrgico, los riesgos podrían afectar a la madre o al bebé,*

para el caso de la menor Jennifer no estaba indicada en primera medida la cesárea, el factor principal es el término que se requiere para resolver y salvar la vida del feto, la cesárea podría tener el mismo resultado que es desprender el bebe de la madre pero implicaría más tiempo del feto en el mismo sitio que era el evento que presentaba dificultad en el cuerpo del bebe, las fracturas con la aplicación de espátulas de Velasco no son frecuentes son un evento raro, es pertinente poner en un escenario que las espátulas de Velasco son un invento de Colombia con ausencia de complicaciones, no son un instrumento peligroso de lo contrario no podría usarse, evidentemente las fracturas en el caso particular se deben a la aplicación del instrumento lo que se concretó en ese riesgo poco frecuente pero que se dió; **sino se hubiesen aplicado las espátulas sino otro mecanismo como la cesárea podríamos tener un espectro de complicaciones incluso la muerte del feto, adicional el sufrimiento fetal dejaría secuelas por falta de oxígeno en el cerebro, secuelas de por vida en el aparato locomotor, secuelas neurológicas para el resto de la vida**".

A la pregunta sobre las posibles secuelas de la menor por la falta de oxígeno, señaló que en el material aportado no se referenciaron secuelas para la menor.

Indagado por el escenario ideal para la identificación del riesgo y su intervención previa al nacimiento, señaló que "en el caso en concreto hubiese sido la prevención de preclamsia con revisión de paraclínicos orina, sangre, la ganancia de peso mes a mes, la orientación a la materna para identificar los signos de alarma por lo que en esa medida son intervenciones que redundan en tranquilidad, en mejor control del dolor durante el trabajo del parto, se informa, para muchas mujeres desconocidos, redundan en una disminución de riesgo en el momento del parto y obviamente en el recién nacido".

A la pregunta sobre la existencia del consentimiento informado sobre la utilización de instrumentos y los riesgos, **refirió que el consentimiento informado se encuentra a folio 96 de la historia analizada en el que se registró riesgo para uso de instrumentación y sufrimiento o lesión secundaria al uso de la instrumentación.**

Al ser indagado por la diferencia del tiempo instrumentación versus la cesárea, dado que en el parto se debía optimizar el tiempo, respondió : "la evaluación del tiempo debe contemplar la estructura arquitectónica del edificio en que se atiende el parto en esa medida el desplazamiento entre sala de parto y sala de cirugía, si están en piso diferentes y se hace necesario el ascensor y el tiempo que necesite el anesestesiólogo para su preparación y administración del medicamento, el alistamiento del instrumental quirúrgico y adicional el tiempo que tome el cirujano en abrir la piel y ascender la cabeza de la vagina hasta la incisión abdominal, podría dar un estimado de

**más de treinta minutos, y en esa medida es una diferencia en la aplicación de un instrumento que tengo en la misma sala".**

A la pregunta, existe alguna medición de cuánto soporta un feto en las condiciones con sufrimiento fetal para nacer, contesto: "refiriéndonos en cuánto tiempo debe ocurrir el nacimiento una vez hay diagnóstico de sufrimiento fetal como se trata de la vida del neonata debe ser inmediato, no se puede establecer unos minutos".

Inquirido por si la misma fractura puede ocurrir por impacto del cráneo del feto con el hueso pélvico de la madre, contestó: "si es un mecanismo, de manera fisiológica la cabeza se moldea en esa medida no es frecuente que se fracture pero hace parte de los escenarios médicos".

Y a la pregunta sobre la semana del embarazo en que se puede diagnosticar la preclamsia, indicó: "el diagnostico sucede después de semana 20, con múltiples variables presión arterial, cambio físicos edemas inflamación, si hay signos que produzca la sospecha de hospitalización".

A la pregunta: la madre acudió el 13 de junio de 2012 al HMC, en donde se le practicó ecografía obstétrica, porqué ese día no se advirtió preclamsia, contesto: "esto puede suceder, no siempre aparece a la semana 20, es posible a partir de semana 20, pero es posible en cualquier semana a partir de la 20".

A la pregunta: La fractura occipital no pudo presentarse por rose con la madre pero sí ocurrió por las espátulas de Velasco, cuál es su conclusión, a lo que respondió: "**es lo que ya he dicho la aplicación del instrumento tiene un riesgo, en esa medida la probabilidad más alta es que si haya ocurrido por la aplicación del instrumento pero el riesgo se justificó por el sufrimiento agudo del feto**".

De la intervención de la Dra. Beatriz Eugenia Arias Vélez, y el perito de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, se puede extraer que la ginecóloga Arias Vélez atendió a la paciente Aleida de Jesús Arias Miranda el 26 de junio de 2012 para el nacimiento de su menor hija JENNIFER LORENA NARANJO ARIAS, que en dicho procedimiento intervino el residente Oldrih Baldrich Gómez. Una vez en sala de partos cuando la neonata se encontraba en el canal vaginal, a punto de ser expulsado, la falta de pujo de madre gestante conllevó a que el personal médico optara por la utilización de las espátulas de Velasco para sacar la neonata, esto como medida de urgencia toda vez que el feto se encontraba en estado de sufrimiento agudo, es decir sus órganos no estaban recibiendo suficiente oxígeno, condición originada en la preclamsia que padecía la materna, por lo que había que desembarazar a la madre de manera inmediata para salvar la vida de la recién nacida.

Es relevante señalar, como se mencionó en el párrafo precedente que la madre sufría de preclamsia severa, lo que incidió en el sufrimiento del feto, por lo que salvar la vida del neonato se optó por el parto instrumentado y no por la cesárea pues este procedimiento demandaba un poco más de tiempo, con lo que no contaba el recién nacido, y para dicho procedimiento se debía ascender a la bebe al abdomen cuando ya encontraba en la cavidad vaginal lo que implicaría un riesgo más alto de mortalidad y de la presencia de secuelas en el neonato como la parálisis cerebral.

Ahora bien, frente a la aseveración de la parte actora de que las espátulas de Velasco, se cayeron al momento del parto, y fueron introducidas nuevamente en el canal vaginal, la ginecóloga Beatriz Arias Vélez, refirió que tal situación no ocurrió y si la espátula de Velasco se hubiese caído en la sala de parto, en esos momentos contaban con el suficiente instrumental quirúrgico para haberlas remplazado inmediatamente, incluso fue enfática en señalar que la utilización de la espátula de Velasco se debe hacer en una sola toma, por lo que no era posible que se hubiese caído y reingresadas nuevamente, pues solo hay una oportunidad y si esta resultara fallida lo que se procede es ingresar a la paciente para intervención por cesárea, lo que en el caso bajo estudio no fue necesario.

A su vez de la sustentación del peritaje, realizado en audiencia de pruebas por el Dr. Diego Alejandro Becerra miembro de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, estableció que en el caso particular de la materna Aleida de Jesús Arias Miranda, su parto transcurrió de forma normal hasta que él bebe llegó al canal vaginal preparándose para ser expulsado, momento en el cual no existía pujo por parte de la madre, esta situación sumada a la preclamsia severa que sufría la materna incidieron en que el feto se encontrara en sufrimiento agudo, y la opción más acertada realizado una ponderación de riesgos era la utilización de los instrumentos "espátulas de Velasco", los que se encontraban en sala de partos para acortar el tiempo del nacimiento, toda vez que era apremiante separar al feto de la madre, y si se hubiese optado por la cesárea, lo que en su criterio demandaría un tiempo de 30 minutos dado el traslado que se debía hacer a la sala de cirugía, la preparación del anesthesiólogo y el suministro de la anestesia, sumado al procedimiento para ascender el bebe hasta el abdomen y la realización de la incisión para sacar finalmente al bebe, podría haber conllevado riesgos mayores incluso la mortalidad del feto.

El Perito señaló que en partos instrumentados las fracturas en cráneo son de poca ocurrencia, sin embargo es un riesgo que está latente, en el caso sub lite el uso de la instrumentación pudo haber lesionado el cráneo de la neonata; sin embargo también existen otras causas de fracturas en la cabeza del feto al momento del nacimiento, como el choque del cráneo

del bebe con los huesos de la pelvis de la madre pero son de menor ocurrencia.

Ahora bien llama la atención del despacho que según se desprende de la historia clínica aportada en el proceso y de la versión de la ginecóloga Beatriz Eugenia Arias, la madre gestante Aleida Arias Miranda tuvo un pobre control prenatal, y llegó al Hospital Militar Central un día antes al parto, es decir, el 25 de junio de 2012, ante lo cual el HMC le prestó el servicio para el parto natural expulsivo, pues es claro que ante la inexistencia de controles prenatales que advirtieran posibles problemas en el parto y en el feto, no se tenía programado que el parto se atendiera por cesárea.

Sobre la atención dispensada, la historia clínica no permite establecer anomalías en la atención del parto o alumbramiento que pudiera tener relación con las complicaciones maternas presentadas posteriormente, la neonata y la madre fueron atendidos con oportunidad, racionalidad técnico científica, continuidad, integralidad y suficiencia de acuerdo a los protocolos utilizados en este tipo de urgencias, de conformidad con la *lex artis*, conforme lo dejó preceptuado el perito de la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia, quién a la pregunta: "**indique si ante sufrimiento fetal agudo e inminencia de muerte fetal encontrándose el feto en una estación de + 2, es decir, su porción cefálica en el canal vaginal, es indicada la instrumentación del parto dada la urgencia**" respondió: " Sí está indicada, sobre la conducta médica ante el sufrimiento fetal agudo durante el segundo periodo de trabajo de parto, cartelazo afirma que:

1.- Cuando el sufrimiento fetal está presente existe siempre indicación de interrumpir el trabajo de parto y extraer tan rápidamente al feto como lo permitan las condiciones medio- obstétricas del caso"

2.- Decidida la extracción producto, debe elegirse el procedimiento que menos riesgos represente para él y para la madre, de acuerdo con el estado general de ambos y con las condiciones obstétricas que existen."

2.1.- "En presentaciones encajadas... con cuello borrado... y con dilatación completa, **fórceps o espátulas**

Nótese las dos premisas para tener en cuenta cuando e va a escoger la conducta obstétrica en el escenario sufrido por la paciente del caso analizado: **obligación de cumplir con extracción fetal con la mayor celeridad y predilección por la vía de nacimiento vaginal antes que la cesárea**, contemplando la ubicación de la cabeza fetal y la diferencia entre los riesgos de complicaciones maternas y fetales derivadas de la realización de cada uno de los procedimientos.

De la misma manera, sobre la preferencia del parto instrumentado sobre la cesárea en las condiciones referidas, Cortes afirma: "Existen situaciones en las cuales el fórceps, o las espátulas tienen una indicación superior a la cesárea", entre ellas "MAL PUJO O FATIGA MATERNA Y SUFRIMIENTO FETAL

## AGUDO EN EL EXPULSIVO"

PARA EL AUTOR LA "SUPERIORIDAD" RADICA , ENTRE OTROS TEMAS, EN QUE LA CESÁREA REQUIERE DE TIEMPO PARA LA PREPARACIÓN (PERSONAL E INSTALACIONES) Y PARA EL CASO ANALIZADO, EL DIAGNOSTICO DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO supone la utilización de la técnico médica aplicable de manera más rápida. Dicho de otra manera, encontrándose la presentación fetal descendida en el canal del parto ("estación de +2) asociado a signos de sufrimiento fetal, la instrumentación del parto resulta más expedita que el traslado del binomio madre hijo al quirófano, contemplando el tiempo necesario para la aplicación de la anestesia y posterior preparación del instrumental, colocación de campos quirúrgicos sobre la paciente, entre otros.

Lo anterior también lo afirmó Sereno, en la revista médica de la Academia Nacional de Medicina de México:

"... las contracciones uterinas en ocasiones son ineficaces para mantener la velocidad normal del progreso del parto y si al bebe no se le facilita su salida puede sufrir hipoxia y hay que evitar ese grave peligro. Habrá ocasiones en que el feto está sufriendo, y además se cumplen los requisitos para aplicar un fórceps o espátulas), caso en el cual, al obstetra le llevara menos tiempo aplicar un fórceps que hacer una cesárea. Finalmente la última parte del periodo expulsivo del parto puede prolongarse, la cabeza del bebe estará comprimida demasiado tiempo y la presión continuada del diafragma urogenital y el piso perineal de la madre pueden exponerse a un traumatismo obstétrico que podrá afectar a la criatura y a las funciones; urinarias, vaginales y rectales; para abreviar esta Ultima parte del periodo expulsivo del parto, el obstetra experimentado aplicara de manera electiva o profiláctica un fórceps".

Reafirmado lo anterior, la recomendación del Hospital Universitario Materno-Infantil vall d'Hebron de España, para el manejo de pacientes con "pérdida del bienestar fetal intraparto" incluye finalizar la gestación por la vía más rápida:

**"en caso de dilatación completa y plano II de Hodge se puede practicar un parto instrumentado por vía vaginal"**

**Y a la quinta pregunta indique si para el caso concreto se cumplían las condiciones para instrumentar el parto, pues se presentaba pelvis adecuada, estación fetal mayor de +2, dilatación y borramientos completos"**

Respondió: "Las condiciones registradas en la historia clínica previas a la instrumentación del parto fueron:

"(Folio 98 "segunda hoja) 2 CONTROL DE TRABAJO DE PARTO", registraron a

las 14:00 horas, Dilatación 10cm, Estación +2, variedad de posición (texto ilegible) occipital sacra, membranas "R" rotas, Episiotomía."

A continuación, se comparan con las recomendaciones para la atención de parto instrumentado con espátulas

Recomendación de la literatura médica, Secretaria de Salud de Bogotá	Registro de actividad realizada en la Historia Clínica
Anestesia adecuada	En el aparte de la historia clínica CONTROL DE TRABAJO DE PARTO, se registró: Observaciones durante el trabajo de parto y órdenes "EPIDURAL"
Evacuación vesícula y rectal	Folio 70, "Doctor Baldrish realiza cateterismo vesical"
Membranas Rotas	Folio 71, "Doctor Baldrish realiza tacto vaginal y se presenta ruptura de membranas"
Asepsia y Antisepsia	Si se realizó
Episiotomía amplia	Si se realizó
Diagnosticar presentación y variedad de posición. Conocer la altura de la presentación.	Si se realizó, como se anotó arriba, lo referido al Folios 98 de la historia clínica.

Basado en lo anterior se afirma que Si se cumplían las condiciones para la instrumentación del parto".<sup>2</sup>

Concluye el Despacho que de acuerdo con la historia clínica, los testimonios médicos recepcionados, y el dictamen pericial rendido por el medico Diego Alejandro Becerra, la utilización de las espátulas de Velasco en el sub examine se justificaron porque había que desembarazar a la madre de manera inmediata, toda vez que la bebe se encontraba en parto expulsivo es decir, en el canal vaginal, y no se podía esperar a la realización de una cesárea que implicaría por lo menos de 30 minutos, ya que en este caso el tiempo corría en contra de la neonata, pues se encontraba en sufrimiento fetal agudo, sin oxígeno; si se hubiese optado por la realización de la cesárea y no la utilización de las espátulas de Velasco las opciones para la bebe hubieran oscilado entre la parálisis cerebral y la muerte; por lo que lo procedete en un caso como el que nos ocupa hoy conforme la literatura médica y dada la urgencia de desprender el feto de la madre, era la utilización de las espátulas de Velasco como la mejor opción, para salvaguardar la vida de la madre y de su hija.

<sup>2</sup> Ver folio 337 a 339 del expediente

Del material probatorio y del dictamen pericial, se puede concluir que la atención del parto de la menor Jennifer Lorena Naranjo Arias se hizo conforme lo prescribía la literatura médica y los protocolos médicos, que en el mismo hubo acompañamiento de una ginecóloga con vasta experiencia como lo es la Dra Beatriz Eugenia Arias Vélez, quien asistió el parto con el médico residente Oldrih Baldrich Gómez.

De otro lado, como se advirtió, no existe prueba frente a la manifestación de la parte actora en torno a que las espátulas de Velasco se cayeron durante el procedimiento del parto y que las mismas fueron recogidas y reinsertadas en el canal vaginal, o que en el Hospital Militar Central se hubiera realizado un procedimiento inadecuado, con el uso del instrumental, puesto que de las pruebas allegadas al proceso, como ya fue analizado, no se llega a esa conclusión y lo cierto es que en el expediente no reposa prueba científica que permita determinar la responsabilidad de la entidad demandada; por el contrario, todo el material probatorio demuestra fehacientemente la diligencia en el actuar médico del personal vinculado al ente demandado.

Ante ese contexto, se logra colegir por esta instancia judicial, que no se logró comprobar la negligencia en el actuar del cuerpo médico adscrito a la entidad demandada, sino que por el contrario, se advierte la diligencia con la que procedieron durante el servicio prestado a la demandante y a su menor hija, máxime cuando no había riesgo perceptible clínicamente por los médicos, para que ALEIDA DE JESÚS ARIAS MIRANDA, diera a luz a su bebé mediante parto natural vaginal, toda vez que la citada tuvo un pobre control pre natal, lo que hubiese minimizado los riesgos en el embarazo y en el parto; como se ha explicado, era un embarazo a término, siendo imposible a la luz de la pruebas, determinar que se presentaría una complicación en el nacimiento que derivaría en las lesiones en el cráneo de Jennifer Lorena Naranjo Arias.

Ahora bien, el día 25 de junio de 2012, previo a la atención del parto de la señora Aleida Arias Miranda, suscribió consentimiento informado para la atención del parto y/ o cesárea, en que se le explico que la atención del parto podría conllevar los siguientes riesgos:

*"Infección, sangrado, lesión órganos vecinos, re internación, requerimiento UCI, muerte fetal, muerte materna, **necesidad de instrumentación del parto, respuestas secundarias a instrumentación.** (fl 33 y 34 del Cd visible a folio 330)*

Con relación a la información al paciente de los riesgos que conlleva los procedimientos e intervenciones médicas a los que es sometido, lo que se conoce como consentimiento informado, el Consejo de Estado, ha establecido lo siguiente:

*“(…) en lo específicamente relativo al campo de la responsabilidad estatal por la prestación del servicio de salud, **el elemento decisivo para determinar la imputabilidad del daño, tiene que ver con el desbordamiento de lo que el paciente está obligado a asumir.** La premisa general consiste en que al paciente corresponde soportar aquello que es consecuencia directa y exclusiva de la vulnerabilidad y mortalidad propias de la condición humana, así como de la concreción de los riesgos previsibles, conocidos y consentidos del acto médico, mediante el acto jurídico del consentimiento informado y el margen de fracaso terapéutico que no ha podido ni podrá ser desterrado por completo del arte de la medicina”<sup>3</sup>.* (subrayado del despacho).

En el sub examine la lesión de la menor Jennifer Lorena Naranjo Arias sufrida al momento de su nacimiento no constituía un desbordamiento de lo que estaban obligados a asumir sus padres, pues al momento del parto se advirtió que se podía ver la necesidad de utilizar instrumentación en el parto, con respuestas secundarias, como parte de los riesgos que podría ocurrir en el procedimiento del parto.

En consecuencia, no es posible imputar a la accionada el daño antijurídico reclamado, al no estar acreditada la existencia de una falla en el servicio médico prestado, toda vez que se observa que la atención brindada a la paciente fue oportuna y acertada, como quiera que se realizaron los procedimientos que los médicos consideraron más convenientes para salvaguardar la salud y la vida de la paciente y su hija, pues está demostrado que la entidad demandada no solamente atendió el parto sino que realizó seguimiento a la menor siendo hospitalizada pos parto y dada de alta cuando no se advertían riesgos para su salud, es más en la historia clínica no se observa que la menor hubiese quedado con secuelas o daños permanentes por la lesión sufrida al momento de su nacimiento. Debe considerarse que la menor fue atendida por pediatría, neuropediatría y neurocirugía, por la lesión craneal evidenciada, lo que redundó en sentir del Despacho en una atención adecuada.

#### **4.- Conclusión**

Por lo anterior, el problema jurídico deberá resolverse en forma negativa, pues no existe prueba del nexo causal entre las acciones u omisiones de la entidad demandada, ni de que la entidad haya omitido la aplicación de las guías y protocolos de atención brindada en el parto de la menor Jennifer

<sup>3</sup> Consejo de Estado, SUBSECCION B, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO, Bogotá, D.C., veintiséis (26) de junio de dos mil quince (2015), Radicación número: 18001-23-31-000-1996-00924-01(30419).

Lorena Naranjo Arias, ni que haya incurrido en una falla en el servicio médico por la lesión cerebral que la neonata sufrió al momento de su nacimiento por parto inducido instrumentado en el que se utilizaron las "Espátulas de Velasco". Así las cosas, se negarán las pretensiones de la demanda.

#### 5.- Costas y agencias en derecho

Según lo consagrado en el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 366 de C.G.P en su numeral segundo y las directrices del Consejo Superior de la Judicatura, se condenará a la parte demandante a pagar a la parte demandada las costas que se fijan en el cuatro por ciento (4%) del valor de las pretensiones reconocidas en la demanda.

En mérito de lo expuesto, **el Juzgado Sesenta y Cuatro Administrativo de Oralidad del Circuito Judicial de Bogotá**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

#### VI.- FALLA:

**PRIMERO: NEGAR** la totalidad de pretensiones de la demanda, por lo señalado en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas a la parte demandante, y fijar como AGENCIAS EN DERECHO a favor de la parte demandada Hospital Militar Central, al **cuatro por ciento (4%)** de las pretensiones de la demanda negadas en la sentencia.

**TERCERO:** Contra la presente sentencia procede recurso de apelación, dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.

**CUARTO:** La presente sentencia se notificará de conformidad con lo establecido en el artículo 203 de la Ley 1437 de 2011.

**QUINTO: ORDENAR** la devolución del saldo de los gastos a la parte actora, si los hubiere.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**ÁLVARO CARREÑO VELANDÍA**  
**JUEZ**