Bogotá D.C, 12 de noviembre de 2024

|  |  |
| --- | --- |
| **DESPACHO:** | JUZGADO NOVENO (9°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI |
| **REFERENCIA:** | PROCESO VERBAL |
| **RADICADO:** | 760013103009-**2020-00022**-00 |
| **DEMANDANTES:** | JHANNYA JULIET VALENCIA MESTIZO Y OTROS |
| **DEMANDADOS:** | INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSE DE GERONA Y OTROS |
| **AUDIENCIA:** | INICIAL ART. 372 C.G.P. |
| **FECHAS:** | 28 DE OCTUBRE DE 2024 |

1. **CONCILIACIÓN**

Por parte del extremo pasivo se indica la ausencia de ánimo conciliatorio. Así las cosas y al no existir una fórmula de acuerdo entre las partes, se declara fracasada la etapa de conciliación.

1. **INTERROGATORIO DE PARTE**

**JHANYA JULIETH VALENCIA MESTIZO**

El embarazo fue planeado. Los controles prenatales fueron en San Nicolas. Ya para lo último fue que le dieron a elegir la clínica donde atender el parto.

Ella asistió el 23 de marzo de 2024 dado que era la fecha probable de parto, pero el Dr. William le indicó que aún no estaba en proceso de parto por lo que le dio egreso. Continuo con contracciones y asistió nuevamente el 24 de marzo en donde la atendió el Dr. Fernando Pabón. El médico le rompió la membrana después de presentar contracciones y dilatación. Le indicaron que debían realizarle cesárea porque no tenía la capacidad pélvica para un parto natural. Cuando la bebe nació, no lloró.

Le informaron que había complicaciones con la bebe (meconeo) por lo que tuvieron que reanimarla. A ella luego la llevaron a UCI. La sala de cirugía no estaba disponible y se demoraron mucho en llevarla a sala de parto. Las circunstancias presentadas atienden a la demora en la atención del parto.

Trabajaba en almacenes la 14, ingreso en el año 2006, pero tuvo que renunciar debido a que debía cuidar a la menor.

La menor tiene enfermera debido a que tuvieron que interponer una acción de tutela. La menor presenta una PCL del 100%, es totalmente dependiente. Ha estado en terapias.

Su esposo fue quien surtió los gastos hasta que ella volvió a trabajar en el año 2023. El esposo es abogado.

**DAVID MARCELO HERRERA**

Estuvo presente en el parto e hizo cursos debido a que esperaban con ansias el parto. Le dieron un permiso, pero no autorizaron que el ingresara a la sala de partos. Nunca hablo con los médicos William y Fernando.

Lo hicieron firmar varias cosas y en el afán de los hechos él no se fijó en lo que firmaba. Indica que el embarazo fue completamente planeado.

Nunca le indicaron que Jhanya tenía una desproporción cefalopélvica. El solo vió cuando su hija salía de sala con soporte ventilatorio y con una medida diferente de la cabeza. No le dieron esperanza de vida a la menor. La menor sufrió una hipoxia, lo que causo la lesión neuronal.

Su esposa fue quien se quedó al cuidado de la menor mientras él laboraba. Sufrió mucho y le manifestó que no quería vivir. No pudieron llevar una relación en pareja durante año y medio, porque solo se preocupaban por el desarrollo de la menor. Han asistido a terapias en familia, incluso su otro hijo.

Su hija no camina, no habla y solo reacciona de vez en cuando.

**LICCETH MESTIZO URBANO**

Madre de Jahnya. Estuvo en la sala de espera, porque no la dejaron ingresar a ver a su hija. Tenía conocimiento de lo que pasaba con su hija por lo que le informaba su yerno.

Su vida cotidiana es llevar a Luciana a terapias y estar todo el día con ella.

Para el año 2013, ella trabajaba en bordados.

**JULIAN MONTAÑA MESTIZO**

Tío de Luciana y hermano de Jhanya. Quien más ha asistido a la menor es la abuela. Los padres apoyaban económicamente en su mayoría y asistían a la menor, pero quien principalmente se hizo cargo de ella fue la abuela.

**Dr. WILLIAM GARCÍA**

A la paciente previo a ingresar a valoración se le realizó el monitoreo fetal e impresiones diagnosticas. Para saber si la paciente se encuentra en labor de parto se deben tener en cuenta el número de contracciones en 10 minutos, la integridad de membranas y los cambios cervicales. El protocolo atiende a las guias de prácticas clínicas del Ministerio. La norma ha cambiado en tanto ahora la fase latente es de 6 minutos, anteriormente era menos.

La salida de líquido vaginal es normal y no necesariamente infiere que debe realizarse un examen adicional o mantenerla ingresada bajo control. Se observó que adicionalmente la paciente tenía las membranas integras. Ese liquido gelatinoso no era líquido amniótico. Solo se valoró en urgencias y se evaluaron las características del líquido, el multitacto genera un riesgo de infección a la paciente.

La atendió a las 6:25 hasta las 6:52. Al no estar en trabajo de parto, no es necesario mantenerla en el servicio de urgencias. Antes de valorarla se realiza un monitoreo fetal que dura entre 20 o 30 minutos. Las membranas hacen parte de la bolsa amniótica, son las que engloban el embarazo y forman junto con la placenta la estructura fetoplacentaria y la comunicación que se tiene es desde el cordón hacia la placenta. Lo que recubre la total superficialidad del útero son las membranas ovulares. Si están integras, no existe salida de líquido amniótico.

El proceso de dilatación está asociado a la cantidad de contracciones y de ahí se producen los cambios cervicales. La paciente no cumplía con el proceso de contracciones ni presentaba cambios cervicales. Al existir bienestar fetal se determina que existe una debida oxigenación al feto. La condición de la menor era congénita (inherente al desarrollo) y no cambiaba en nada la atención brindada. Si los exámenes hubieran arrojado el diagnostico de microcefalia o hipoplasia, nada hubiera cambiado. La vía de elección del parto es la vaginal, dado las complicaciones de la cesárea.

La asimetría cefalopélvica se puede presentar espontáneamente en un trabajo de parto, dado que es una secuencia dinámica de múltiples actores. La paciente contaba con 40 semanas de embarazo sin factores de riesgo. El trabajo de parto empieza en la fase latente con una dilatación de 4 centímetros. Desde la expulsión del tapón mucoso hasta la fase de parto activo pueden pasar días o semanas. El trabajo de parto de una primigestante puede durar 24 horas desde la fase latente y puede durar 2 horas en expulsivo.

Dentro de los exámenes realizados no se encontraba el diagnóstico de microcefalia, ni irregularidades en la paciente.

**Dr. FERNANDO PABÓN**

La paciente ingresa con dolor por contracción, una dilatación entre 3 o 4 cm, membranas integras, una pelvis ginecoide y en fase latente. La monitoria demuestra que hay contracciones irregulares lo que los llevó a pensar que la paciente iría a una fase prolongada. Se ordena hospitalizar.

La revalora 3 horas después, se encuentra en condiciones normales, con una dilatación de 6 cm y con las membranas integras. Con los hallazgos se cambia diagnostico a fase activa con evolución satisfactoria por lo que se continua en vigilancia.

3 horas después se valora nuevamente, encontrando 7 cm de dilatación. Se determina que hay un retardo en la dilatación, lo que se conoce como un trabajo de parto prolongado. Se maneja con miotomía para mejorar la alteración del estado de parto y verificar el bienestar fetal (descartar presencia de meconio).

2 horas después la paciente se encuentra en fase de expulsivo y a la hora siguiente se evidencian hallazgos en la cabeza del bebe (inicio de acabalgamiento) y desproporción cefalopélvica en la paciente, lo que indica que el feto no iba a pasar por el canal vaginal. Por lo tanto, no continuar con ese proceso de parto y suspender la oxitocina para someter a la paciente a cesárea. Se solicita sala de cirugía, pero le indican que la sala estaba ocupada, pero dado que no se encontraban en una emergencia, se decide esperar a que desocupen el quirófano, lo cual sucede 50 minutos después. Una vez ingresa a sala de cirugía y se inicia el procedimiento, la menor nace a las 7 de la noche. La menor presenta un perímetro cefálico de 30 cm y medio.

Se diligenció el partograma, el cual es una recomendación para poder evidenciar en una grafica los cambios respecto a la dilatación y el descenso del feto. La dilatación y el deceso iban bien, pero encontraron dos hallazgos que llamaron la atención: (i) la cabeza de caput (inflamación en el cuero cabelludo), lo cual es normal en partos de primíparas, no obstante, llamo la atención debido a lo poco que había descendido el feto, por lo que se podía tratar de una desproporción, y (ii) el cabalgamiento de la sutura (ausencia de unión lineal de los huesos del cráneo), lo que también es un indicio de la desproporción. Por lo tanto, ni siquiera esperaron a que la paciente cumpliera con el término de expulsivo que es hasta de 3 horas, pues a la hora de expulsivo y con esos hallazgos se decidió evacuar la paciente por cesárea y se solicitó turno para cirugía. Ello sucedió a las 5:40 y a las 6:30 ya estaba la paciente en el quirófano (teniendo en cuenta los 50 minutos mientras desocupaban la sala).

La fase latente (puede durar hasta 20 horas) es una fase que esta entre el preparto y la fase activa. La fase activa de la paciente empezó cuando la paciente presentó los 4 cm de dilatación (hoy en día son 6 cm) a las 11:37 de la mañana. De la fase activa a la fase expulsiva dura entre 8 (promedio) o 18 horas. Empezó en fase expulsiva a las 4:40 de la tarde. El parto se dio dentro del término regular, pues el parto tuvo lugar a las 7 de la noche. No había signos de sufrimiento fetal agudo ni sangrados, lo que dio lugar a esperar a que desocuparan el quirófano. No hubo expulsivo prolongado.

El sufrimiento fetal es la falta de oxígeno, se evidencia cuando el feto presenta variación en la frecuencia cardiaca. El monitoreo de la frecuencia cardiaca se realizó antes, durante y después de cada contracción. La paciente se debe valorar cada 4 horas y en el caso concreto se valoró cada 3 horas.

La bebe nació reprimida y requirió reanimación. La cabeza era demasiado pequeña para la proporcionalidad de la paciente. Eso no se genera en el trabajo de parto, sino en el desarrollo del embarazo. El diagnóstico de la menor con posterioridad al parto fue de hipoxia. Quien hace el diagnóstico de la proporcionalidad es el pediatra cuando nace el bebe, cuando se evalúa el peso del bebe. No hay duda de que nació con una microcefalia.

Los ecografistas toman imágenes y hacen cálculos. No se pueden evidenciar todas las malformaciones, por lo que es normal que no se pudiera determinar el perímetro cefálico, pues sin el bebe en físico, no es posible confirmar ese diagnóstico.

En algún momento al feto se le alteró la oxigenación, pero no fue durante la valoración realizada en el proceso de parto, sino en los últimos minutos mientras la paciente daba a luz. La vía de parto la decide el médico que atiende el parto.

El feto no presentaba complicaciones. No se consideró remitir, porque ello podría haber tardado más de dos horas, era mucho más factible esperar los 50 minutos mientras desocupaban la sala. Lo más seguro es que la condición congénita del feto impidiera que soportara el trabajo de parto en la misma medida que un feto normal.

No era posible que con las ecografías se determinara que el tamaño de la cabeza era de menor proporción a la esperada. Un feto que nace con microcefalia presenta un mal pronóstico neurológico. Todas las valoraciones de la frecuencia fetal están consignadas y en ninguna de evidencia taquicardia o bradicardia.

La microcefalia es una disminución del tamaño de la cabeza. Según la literatura, una de las causas son las genéticas (alteración en el ADN), así como las infecciosas, toxicas, alteraciones metabólicas y desconocidas. La malformación congénita es una alteración estructural que se puede ver en el cuerpo de un recién nacido, se da en el desarrollo de la vida embrionaria. La alteración genéticas es una alteración molecular que se determina a través de exámenes de laboratorio.

Para la época de los hechos existían diferentes salas de cirugía, pero solo un equipo de quirófano (personal y equipos) para ginecobstetricia. El proceso de desinfección de un quirófano puede tardar entre 20 o 40 minutos.

La desproporción cefalopélvica se puede sospechar en algunos casos cuando existen antecedentes, cuando hay una pelvis estrecha, cuando por ecografía se determina que le bebe pesa más de lo debido, por altura uterina y por la evolución en el trabajo de parto. Solo esta última fue la que se presentó y por ende se decidió realizar la cesárea.

No existió expulsivo prolongado.

**HNA. MARTHA ANTURI (R.L. IRSJG)**

La clínica tiene los servicios especificados con el personal idóneo. Los galenos deben cumplir una serie de requisitos para vincularse a las dependencias. El jefe de departamento les pone en conocimiento los protocolos.

Los directivos administrativos tienen control sobre las remisiones, dado el tipo de contratación con cada una de las EPS. La Clínica Nuestra Señora de los Remedios cuenta con al menos unas 9 salas de quirófanos y el jefe de cirugía se encarga de la distribución de los mismos para los procedimientos quirúrgicos. Hay salas asignadas según los procedimientos. Existía una sala asignada específicamente para obstetricia.

Dentro de los protocolos está determinado que la jefe de cirugía realiza la distribución de las salas. De acuerdo al tipo de procedimiento existe una persona asignada y el protocolo, así lo que se debe hacer para usarla, pues no todas las salas se utilizan para todo tipo de procedimientos.

La Clínica está habilitada para la atención de ginecología y obstetricia, los cuales se encuentran exhibidos al público en las diferentes dependencias. Los galenos están contratados bajo prestación de servicios. La Clínica tiene advertido a los profesionales sobre el paso a seguir en caso de contingencias, pues depende del tipo de procedimiento. La jefe de cirugía dada la eventualidad determina si las salas rotativas son adecuadas para ciertos procedimientos.

Cada sala cuenta con sus respectivos equipos y dispositivos dependiendo del área de atención. La paciente se atendió de acuerdo al convenio que IPS tiene con la EPS S.O.S.

**LUZ KARIME CASADIEGOS (R.L. SEGUROS DEL ESTADO)**

Explica las prerrogativas de la Póliza contratada por la EPS S.O.S.

**NOTA:** El interrogatorio de la Representante Legal de la EPS se efectuará en la audiencia de instrucción y juzgamiento.

1. **FIJACIÓN DEL LITIGIO**

Determinar si se encuentran acreditados los presupuestos de la responsabilidad civil y consecuentemente si existe solidaridad entre las demandadas. En su defecto, estudiar si existe la prosperidad de las excepciones y de los llamamientos en garantía.

1. **CONTROL DE LEGALIDAD**

No se observan circunstancias que conlleven una nulidad o que deban ser saneadas.

1. **DECRETO DE PRUEBAS**

**DEMANDANTES**

1. Documentales
2. Dictamen pericial de Dairo Gutiérrez Cuello.
3. Testimonios.
4. Ratificación de documentos.
5. Contadora pública.

**S.O.S.**

1. Documentales.
2. Testimoniales.

**IRSJG**

1. Documentales.
2. Dictamen pericial y se cita al profesional.
3. Testimoniales.

* Fabiola Briceño Campo
* Sandra Giraldo
* María Susana Erazo Gómez
* Melba Lucía Cifuentes Posada

**Dr. WILLIAM GARCÍA**

1. Documentales.
2. Dictamen pericial.

**Dr. FERNANDO PABÓN**

1. Documentales.
2. Testimoniales.
3. Dictamen pericial.

**OFICIO**

1. El cariotisto realizado por la médica genetista, aportado por la parte demandante.

Se realiza solicitud de adición por parte del apoderado de los demandantes, así como por la apoderada de la EPS, la apoderada de la aseguradora y el apoderado de los Drs. William y Fernando. Este último en igual medida interpone recurso de reposición y en subsidio de apelación. Las solicitudes y el recurso se resolverán por medio de Auto.

Se fija como fecha para adelantar la audiencia de instrucción y juzgamiento el día **27 de febrero del año 2025, a partir de las 9:30 a.m.**