



INDICE

1. CARTA DE ENTREGA AL SOLICITANTE.....	2
2. DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL ART. 226 CGP.....	3
3. DICTAMEN PERICIAL	7
3.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN	7
3.2 MOTIVO DE PERITACIÓN: POR POSIBLE NEGLIGENCIA MEDICA Y FALLECIMIENTO DE RECIEN NACIDO.....	7
3.3 INFORMACION DISPONIBLE:	7
3.4 REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA Y OBSERVACIONES PERICIALES.....	7
3.5 REVISION TEÓRICA Y DEFINICIONES	32
3.6 CONCLUSIONES	44
3.7 REVISION BIBLIOGRAFICA Y ASPECTOS NORMATIVOS	63



1. CARTA DE ENTREGA AL SOLICITANTE

Pereira, abril de 2023

Señora Adriana Porras Correa

ASUNTO: DICTAMEN MEDICO PERICIAL/CASO ADRIANA PORRAS CORREA

De acuerdo a su solicitud rendimos dictamen médico pericial.

Dicha experticia es rendida por la AML DE JURE a través de los Dr. Juan Carlos Rivera Arcila, Medico y Cirujano, Magister en Peritaje Medico y valoración del Daño Corporal, especialista en responsabilidad médica, Asesor y perito independiente en daño corporal, experto en seguridad del paciente, experto en análisis y auditoria de Historia Clínica y Calidad de la atención, Docente Universitario y amplia experiencia laboral en la dirección de IPS, y la Dra. Ángela Marcela Tibaquirá B, Médico Cirujano, Magister en Peritaje Medico y valoración del Daño Corporal, especialista en Auditoria en salud, especialista en responsabilidad médica, Asesor y perito independiente en daño corporal, experto en seguridad del paciente, experto en análisis y auditoria de Historia Clínica y Calidad de la atención, y amplia experiencia laboral en la auditoria medica en IPS.

La aclaración a este dictamen sólo se surtirá si la solicitud se hace dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de este escrito.

El dictamen médico pericial emitido por AML DE JURE, cumple con los requisitos del artículo 226 del C.G.P y con el objetivo de que las partes realicen el derecho de contradicción en concordancia con el artículo 228 del C.G.P., en caso de programarse audiencia de sustentación del dictamen, le solicitamos notificarnos con 30 días antelación a la diligencia al correo electrónico infoamldejure@gmail.com, para agendar a los peritos médicos, anexando copia de consignación de los respectivos honorarios.

Cordialmente,

Ángela Marcela Tibaquirá B
RM 1820/08 CEO AML DE JURE



2. DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL ART. 226 CGP

JURAMENTO

JUAN CARLOS RIVERA ARCILA, identificado con cedula de ciudadanía nro. 10.138.495 y Registro Medico 15344, inscrito en el RETHUS, manifiesto bajo juramento, que se entiende prestado con la firma de este dictamen, que mi opinión pericial es independiente y corresponde a mi real convicción y experiencia profesional, con objetividad e imparcialidad en todos mis actos, sin injerencia de ninguna de las partes. He actuado leal y fielmente en el desempeño de esta labor.

El presente dictamen médico pericial se ha realizado con la aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones medicolegales utilizado en el contexto específico de cada caso; como se establece en el procedimiento Abordaje Medicolegal de Casos Relacionados con Responsabilidad Profesional en Atención en salud DG-M-P-91 Versión: 01 de 29 de diciembre de 2017.10. (Se anexa Informe Técnico Médico legal)

Mi domicilio principal es la ciudad de Pereira, Risaralda, recibo Notificaciones en el correo electrónico juancarlosriveraarcila@gmail.com Cel 3183979563. Soy Medico y Cirujano, Magister en Peritaje Medico y valoración del Daño Corporal, especialista en responsabilidad médica, asesor y perito independiente en daño corporal, experto en seguridad del paciente, experto en análisis y auditoria de Historia Clínica y Calidad de la atención, Docente Universitario y amplia experiencia laboral en la dirección de IPS.

No he realizado publicaciones relacionadas con la materia del dictamen que me permito exponer.

He participado en la elaboración en forma conjunta e individual de los dictámenes periciales en los últimos 4 años. (Se anexa lista al final) Declaro que no he participado como perito médico en procesos anteriores o en curso del solicitante, pero si del apoderado del solicitante de este dictamen.

Declaro que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de impedimento para actuar como perito en el respectivo proceso de acuerdo al art 50 del C.G.P, acepto el régimen jurídico de auxiliares de la justicia, que poseo la formación académica y experticia profesional para rendir esta opinión pericial. No tengo ningún grado de consanguinidad o parentesco con ninguna de las partes inmersas en este proceso.

Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados para elaborar este dictamen no son diferentes de los que he utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versan sobre la misma materia y son los que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión.

Al final del Dictamen médico se relacionaron y adjuntaron a través de link los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen.

JUAN CARLOS RIVERA ARCILA
CC 10.138.495. RM 15244
C.O.O AML DE JURE



JURAMENTO

ÁNGELA MARCELA TIBAQUIRA B, identificado con cedula de ciudadanía nro. 42.141.839 Registro Medico 1820/08, inscrito en el RETHUS, Manifiesto bajo juramento manifiesto bajo juramento, que se entiende prestado con la firma de este dictamen, que mi opinión pericial es independiente y corresponde a mi real convicción y experiencia profesional, con objetividad e imparcialidad en todos mis actos, sin injerencia de ninguna de las partes. He actuado leal y fielmente en el desempeño de esta labor.

El presente dictamen médico pericial se ha realizado con la aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones medicolegales utilizado en el contexto específico de cada caso; como se establece en el procedimiento Abordaje Medicolegal de Casos Relacionados con Responsabilidad Profesional en Atención en salud DG-M-P-91 Versión: 01 de 29 de diciembre de 2017.10. (Se anexa Informe Técnico médico legal)

Mi domicilio principal es la ciudad de Pereira, Risaralda, recibo Notificaciones en el correo electrónico anmatiba@gmail.com, Cel 3233042567.

Soy Medica Cirujana, Magister en Peritaje Medico y valoración del Daño Corporal, especialista en Auditoria en salud, especialista en responsabilidad médica, Asesor y perito independiente en daño corporal, experto en seguridad del paciente, experto en análisis y auditoria de Historia Clínica y Calidad de la atención, y amplia experiencia laboral en la auditoria medica en IPS.

No he realizado publicaciones relacionadas con la materia del dictamen que me permito exponer.

He participado en la elaboración en forma conjunta e individual de los dictámenes periciales en los últimos 4 años. (Se anexa al final)

Declaro que no he participado como perito médico en procesos anteriores o en curso del solicitante, pero si del apoderado del solicitante de este dictamen.

Declaro que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de impedimento para actuar como perito en el respectivo proceso de acuerdo al art 50 del C.G.P, acepto el régimen jurídico de auxiliares de la justicia, que poseo la formación académica y experticia profesional para rendir esta opinión pericial. No tengo ningún grado de consanguinidad o parentesco con ninguna de las partes inmersas en este proceso.

Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados para elaborar este dictamen no son diferentes de los que he utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versan sobre la misma materia y son los que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión.

Al final del Dictamen médico se relacionaron y adjuntaron a través de link los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen.

Ángela Marcela Tibaquirá B
C.C 42.141.839 RM 1820/08
CEO AML DE JURE



	AÑO	PERITO	RADICADO/CASO
1	2020	ANGELA MARCELA TIBAKUIRA BAUTISTA	Dictamen Médico Pericial/Caso Lina Marcela Rodríguez Botero/Solicitado por Dra. Luz Mary Bautista Abogada.
2	2021	JUAN CARLOS RIVERA ARCILA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Fernando Pulido Cortes/ Solicitado por Fernando Pulido para demanda
3	2021	ANGELA MARCELA TIBAKUIRA BAUTISTA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Emilce Martínez/ Solicitado por Dr. Alexis Cortez abogado
4	2021	ANGELA MARCELA TIBAKUIRA BAUTISTA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Dana Sofía Ríos/ Solicitado por Dr. Oscar Ortiz abogado
5	2021	JUAN CARLOS RIVERA Y ANGELA MARCELA TIBAKUIRA BAUTISTA	Concepto especializado/ Caso Fátima Amin/ Solicitado Mohamed
6	2022	JUAN CARLOS RIVERA ARCILA Y ANGELA MARCELA TIBAKUIRA BAUTISTA	Dictamen Médico Pericial/Caso Iván de Jesús Sánchez/ Radicado 2022- CJCR047
7	2022	JUAN CARLOS RIVERA ARCILA	Dictamen Médico Pericial/Caso Ignacio Cárdenas/ Solicitado por Miriam Bonilla
8	2022	JUAN CARLOS RIVERA ARCILA Y ANGELA MARCELA TIBAKUIRA BAUTISTA	Dictamen Médico Pericial/Caso Laura Botero/ Solicitado por Dra. María Alejandra Ruiz de Medellín
9	2022	JUAN CARLOS RIVERA ARCILA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Duber García/ Solicitado por Duber García paciente.



10	2022	JUAN CARLOS RIVERA ARCILA	Viabilidad responsabilidad medica/ Solicitud audiencia conciliación/ Solicitud Flor María Hernández/ C-J-R-R 047-2022
11	2022	ANGELA MARCELA TIBAQUIRA	Viabilidad responsabilidad medica/ Solicitud Laura Arboleda.
12	2022	ANGELA MARCELA TIBAQUIRA	Conceptos para tutela/ Solicitud Ángel Leonardo Chávez Meza/ Radicado 0059-2022
13	2022	JUAN CARLOS RIVERA	Viabilidad responsabilidad medica/ Peritaje médico legal para demanda Ana Isabel Caro Solicitado cliente Ana Isabel Caro.
14	2022	ANGELA MARCELA TIBAQUIRA	Viabilidad responsabilidad medica Fabian Giovanny Muñoz solicitado por el cliente
15	2022	JUAN CARLOS RIVERA	Peritaje médico legal de Ana María Acevedo Mosquera solicitado por la paciente Ana María Acevedo Mosquera





1. DICTAMEN PERICIAL

3.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: ADRIANA PORRAS CORREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC 42029483

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD A LA FECHA DE LOS HECHOS: 32 AÑOS

3.2 MOTIVO DE PERITACIÓN: POR POSIBLE NEGLIGENCIA MEDICA Y FALLECIMIENTO DE RECIEN NACIDO.

3.3 INFORMACION DISPONIBLE: HISTORIA CLINICA DE CONTROLES PRENATALES SOORTADA POR SOS, HISTORIA CLINICA DE CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA FOLIO 4 (FOLIO 1/267, FOLIO 2/123, FOLIO 3/52, FOLIO 4/44, DICTAMEN PERICIAL DE LA CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA FOLIO 1 (FOLIO 1/13), PROTOCOLOS ENVIADOS DE LA CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA.

3.4 REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA Y OBSERVACIONES PERICIALES

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (ASPECTOS RELEVANTES)

SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD

10 DE OCTUBRE 2011 HORA 09:11. CONTROL PRENATAL.

IDX N 390. IVU. SS PARACLINICOS Y ENVIO A CONTROL PRENATAL



24 DE OCTUBRE HORA 09:03 PAG 5/21 INGRESO PROGRAMA CONTROL PRENATAL (CUARTO CONTROL PRENATAL. TRES EN HOSPITAL LOCAL DE LA VIRGINIA. SE TRASLADA A PEREIRA). PESO **57KG** TALLA 1.55 IMC 23,7

IDX Z35.9 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. MD JHON BYRON RAMIREZ BURITCA

29 DE NOVIEMBRE DE 2011 HORA 12.01 PAG 13/21 CONTROL PRENATAL

IDX Z35.9 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. EMB 35 SEMANAS MD JHON BYRON RAMIREZ BURITCA

13 DE DICIEMBRE HORA 10:58.

IDX Z34.8 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES. EMB 36.3 SEMANAS MD JHON BYRON RAMIREZ BURITCA

27 DE DICIEMBRE 11.21H PAG 16/21 CONTROL PRENATAL

PESO 62,5KG TA 110/85. IDX 013X HIPERTENSION GESTACIONAL. EMB 38.3 SEM

3 DE ENERO DE 2012 HORA 11:30 CONTRO PRENATAL

IDX Z35.9 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. EMB 39.3 SEMANAS MD JHON BYRON RAMIREZ BURITCA



CLINICA COMFAMILIAR

26 DE OCTUBRE 2011

PAG 2/33

INGRESO A URGENCIAS GINECOBSTERICIA 2011/12/27 11:41

✓ (964663)

INGRESO MEDICO GINECO OBSTERICIA(493) 2011/12/27 13:30 ® NOTA DE INGRESO

SUBJETIVO: PACIENTE G2P1V1, FUP 12 AÑOS, EG 38 SEMANAS 3 DIAS, REMMITIDA POR MEDICO DE CPN QUIEN LA ENCONTRÓ HIPERTENSA EN 2 TOMAS LA MANDA PARA VALORACION COMPLEMENTARIA, PACIENTE CON CUADRO GRIPAL DE 2 DIAS EVOLUCION, HA TENIDO TOS SECA, RINORREA ABUNDANTE Y OBSTRUCCION NASAL NO SABE SI FIEBRE, HA TENIDO CEALEA INTENSA Y DESALIENTO. MF ACTIVOS,. EDEMA LEVE DE PIERNAS, NIEGA OTROS SINTOMAS.

OBJETIVO: AL EXAMEN FISICO: TA 100/78 SENTRADA MSD, FC 78 X MIN FR 16 XMIN T 36.9 GC, APARENTE BEG HIDRATADA AFEBRIL, CYC OBSTRUCCION NASAL, GARGANTA ROJA SIN PUS, MV RUDO EN ASCSPS SIN SOBREGREGADOS. ABD: AU 32 CMS FCF 150 X MIN DI , UTERO RELAJADO, TV CUELLO POSTERIOR LARGO CERRADO, EXT SIN EDEMAS EN ESTE MOMENTO, REF SIN ALT

ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE G2P1V1 EMBARAZO DE 38 SEMANAS 3 DIAS, HIE?? ESTADO GRIPAL. SS TAMIZAJE PARA PREECLAMIA, MEF CATEGORIA I REACTIVA SIN CONTRACCIONES, SE REVALROARA CON RESULTADO DE PC. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE.

CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL:



PAG 4/33

EVOLUCION MEDICO GINECO OBSTETRICIA(490) 2011/12/27 16:12 ® NOTA DE EVOLUCION

SUBJETIVO: REPORTE DE EXAMENES DE TAMIZAJE NORMALES.

OBJETIVO: TA 100/78 SENTADA MSD.

ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE G2P1V1 EMBARAZO DE 38 SEMANAS 3 DIAS, PREPARTO, SX GRIPAL, SE ORDENA MANEJO SE LE EXPLICA, AL MOMENTO NORMOTENSA Y SIN PREMONITORIOS, TAMIZAJE NORMAL.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z358: SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Autor: RESTREPO SANTA LINA MARCELA (MEDICINA GENERAL RM:1417MD NI42105080)



PAG 5/33

		Historia Clinica 13647901	Código: Versión No: Vigente a partir:
		Area de Servicios: CLINICA	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Ciudad: PEREIRA RDA. Nombre: ADRIANA PORRAS CORREA Sexo: FEMENINO Edad: 32 AÑOS 9 MESES 30 DÍAS Procedencia: PEREIRA Dirección: MZ 35 CS 3 Cotizante: CC 10140003	Fecha y Hora ingreso: CIRUGIA 2012/01/07 8:25	Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS Documento: CC 42029483 Ocupación: INDETERMINADO Zona: URBANA Teléfono: 3105203019 Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO Categoría: A	Plan: SOS PLAN POS (Capitado) Fecha Nacimiento: 1979/03/20 Observacion: Estado Civil: UNION LIBRE

PAG 21/33



INGRESO MEDICO GINECO OBSTERICIA(493) 2012/01/07 9:05 ® NOTA DE INGRESO

SUBJETIVO: PACIENTE SECUNDIGESTANTE, G2P1A0 (PARTO NORMAL HACE 12 AÑOS), CON FUM (28-03-11), PLANIFICACION CON ACOS HASTA FEBRERO-11, CON EG A HOY DE 40 SEMANAS POR ECO (30-06-11: 12 SEMANAS 5 DIAS). FPP:07-01-12, # 5 CPN, GRUPO SANGUINEO A POSITIVO, ACTUALMENTE TOMA MNT CON BUENA TOLERANCIA. ANTECEDENTES PATOLOGICOS NIEGA. REFIERE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, NIEGA SANGRADO GENITAL, AMNIORREA O LEUCORREA, SINTOMATOLOGÍA URINARIA, PREMONITORIOS ENTRE OTROS. INDICA QUE CONSULTA POR CONTROL DE LA SEMANA 40.

OBJETIVO: PACIENTE ALERTA, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. FC:84X. FR:18X. TA:112/60MMHG BD SENTADA. AU:34CM. FCF:150X. SIN ACTIVIDAD UTERINA. FETO LONGITUDINAL, DORSO DERECHO, CEFALICO. AL TACTO VAGINAL: CUELLO LARGO, POSTERIOR, OCE CERRADO. SE OBSERVA DESGARRO ANTIGUO, RECTO A POCOS MILIMETROS DE VAGINA. EXTREMIDADES SIN EDEMA DE MMISS, PULSOS PERIFÉRICOS POSITIVOS. NEURO: ROT NORMALES.

ANÁLISIS Y PACIENTE SECUNDIGESTANTE CON EG A HOY DE 40 SEMANAS POR ECO, EN PREPARTO. SS PBF Y MEF. SE COMENTA CON GO DE TURNO DR GARCIA POR DESGARRO ANTIGUO, INDICA QUE LA PTE ES CANDIDATA DESPUES DEL PARTO A CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE SUELO

PLAN: PELVICO. SE LE EXPLICA A LA PTE SU ESTADO REFIERE ENTENDER. SE REVALORARA CON RESULTADOS. *MEF (08+38): REACTIVO, LINEA DE BASE 144X, VARIABILIDAD CONSERVADA, NO DESACELERACIONES, NO ACTIVIDAD UTERINA DURANTE EL TRAZADO

CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL:

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z349: SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

Autor: RIOS GARAVITO ANA LUCIA (MEDICINA GENERAL RM:16333 NI42160245)

PAG 23/33



EVOLUCION MEDICO GINECO OBSTETRICIA(490) 2012/01/07 10:28 ® NOTA DE EVOLUCION

SUBJETIVO: PACIENTE SECUNDIGESTANTE CON EG A HOY DE 40 SEMANAS POR ECO, EN PREPARTO. *MEF (08+38): REACTIVO, LINEA DE BASE 144X, VARIABILIDAD CONSERVADA, NO DESACELERACIONES, NO ACTIVIDAD UTERINA DURANTE EL TRAZADO

OBJETIVO: REPORTE DE PBF (07-01-11): FETO UNICO, CEFALICO DE 40 SEMANAS CRECIENDO EN PERCENTIL 7, (PFE 2910GR), AC 9.3. PLACENTA POSTERIOR DERECHA GRADO II, PBF 8/8, ILA 16.60CM

ANÁLISIS Y PLAN: SECUNDIGESTANTE CON EG A HOY DE 40 SEMANAS POR ECO, EN PREPARTO, PBF REPORTA FETO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL. SE LE EXPLICA A LA PTE SU ESTADO REFIERE ENTENDER, SE COMENTA CON GO DE TURNO, SE INGRESA A SALA DE PARTO, SE INICIA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL INTRAVAGINAL. SE LE EXPLICA A LA PTE SU ESTADO REFIERE ENTENDER. SS VDRL, SE FIRMAN CONSENTIMIENTOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z352: SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA

Autor: RIOS GARAVITO ANA LUCÍA (MEDICINA GENERAL RM:16333 NI42160245)

PAG 9/33

EVOLUCION MEDICO GINECO OBSTETRICIA(490) 2012/01/07 12:02 ® NOTA DE EVOLUCION

SUBJETIVO: PACIENTE QUE SE INGRESA PARA INDUCCION

OBJETIVO: SIN CAMBIOS

ANÁLISIS Y PLAN: SE COLOCA INTRAVAGINAL 25 MCGRS DE MISOPROSTOL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z352: SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA

Autor: GARCIA VELASCO HERNANDO (GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA RM:1215 NI10526414)

PAG 11/33

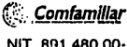
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS				
FECHA	HORA	MEDICAMENTO	CANT APLICADA	OBSERVACION
20120107	12:00	MISOPROSTOL TAB.*200MCG N/P	0	1/4 ADMINISTRADO POR EL DR HERNANDO GARCIA
20120107	16:45	OXITOCINA INY.*5UI/ML	2	10 UND EN 500 INICIA A 15 POR HORA
20120107	16:45	CLORURO D SODIO 0.9% INY*500ML	1	MAS OXITOCINA
20120107	22:00	CLORURO D SODIO 0.9% INY*500ML	1	
20120107	22:00	OXITOCINA INY.*5UI/ML	2	
20120107	22:00	LIDOCAINA 2% S/EPINEF.INY*10ML	1	
20120107	22:00	ACETAMINOFEN TAB.*500MG	2	
20120108	4:00	ACETAMINOFEN TAB.*500MG	2	VIA ORAL
20120108	12:00	CLORURO D SODIO 0.9% INY*500ML	1	A 100 CC POR HORA
20120108	14:00	METOCLOPRAMIDA INY*10MG/2ML	1	

5

13



HOJA ANEXA

 NIT. 891.480.00-1		PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA		Código 3-FT-390 Versión 6 Vigente a partir 2010-04-01	
NOMBRE <u>Adriana Porras Correa</u>		IDENTIFICADOR <u>42029483</u>			
FECHA INGRESO <u>Enero 07. 2012</u>		HORA INGRESO <u>10:30</u>		SERVICIO <u>obstetricia</u>	
ENTIDAD <u>SOS</u>		EDAD <u>31</u> PESO <u>63</u>			
MEDICO TRATANTE <u>Ginecologos</u>				TELEFONO <u>3105203019</u>	

FECHA	MEDICAMENTOS	HORA DE INICIO	FECHA SUSPENDIDO	FECHA	CUIDADOS
07-01	Misoprostol 1/4	12:00		07-01	vigilar trabajo
-	tableta intravaginal	-		-	de parto.

PAG 16/33





EVOLUCION MEDICO GINECO OBSTETRICIA(490) 2012/01/07 16:11 ® NOTA DE EVOLUCION

SUBJETIVO: USUARIA DE 31 A, EMB DE 40 SEM. REFIERE SENTIRSE BIEN, PRESENCIA DE MOV FETALES PRESENTES, CON ACT UTERINA CONTINUAS TRAS COLOCACION DE MEDICAMENTOS, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, NIEGA PREMONITORIOS: CEFALEA, NAUSEAS, EMESIS, FOSFENOS, TINITUS, EPIGASTRALGIA.

OBJETIVO: SV TA 115/79 FC 63 FR 20 T 36.5 ORL: MUCOSA SHUMEDAS ROSADAS. CP NORMAL. ABD: ACT UTERINA REGULAR: 4-5/10 MIN/35 SEG/+++ FCF 160. GU: D 3 B 70 E -2 MEMBRANAS INTEGRAS ABOMBADAS. MEF DE LAS 14:40 CATEGORIA I. SE REALIZA AMNIOTOMIA A LAS 16:00 PM, LIQUIDO CLARO EN MODERADA CANTIDAD.

ANÁLISIS Y PLAN: USUARIA DE 32 A, EMB DE 40 SEM+ FETO PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL, CONTINUAR CON VIGILANCIA DE ACT UTERINA, SE INICIA GOTEO DE OXITOCINA A 15 CCC. CONTROL DE SIGNOS VITALES, VIGILAR FCF ANTES, DURANTE Y DESPUES DE CONTRACCIONES

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z352: SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA

Autor: OSPINA CASTRO VIVIANA (MEDICINA GENERAL RI4:3147-06 NI42133161)

EVOLUCION AUXILIAR ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(492) 2012/01/07 16:41 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: USUARIA QUE REFIERE CONTRACCIONES MUY FUERTES. ALERTA COLABORADORA NIEGA PREMONITORIOS MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES . A LAS 16+00 LA DRA OSPINA VALORA Y REALIZA ANMIOTOMIA OBTENIENDO LIQUIDO CLARO

OBJETIVO: ABUNDANTE FETOCARDIA DE 164 SE LE PASAN RESTO DE LIQUIDOS A GOTEO LIBRE Y CONTINUA CON GOTEO DE OXITOCINA CON UNA ACTIVIDAD UTERINA DE 6 /10 DE 40 SEGUNDOS DE DURACION DE +++ SE DEJA PAÑO EN PERINE.



EVOLUCION AUXILIAR ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(492) 2012/01/07 18:28 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: USUARIA QUE REFIERE CONTRACCIONES MUY FUERTES CON GOTEO DE OXITOCINA A 15 POR HORA.

OBJETIVO: PALIDA ALERTA COLABORADORA NIEGA PREMONITORIOS MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES CON MUY BUENA ACTIVIDAD UTERINA DE 5/10 DE +++ DE 40 SEGUNDOS DE DURACION CON HIDRORREA CLARA A LA VALORACION LA DRA ENCUENTRA EN 5 POR 70% DE BORRAMIENTO ELIMINA ESPONTANEO EN PATO.

ACTIVIDADES PENDIENTES: CONTINUAR VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO FETOCARDIA SIGNOS VITALES E INFORMAR MINIMAS VARIACIONES.

Autor: CASTAÑO RAMIREZ DEYCY CRISTINA (AUXILIAR DE ENFERMERIA RM:1 CC24791067)

EVOLUCION MEDICO GINECO OBSTETRICIA(490) 2012/01/07 19:13 ® NOTA DE EVOLUCION

SUBJETIVO: PACIENTE DE 32 AÑOS. SECUNDIGESTANTE. EMBARAZO DE 40 SEMANAS POR ECOGRAFIA. REFIERE ACTIVIDAD UTERINA REGULAR. PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS.

OBJETIVO: EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. PA: 121/65, FC: 80 X MIN, FR: 20 X MIN. ACTIVIDAD UTERINA 5 EN 10 MINUTOS DE 40 SEGUNDOS DE DURACION, INTENSIDAD +++. FCF: 145- 168 X MIN. TACTO VAGINAL: CUELLO DILATADO 8 CM, BORRADO 90%, ESTACION 0, MEMBRANAS ROTAS, CEFALICO, CALOTA DURA.

ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE SECUNDIGESTANTE, CON EMBARAZO A TERMINO, CON INDUCCION CON MISOPROSTOL, AHORA CON REFUERZO CON OXITOCINA. TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA. PLAN: CONTINUAR VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO Y FCF.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z352: SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA

Autor: MENDOZA PEÑA TANIA DEL PILAR (MEDICO GENERAL RM:411148-03 CC25272633)

EVOLUCION AUXILIAR ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(492) 2012/01/07 19:38 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: REFIERE DOLOR MUY FUERTE TIPO CONTRACCION UTERINA.

OBJETIVO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, POCO COLABORADORA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, CLORURO CON 10 UNIDADES DE OXITOCINA A 15 POR HORA. CON MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, FETOCARDIA DE 163, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR Y SALIDA DE TAPON MUCOSO. TIENE MEMBRANAS ROTAS, AMNIOTOMIA DE LAS 16 HORAS LIQUIDO CLARO.

ACTIVIDADES PENDIENTES: CONTROL DE SIGNOS VITALES Y FETOCARDIA. CONTROL DE TRABAJO DE PARTO. AVISAR CAMBIOS.

Autor: VALENCIA GUTIERREZ ADRIANA (AUXILIAR DE ENFERMERIA RM:0 CC42139179)



EVOLUCION AUXILIAR ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(492) 2012/01/07 21:47 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: REFIERE DOLOR MUY FUERTE.

OBJETIVO: PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO ACTIVO. CON ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, FETOCARDIA POSITIVA DE 140 POR MINUTO. SE LE INDICA LA FORMA DE RESPIRAR, PERO LA PACIENTE NO COLABORA, INGRESA EN 2 OCASIONES EL DR HERNANDO GARCIA PARA VALORARLA PERO LA PACIENTE LE DICE QUE NO SE DEJA. SE ESCUCHA FETOCARDIA A LAS 20+50 DE 142 POR MINUTO.

ACTIVIDADES PENDIENTES: CONTROL DE SIGNOS VITALES Y FETOCARDIA. CONTROL DE TRABAJO DE PARTO.

PAG 13/33



EVOLUCION MEDICO GINECO OBSTETRICIA(490) 2012/01/07 22:11 ® NOTA DE EVOLUCIÓN

SUBJETIVO: PACIENTE QUE A LAS 20+30 HORAS SE REALIZA TACTO VAGINAL, CON POCA COLABORACION DE LA PACIENTE, PUES NO SE DEJA VALORAR ADECUADAMENTE.

OBJETIVO: PA: 110/70, FC: 64 X MIN, FCF: 144 X MIN. CUELLO BORRADO 100%, DILATADO 9 CM, ESTACION 0, MEMBRANAS ROTAS, CEFALICO, OCCIPITO POSTERIOR.

ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE QUE SE ENCONTRABA EN FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO, POCO COLABORADORA CON EL EXAMEN FISICO Y LAS INDICACIONES. PACIENTE QUE NO SE DEJA EXAMINAR POR EL GINECOLOGO DE TURNO. SE INFORMA A LA PACIENTE DE LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA COLABORACION Y QUE DE ESO DEPENDE EL BIENESTAR DE ELLA Y DE SU BEBE. REFIERE ENTENDER.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z352: SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA

Autor: MENDOZA PEÑA TANIA DEL PILAR (MEDICO GENERAL RM:411148-03 CC25272633)

NOTA DE PARTO(494) 2012/01/07 22:33 ® NOTA DE INTERVENCIONES QX

INTERVENCION: ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL (EXPULSIVO)

VIA: VIA INICIAL

PROFESIONAL: TANIA MENDOZA PEÑA

NOTA: A LAS 21+00 HORAS, SE COMPRUEBAN BORRAMIENTO Y DILATACION COMPLETAS. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE ATIENDE PARTO VAGINAL ESPONTANEO EN CAMA, PORQUE LA PACIENTE NO SE DEJO PASAR A LA SALA DE PARTOS. A LAS 21+10 HORAS, SE OBTIENE PRODUCTO FEMENINO, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, SIN FRECUENCIA CARDIACA, CIANOTICO, FLACIDO. SE PINZA, CORTA Y LIGA CORDON UMBILICAL RAPIDAMENTE, SE SECA Y ESTIMULA CON COMPRESAS SIN OBTENERSE RESPUESTA. SE ENTREGA A MEDICO DE NEONATOS DE TURNO, DRA. SANDRA QUICENO. SE TOMAN GASES ARTERIALES DE CORDON UMBILICAL. ALUMBRAMIENTO TIPO SCHULTZE COMPLETA A LOS 30 MINUTOS, POR LO QUE SE TRASLADA A CAMILLA DE SALA DE PARTOS, Y GINECOLOGO DE TURNO, DR. GARCIA, CON POCA COLABORACION DE LA PACIENTE, REALIZA REVISION MANUAL SIN OBTENERSE RESTOS PLACENTARIOS. SE REvisa CANAL DEL PARTO. SE OBSERVA DESGARRO ANTIGUO NO CORREGIDO Y DESGARRO DE LABIO MENOR IZQUIERDO QUE SE CORRIGE CON VICRYL 2-0. UTERO QUEDA INFRAUMBILICAL, CON SANGRADO ESCASO.

HALLAZGO: PLACENTA COMPLETA TIPO SCHULTZE, MEMBRANAS COMPLETAS. PLACENTA PEQUEÑA. CORDON UMBILICAL MUY DELGADO. MORTINATO. PESO: 2930 GRAMOS. TALLA: 52 CM. PLAN: PASAR MADRE A PUERPERIO. TRASLADAR MORTINATO A LA MORGUE. SE SOLICITA ESTUDIO PATOLOGICO DE PLACENTA Y MORTINATO. SE INFORMA A LA PACIENTE.

Autor: MENDOZA PEÑA TANIA DEL PILAR (MEDICO GENERAL RM:411148-03 CC25272633)



NOTA RECIENTE NACIDO(495) 2012/01/07 23:07 ® DATOS RECIENTE NACIDO / NACIMIENTO

HORA DE NACIDO: 2110.00
PESO GRS: 2930.00
TALLA CMS: 52.00
EDAD GESTACIONAL SEMANAS: 40
PERIMETRO TORACICO: 34.00
PERIMETRO ABDOMINAL: 31.00

PAG 15/33

EVOLUCION ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(491) 2012/01/08 33:45 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: NOTA CORRESPONDIENTE A LAS 21+10 HORAS USUARIA EN UNIDAD DE TRABAJO DE PARTO QUIEN SE MUESTRA MUY POCO COLABORADORA, A PESAR DE EXPLICARLE LA IMPORTANCIA DE QUE PERMITA SU REVISION DE TRABAJO DE PARTO .

OBJETIVO: USUARIA CONCIENTE, ORIENTADA EN TRABAJO DE PARTO, QUIEN NO ACEPTO QUE EL DR GARCIA LA REVISARA, SE MUESTRA MUY ANSIOSA, A LAS 21:10 HORAS SE PRESENTA PARTO EN CAMA YA QUE LA USUARIA NO PERMITIO TRASLADO A SALA DE PARTOS, ES ATENDIDO POR MEDICO DE SALAS, SE OBTIENE PRODUCTO DE SEXO FEMENINO, SIN NINGUN TIPO DE ESFUERZO RESPIRATORIO, AUSENCIA DE SIGNOS VITALES, NO FRECUENCIA CARDIACA, CON CIANOSIS, FLACIDO, SE PASA DE INMEDIATO A LAMPARA DE CALOR RADIANTE Y SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION, LIDERADO POR MEDICA DE NEONATOS, EN COLABORACION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA, ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOS, ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA, Y AUXILIARES DE TURNO DE SALA DE PARTOS. SE INICIA CON VPP, MASAJE CARDIACO, LA DRA QUICENO REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL CON TUBO 3.5 Y SE PASAN DOS DOSIS DE ADRENALINA POR EL TUBO, SE COLOCA Sonda OROGASTRICA NO 8, SE INTENTA CANALIZAR VENA NO ES POSIBLE, DURANTE TODO EL TIEMPO DE LA REANIMACION NO SE OBTIENE NINGUN TIPO DE RESPUESTA LUEGO DE 30 MINUTOS DE REANIMACION , CON APGAR DE 0 DURANTE TODO EL TIEMPO. LUEGO DE SUSPENDIDAS LAS MANIOBRAS DE REANIMACION SE TOMAN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, CON UN PESO DE 2930 GRAMOS, TALLA : 52 CMS , PC: 34, PT. 34, PA : 31, LA MEDICO DE NEONATOS REALIZA EXAMEN FISICO , LE INFORMA A LA USUARIA Y A LA FAMILIA LA SITUACION, LA USUARIA ES TRASLADA A SALA DE PARTOS DONDE ES ATENDIDO EL ALUBRAMIENTO POR EL DR GARCIA GINECO-OBSTETRA DE TURNO, LA MEDICO DE SALAS REALIZA CORRECCION DE DESGARRO, SE ORGANIZA USUARIA Y SE PASA A SALA DE HOSPITALIZACION.

ACTIVIDADES PENDIENTES: VIGILAR SANGRADO VAGINAL E INVOLUCION UTERINA, DEFINIR ESTUDIO ANATOMOPATOLGICO.

Autor: RODRIGUEZ CACERES CECILIA (ENFERMERIA RM:1596-96 CC28272086)

PAG 9/33

FECHA	HORA	PESO (KG)	TALLA (Mts)	IND MASA CORP	TA SISTOLICA	TA DIASTOLICA	TA MEDIA	FR CARDIACA XMIN	FR RESPIRATORIA XMIN	T (°C)
20120107	16:38				140	83	102	68	21	36.6
20120107	18:25				121	65	83.6	81	22	36.3
20120107	19:29				110	80	90	76	18	36.5
20120108	1:00				111	74	86.3	76	19	37
20120108	3:59				111	74	86.3	76	20	37.2
20120108	9:55				110	80	90	76	19	36.5

Comfamiliar RISARALDA NIT 891.480.000-1		CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SUMINISTRO DE ANESTESIA		Código 3-F-045	Page 1 of 1
				Versión No. 2	
				Vigente a partir: 20070401	

Fecha: 9.01.12 H.C.: No. 42029483

YO, ADRIANA PORRAS CORREA, identificado con cédula de ciudadanía No. 42.029.483 expedida en LA VIGILANCIA, he sido informado por el médico tratante del procedimiento anestésico que será practicado a mí o a mi familiar.

SI ☒ NO ☐

Manifiesto que me fue entregado las indicaciones prequirúrgicas y que fui advertido de la necesidad de un tiempo de ayuno adecuado.

SI ☒ NO ☐

Una vez leída y discutida la información incluida en este documento y los anexos sobre Anestesia:

General _____ Raquídea y peridural _____ Local _____ Troncular _____

Con el Doctor _____ yo, _____ manifiesto que he comprendido con claridad la naturaleza y las opciones alternativas, que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que estas han sido contestadas satisfactoriamente, además manifiesto que todos los espacios en blanco han sido completados antes de la firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento, en consecuencia autorizo a la CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, para que a través de sus anestesiólogos me suministre la Anestesia _____, requerida para la práctica del procedimiento _____.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstétricos, incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las sigo, mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

La CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, queda expresamente autorizada en estos términos a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que a juicio del anestesiólogo sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal. Tengo claro que en cualquier momento puedo formular las dudas en torno al procedimiento que me será practicado.

ADRIANA PORRAS C '42.029.483

Nombre del usuario Firma y cédula del usuario o responsable

 www.amldejure.com



Listados Historia Clinica

Page 1 of 4



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARA CESÁREA

Código	3-FT-122
Versión No.	4
Vigente a partir:	20110716

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos los pacientes de los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que se les practique y de solicitar su consentimiento anticipado (artículos 15 y 16).

Por lo tanto el presente documento pretende informar a usted y a su familia y/o acudientes y/o responsables legales acerca del procedimiento que se le realizará, sus riesgos, sus potenciales complicaciones y algunas de las eventualidades derivadas de su realización. Le solicitamos que lea cuidadosamente este documento y llene, de su puño y letra, los espacios en blanco que encontrará en algunos renglones a continuación.

La paciente (nombre y apellidos de la paciente) ADRIANA PORRAS CORREA
Identificada con CC # 42-029-483 de LA VIRGINIA

Y/o el señor(a) (nombre y apellidos) _____
Identificado con CC # _____ de _____ en calidad de representante legal,
acudiente, tutor, familiar o allegado,
Declaro:

1. Que he sido advertida de que para poder ser sometida al procedimiento indicado, es necesario que otorgue el consentimiento previo como lo define la ley. Este consentimiento deberá ser diligenciado en este formato separado que se anexará posteriormente al resto de mi historia clínica.

15. Declaro que he sido advertida por la clínica Comfamiliar y sus profesionales de que la practica de la intervención en mención que he aceptado, compromete una actividad de medio pero no de resultado. Bajo esta premisa y condición me someto a la misma.

Certifico que he leído y entendido el presente documento en su integridad y que acepto la realización del procedimiento dentro de los criterios previamente descritos.

Firma paciente ADRIANA PORRAS CORREA
CC # 42-029-483 de LA VIRGINIA

Firma testigo _____
CC # _____ de _____

Firma médico _____
CC # _____ de _____

Ciudad y fecha Medellin 07-01-12.



ANEXO

 NIT. 891.480.000-1	SIGNOS VITALES Y/O CONTROL TRABAJO DE PARTO		Código:	3-FT-109
			Versión No.	4
			Vigente a partir:	2010-02-16

NOMBRE USUARIO: Adriana Porras Correa NÚMERO DE CÉDULA: 42029483

MADRE						RECIENTE NACIDO				CONTRACCIONES				MEMBRANAS						
FECHA	HORA	PA	FC	FR	To	PESO	FC	FR	To	HORA	FREC	DURAC.	INTENS.	INTEGR	ROTAS	FCF	FCFD	FCFP	DILAT.	BORRAM.
07-01	10:30	112/60	84	18	36.5	63	-	-	-	10:30				X		138				Quattro largo Posición
Enero 7	12:30	123/84	70	18	36	-	-	-	-	12:30	3/10	30"	##	X	-	144	-	-	-	-
Enero 7	13:30	116/80	64	19	36.2	-	-	-	-	13:30	3/10	32"	##/###	X	-	153	-	-	-	-
Enero 7	14:30	118/77	66	18	36.5	-	-	-	-	14:30	4/10	35"	##	Y	-	168	-	-	-	-
Enero 7	15:30	115/79	63	20	36.5	-	-	-	-	15:30	5/10	37"	##	X	-	159	-	-	-	-
Enero 7	16:30	140/83	68	21	36.6	-	-	-	-	16:30	5/10	35"	##	amiotomic +quattro largo	-	162	-	-	3	60%
Enero 7	17:30	129/85	77	21	36.4	-	-	-	-	17:30	5/10	40"	##	(+)	X	164	-	-	-	-
Enero 7	18:30	121/65	81	22	36.3	-	-	-	-	18:30	6/10	45"	##	-	X	167	147	152	-	-
7-01	19:30	110/80	76	18	36.0	-	-	-	-	18:30	5/10	40"	##	-	X	173	152	147	4	-
7-01	20:30	112/70	80	18	36.4	-	-	-	-	19:30	4/10	40"	##	-	X	159	-	163	-	-
7-01	20:50	110/60	80	18	-	-	-	-	-	20:30	4/10	35"	##	-	X	137	-	140	-	-
7-01	22:10	130/71	76	18	36.6	-	-	-	-	20:50	4/10	40"	##	-	X	142	-	146	-	-
07-1-12	24:00	110/74	83	20	35.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08-1-12	24:15	100/70	80	20	37.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08-1-12	01:10	111/74	76	20	37.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enero 8	12:40	110/80	76	19	36.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enero 8	13:10	100/60	80	19	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enero 8	12:10	120/81	69	19	36.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enero 8	16:55	101/72	85	19	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enero 8	20:05	105/69	81	18	36.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enero 8	24:00	93/60	67	19	36.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



ANEXO

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES INFORME PERICIAL DE NECROPSIA N°. 2012010166001000021

Regional: OCCIDENTE Seccional: RISARALDA

U. Básica: PEREIRA

Nombre Definitivo: HIJA DE ADRIANA PORRAS CORREA

Nombre al Ingreso: NN

Tipo de documento: INDOCUMENTADO

No. de documento: NA

Edad: 40 semanas gestación

Sexo: FEMENINO

Procedencia: PEREIRA, RISARALDA

Fecha de ingreso: 10/01/2012 Hora: 12:45

NUNC (Acta de Inspección): 660016000035201200116

Radicado Fosa: No aplica

Autoridad: SLRN

Fecha muerte: 07/01/2012 21:25

Fecha necropsia: 10/01/2012 Hora: 14:00

Prosector: LIGIA INES AGUILAR ANGEL

Auxiliar de morgue: VICTOR ALONSO RAMIREZ GONZALEZ

INFORMACIÓN DISPONIBLE AL MOMENTO DE INICIAR LA NECROPSIA

Datos del acta de inspección:

- Resumen de hechos: según historia clínica de la clínica comfamiliar(pagina 8 de 16) a nombre de adriana porras correa se anota: "atención en isa de parto de madre secundigestante de 32 años con embarazo de 40 semanas controlado con dos ecografías reportadas normales, ingreso en la mañana por control de las 40 semanas con feto pequeño, parto inducido inicialmente con misoprostol y posteriormente se pasa a oxitocina, con frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto normales, no reporte de desaceraciones, amniotomía en la tarde con líquido claro, la madre al parecer poco colaboradora con los factos, incluso no se dejó pasar a mesa de partos, presento parto en cama a las 21+10 atendido por medico de planta refiriendo que nace bebe sin ningun esfuerzo respiratorio cianotico, sin frecuencia cardiaca, flaccido, sin ningun tipo de respuesta, se inicia vpp masaje cardiaco y se intuba a los 30 segundos se le administraron dos dosis de adrenalina por tubo orotraqueal, nunca se tuvo respuesta no frecuencia cardiaca .

- Hipotesis de manera aportada por la autoridad: En estudio

- Hipotesis de causa aportada por la autoridad: En estudio

PRINCIPALES HALLAZGOS DE NECROPSIA

en la autopsia se encuentra recién nacido de 2900 gramos sin malformaciones, al examen interno presenta hemorragia subaracnoidea, congestión visceral generalizada, petequias en base de pulmón derecho, placenta con calcificaciones.

ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL

CONCLUSIÓN PERICIAL:

Causa básica de muerte: hipoxia

mecanismo de muerte: hemorragia subaracnoidea

EXAMEN EXTERIOR

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CADAVER: Muerte fetal y/o mortinato, con un peso de 2.900 gramos, talla 47 cm, coronilla rabadilla 33 cm, rodilla coxis 11 cm, talón rodilla 11 cm, longitud plantar 7,5 cm, se encuentra unido a placenta por cordón umbilical que mide 49x1x1

LIGIA INES AGUILAR ANGEL
Médico Forense

Página: 1 de 3



ANEXO

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES INFORME PERICIAL DE NECROPSIA N°. 2012010166001000021

Regional: OCCIDENTE Seccional: RISARALDA

U. Básica: PEREIRA

Nombre Definitivo: HIJA DE ADRIANA PORRAS CORREA

Nombre al Ingreso: NN

Tipo de documento: INDOCUMENTADO

No. de documento: NA

Edad: 40 semanas gestación

Sexo: FEMENINO

Procedencia: PEREIRA, RISARALDA

Fecha de ingreso: 10/01/2012 **Hora:** 12:45

NUNC (Acta de inspección): 660016000035201200116

Radicado Fosa: No aplica

Autoridad: SIIIN

Fecha muerte: 07/01/2012 21:25

Fecha necropsia: 10/01/2012 **Hora:** 14:00

Prosector: LIGIA INES AGUILAR ANGEL

Auxiliar de morgue: VICTOR ALONSO RAMIREZ GONZALEZ

INFORMACIÓN DISPONIBLE AL MOMENTO DE INICIAR LA NECROPSIA

Datos del acta de inspección:

- Resumen de hechos: según historia clínica de la clínica comfamiliar(pagina 8 de 16) a nombre de adriana porras correa se anota: "atención en 1sa de parto de madre secundigestante de 32 años con embarazo de 40 semanas controlado con dos ecografías reportadas normales, ingreso en la mañana por control de las 40 semanas con feto pequeño, parto inducido inicialmente con misoprostol y posteriormente se pasa a oxitocina, con frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto normales, no reporte de desaceleraciones, amniotomía en la tarde con líquido claro, la madre al parecer poco colaboradora con los tactos, incluso no se dejó pasar a mesa de partos, presento parto en cama a las 21+10 atendido por medico de planta refiriendo que nace bebe sin ningun esfuerzo respiratorio cianotico, sin frecuencia cardíaca, flaccido, sin ningun tipo de respuesta, se inicia vpp masaje cardíaco y se intuba a los 30 segundos se le administraron dos dosis de adrenalina por tubo orotraqueal, nuca se tuvo respuesta no frecuencia cardíaca.

- Hipotesis de manera aportada por la autoridad: En estudio

- Hipotesis de causa aportada por la autoridad: En estudio

PRINCIPALES HALLAZGOS DE NECROPSIA

en la autopsia se encuentra recién nacido de 2900 gramos sin malformaciones, al examen interno presenta hemorragia subaracnoidea, congestión visceral generalizada, petequias en base de pulmón derecho, placenta con calcificaciones.

ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL

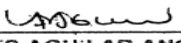
CONCLUSIÓN PERICIAL:

Causa básica de muerte: hipoxia

mecanismo de muerte: hemorragia subaracnoidea

EXAMEN EXTERIOR

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CADAVER: Muerte fetal y/o mortinato, con un peso de 2.900 gramos, talla 47 cm, coronilla rabadilla 33 cm, rodilla coxis 11 cm, talón rodilla 11 cm, longitud plantar 7,5 cm, se encuentra unido a placenta por cordón umbilical que mide 49x1x1


LIGIA INES AGUILAR ANGEL
Médico Forense

Página: 1 de 3



ANALISIS PERICIAL A CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS EN PROCEDIMIENTOS DE PARTO APORTADO POR LA CLINICA COMFAMILIAR COMO RESPUESTA A DERECHO DE PETICION A OFICIO NUMERO 2510

1. ANALISIS DE GASES EN CORDON UMBILICAL
2. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO
3. GUIA DE INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO (2014)

ANALISIS DE GASES EN CORDON UMBILICAL

SEGÚN EL DOCUMENTO APORTADO POR LA CLINICA COMFAMILIAR “ EL ANALISIS DE SANGRE DEL CORDON UMBILICAL PARA LA EVALUACION DEL ESTADO ACIDO BASE DEL RECIEN NACIDO INMEDIATAMENTE DESPUES DEL PARTO ES LA MANERA **MAS OBJETIVA** DE EVALUAR LA CONDICION METABOLICA FETAL AL NACER.” EL DOCUMENTO DESCRIBE ADEMAS “ ESTA INFORMACION TAMBIEN PUEDE SER UTIL DESDE LA PERPECTIVA MEDICA Y **MEDICO LEGAL**, YA QUE PROPORCIONA INFORMACION SOBRE LA FISIOLOGIA DEL FETO DURANTE EL PARTO Y, SI ES NORMAL, EXCLUYE A LA ASIFIXIA PERINATAL O HIPOXIA SECUNDARIA AL PROCESO DE NACIMIENTO”

INDICACIONES: ENTRE OTRAS DESCRITAS EN EL DOCUMENTO APORTADO “**APGAR BAJO O REQUERIMIENTO DE MANIOBRA DE REANIMACION COMO PRESION POSITIVA O MASAJE CARDIACO**”

TECNICA “SE EXTRAEE SANGRE DE LA ARTERIA UMBILICAL AL MENOS 0.8CC EN UNA JERINGA DE 1ML QUE HA SIDO PREVIAMENTE LAVADA CON HEPARINA Y LA JERINGA ES TRANSPORTADA EN HIELO AL LABORATORIO”. DESCRIBE EL DOCUMENTO QUE SEGÚN “LOS ESTUDIOS ESTOS HAN MOSTRADO QUE UNA MUESTRA DE SANGRE DE CORDON **EN** UNA JERINGA ENJUAGADA CON HEPARINA Y MANTENIDA EN HIELO ES RAZONABLEMENTE ESTABLE PARA LA EVALUACION DEL PH Y DEFICIT DE BASE DURANTE 60 MINUTOS”. SI SE ENCUENTRAN DIFICULTADES EN LA OBTENCION DE MUESTRAS DE SANGRE DE CORDON DE LA ARTERIA



UMBILICAL, LOS VASOS EN LA SUPERFICIE FETAL DE LA PLACENTA PUEDEN SER UTILIZADOS (ARTERIAS CRUZAN SOBRE LAS VENAS” Y ESTO PROVEERA RESULTADOS SIMILARES, PERO NO NECESARIAMENTE EQUIVALENTES.

PAG 14/33

NOTA RECIEN NACIDO(495) 2012/01/07 23:07 EVOLUCION RECIEN NACIDO

ATENCION EN SALA DE PARTOS MADRE SECUNDIGESTANTE DE 32AÑOS, CON EMBARAZO DE 40SEM, , CONTROLADO, CON 2 ECOGRAFIAS REPORTADAS NORMALES, INGRESO EN LA MAÑANA POR CONTROL DE LAS 40SEM, PBF CON FETO PEQUEÑO, PARTO INDUCIDO INICIALMENTE CON MISOPROSTOL Y POSTERIORMENTE SE PASA A OXITOCINA, CON FCF DURANTE EL TRABAJO DE PARTO NORMALES, NO REPORTE DE DESACELERACIONES, AMNIOTOMIA EN LA TARDE CON LIQUIDO CLARO, LA MADRE AL PARECER POCO COLABORADORA CON LOS TACTOS, INCLUSO NO
SUBJETIVO: SE DEJO PASAR A MESA DE PARTOS, PRESENTO PARTO EN CAMA A LAS 21+10HS, ATENDIDO POR MEDICO DE PLANTA REFIRIENDO QUE NACE BEBE SIN NINGUN ESFUERZO RESPIRATORIO, CIANOTICO, LO PASAN ALA LAMPARA Y ASISTO DE INMEDIATO, SE ENCUENTRA BEBE CIANOTICO, SIN FC, FLACIDO, SIN NINGUN TIPO DE RESPUESTA, SE INICIA VPP, MASAJE CARDIACO Y SE INTUBA A LOS 30SEG, SE LE ADMINSTRARON 2 DOSIS DE ADRENALINA POR TUBO OROTRAQUEAL, NUNCA SE OBTUVO RESPUESTA , NO FC, SE INTENTO CANALIZAR VENA, SE OBSERVABAN VENAS PERO SIN NINGUN RETORNO,
SE SOLICITARON GASES DE CORDON PERO LA SANGRE YA ESTABA COAGULADA, SE REANIMO POR 30MIN, SIN OBSERVARSE RESPUESTA, APGAR DE 0 TODO EL TIEMPO. AL EXAMEN FISICO:

RESUMEN DE LOS ASPECTOS RELEVANTES AL CASO EN ESTUDIO SEGÚN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO

La participación rutinaria de gineco-obstetras (GO) en la atención de mujeres con un embarazo de curso normal no está recomendada para la mejoría de los resultados perinatales. Sin embargo, se recomienda la valoración del GO en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo. A. PAG 25, PAG 127/623

Cuando una gestante comience tardíamente su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para los controles previos, así como aquéllas que corresponden a la consulta actual.. PAG 25 BUENA PRACTICA



Si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, se recomienda un programa de diez citas. Para una mujer multípara con un embarazo de curso normal se recomienda un programa de siete citas.

No se recomienda un programa de control prenatal con un número reducido de citas porque se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal. B PAG 25, PAG 129

Se recomienda que las gestantes de bajo riesgo reciban en el momento de la inscripción al control prenatal, y luego en cada trimestre, una valoración de riesgo psicosocial. Si se identifica riesgo se deben remitir a una consulta especializada garantizando la continuidad con el grupo a cargo del control. A PAG 26

Se recomienda proporcionar a las mujeres embarazadas la siguiente información durante los controles prenatales Antes o a la semana 36: - La preparación para el parto, incluyendo información sobre cómo manejar el dolor durante el trabajo de parto y planear el parto. - Enseñar signos para reconocer el inicio del trabajo de parto. - Cuidados del recién nacido. - Auto-cuidado postnatal. - Planificación familiar. B PAG 26

Si la inscripción al control prenatal es tardía (después de la semana 16 – 18) se recomienda registrar el IMC pregestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación. B PAG 28

Se recomienda que la gestante sea referida para valoración por nutrición al momento de la inscripción al control prenatal, con el fin de establecer su diagnóstico nutricional y definir un plan de manejo

Durante el control prenatal se recomienda el desarrollo rutinario de intervenciones basadas en actividad física y asesoría nutricional, combinada con la supervisión adicional de la ganancia de peso para evitar la ganancia excesiva de peso en el embarazo. A PAG 33

Se recomienda ofrecer educación sobre lactancia materna a todas las gestantes desde su primer control prenatal, incluyendo técnicas y buenas prácticas que ayuden a la mujer a tener éxito en la lactancia materna, tal como se detalla en la “Iniciativa Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia” del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Ministerio de la Salud y Protección Social B PAG 34



Se recomienda realizar la tamización de rutina para Estreptococo del Grupo B (EGB) durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal. B pag 36

Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm. y se acompaña de dinámica regular. D. PAG 54

Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija. A PAG 55

Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda:

- Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones.
- Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna) y la frecuencia respiratoria.
- Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura.
- Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga.
- Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer

Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda:

- Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones.
- Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna) y la frecuencia respiratoria.
- Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura.
- Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga.
- Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.

D PAG 56, PAG 423

Se recomienda el partograma de líneas de alerta del Centro Latinoamericano Perinatología (CLAP). En ausencia de este, se sugiere usar partogramas con una línea de acción de 4 horas. A PAG 57

Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor. D PAG 57

El dolor es una experiencia subjetiva modificada por factores biológicos y socioculturales, que además produce cambios en la fisiología que pueden afectar el desarrollo y desenlaces maternos y perinatales. Existen múltiples alternativas para el manejo del dolor. La mujer tiene el derecho de elegir el uso o no de analgesia durante el trabajo de parto según sus valores y apreciaciones. PAG 430



Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial y de las demás formas de alivio del dolor. PAG 57 BUENA PRACTICA

Se recomienda cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada. A PAG 57 A

Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante el primer y segundo periodos del parto. PAG 57 B

Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda. PAG 60 A

Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo según los siguientes parámetros: • El corazón fetal se debe auscultar al menos cada 5 – 15 minutos en el periodo expulsivo. • La auscultación se llevará a cabo durante 30 – 60 segundos, como mínimo, después de una contracción. • El pulso materno también debe ser reconocido para diferenciar entre el ritmo materno y el latido cardiaco fetal. (BUENA PRACTICA) PAG 61, PAG 459

Se recomienda la adopción de los principios del parto humanizado para el manejo de la paciente obstétrica en todas sus dimensiones. Este concepto está reflejado en la elaboración de todas las recomendaciones consignadas en la presente Guía de Práctica Clínica. PAG 401 BUENA PRACTICA



GUIA DE INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO

GUIA DE MANEJO	GUIA DE INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO	CODIGO	VERSION	01
		Página:	2 de 8	

5. POBLACION OBJETO
Población femenina y/o usuarias del Sistema de Salud y particulares, que reciben atención en la CLINICA COMFAMILIAR

6. RECOMENDACIONES
DEFINICION
La inducción del trabajo de parto es definida como todas las maniobras encaminadas a iniciar y mantener artificialmente las contracciones uterinas que produzcan borramiento y dilatación del cuello uterino, en mujeres sin trabajo de parto, con el fin de permitir el nacimiento del feto. Se debe considerar una inducción médica cuando los beneficios del parto para la madre o el feto son mayores que los riesgos potenciales de continuar con el embarazo, sin embargo la inducción a veces se realiza de forma electiva por razones "sociales" o "geográficas" sin una indicación médica u obstétrica reconocida.
Una de las indicaciones más comunes para la inducción es el embarazo pos término o embarazo con una edad gestacional de al menos 41 semanas completas.
INDICACIONES PARA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO.
- Mujeres con embarazo entre las 41 - 42 semanas, sin complicaciones - Ruptura prematura de membranas mayor de 34 semanas sin inicio de trabajo de parto o > 37 semanas - Corioamnionitis - Complicaciones Obstétricas (Preeclampsia –Eclampsia) - Condiciones fetales (RCIU > 37 o < 37 semanas con signos de compromiso hemodinámico no severo, malformaciones incompatibles con la vida). - Condiciones maternas (Diabetes > 39 semanas). - Muerte fetal. - Gestante > 40 años entre las 39-40 semanas
RIESGOS.
Los riesgos potenciales de la inducción incluyen aumento en la tasa de parto instrumentado, parto por cesárea, hiperestimulación uterina, alteraciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal, riesgo de ruptura uterina, hiperhidratación materna, parto prematuro debido a estimación incorrecta de la edad gestacional.

REQUISITOS PARA LA INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO:

- Indicación clara para inducción y ninguna contraindicación
- Evaluación confiable de la gestacional
- Favorabilidad cervical
- Valoración de la pelvis /tamaño fetal / presentación fetal
- Monitoria fetal previa al inicio de la inducción
- Diligenciamiento y firma del Consentimiento Informado.
- Contar con disponibilidad de quirófano para cirugía de urgencia
- Contar con personal entrenado y siempre disponible para el control y la vigilancia continua durante la inducción



GUIA DE MANEJO	GUIA DE INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO	CODIGO		VERSION	01
		Página:			6 de 8

6. RECOMENDACIONES

Prostaglandinas en la inducción del trabajo de parto.

Las prostaglandinas son sustancias que mejoran los resultados de la maduración cervical y la puntuación del Bishop, inducen el trabajo de parto y disminuyen el intervalo de inducción del parto. Comparadas con la Oxitocina disminuyen la tasa de inducciones fallidas.

El misoprostol, un análogo de la PGE1 sintéticos, pueden ser administrados por vía vaginal, oral o sublingual y se utiliza tanto para la maduración cervical como en la inducción del parto. No hay estudios que indiquen que la exposición al misoprostol durante el parto (o las prostaglandina) tenga consecuencias a largo plazo o efectos negativos para la salud del feto en la ausencia de sufrimiento fetal.

Aunque el misoprostol en la actualidad es aprobado por la Food and Drug Administration de EE.UU (FDA) para la prevención de úlceras pépticas, la FDA en el 2002, aprobó un nuevo uso en la etiqueta del misoprostol, durante el embarazo para la maduración cervical y para la inducción del trabajo de parto. El misoprostol administrado por vía vaginal ha reportado ser superior o tan eficaz como el gel de dinoprostona, se ha asociado con un menor uso de analgesia epidural, con más partos vaginales dentro de las 24 horas, pero con más taquisistolia uterina con o sin cambios de la FCF en comparación con dinoprostona y la oxitocina. Una cuarta parte de una tableta de 100 mcg (es decir, aproximadamente 25 mcg) de misoprostol debe ser considerado como la dosis inicial para la maduración cervical y la inducción del parto. La frecuencia de administración no debe ser más de cada 3-6 horas. Además, **la Oxitocina no debe ser administrada en menos de 4 horas después de la última dosis de misoprostol**. Las dosis altas de misoprostol (50 mcg cada 6 horas) pueden ser apropiadas en algunas situaciones, aunque las dosis más altas se asocian con un mayor riesgo de complicaciones, incluyendo taquisistolia uterina y desaceleraciones de la FCF.



6. RECOMENDACIONES

El esquema sugerido es:

1. La paciente debe estar informada de la necesidad de inducción, riesgos y complicaciones. Debe firmar el consentimiento informado
2. Examen físico con el fin de precisar la presentación y el índice de Bishop (si este es menor <5 se tomará una medida adicional para madurar el cuello uterino)
3. Acceso venoso con catéter 16 o 18
4. Dilución de Oxitocina equivalente a 5u en 500 cc de solución isotónica (solución salina) y se administra en bomba de infusión a razón de 2 mu/min (iniciando 12 cc /hora)
5. Cada 15-30 minutos se incrementará la dosis 2 mu hasta obtener actividad uterina regular (3 contracciones en 10min)
6. En cada incremento se registra signos vitales maternos y fetales, duración, frecuencia e intensidad de contracciones
7. Monitoria fetal continua intraparto o auscultación de la frecuencia cardiaca fetal en forma intermitente cada 15-20 minutos
8. Duración mínima de 8 horas, por cada día de inducción.
9. Duración de la inducción tres días, cada uno de 8 horas, y solo un día si recibió maduración cervical previamente.
10. Dosis maxima 18 mu/h

3.5 REVISION TEÓRICA Y DEFINICIONES

CONTROL PRENATAL Y FACTORES DE RIESGO

Control prenatal se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”. Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

El control prenatal tiene los siguientes componentes: el análisis temprano y continuo del riesgo, la promoción de la salud, detección temprana y protección específica. con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen



control prenatal. tales objetivos son: identificación de factores de riesgo. diagnóstico de la edad gestacional. identificación de la condición y crecimiento fetal. identificación de la condición materna. **Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.**

El control prenatal debe ser:

Precoz: Propender a la atención preconcepcional o desde el primer trimestre. de la gestación. esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir

Periódico: varía según los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas.

De buena calidad: propendiendo a la determinación adecuada de los factores de riesgo.

Integral: incluyendo el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud.

Universal: con cobertura total, es decir, a todas de las mujeres gestantes en un área determinada, conforme a lo definido en el sistema general de seguridad social en salud

Libre escogencia: garantizando la accesibilidad de la usuaria a la institución más cercana

Control prenatal por médico: El médico general realiza el control prenatal de las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación sin factores de riesgo. En caso de confirmarse la presencia de un embarazo de alto riesgo, deberá asegurar a la paciente su atención en el nivel correspondiente. La duración de la consulta de seguimiento y control prenatal por médico es, en promedio, así: la consulta de primera vez de 30 minutos, y los controles de 20 minutos.

Tomar medidas antropométricas: Peso, talla, altura uterina y **valorar estado nutricional.** examen físico la toma de la tensión arterial debe hacerse con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo. tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial. realizar examen físico completo y por sistemas; debe hacerse céfalo caudal



incluida la cavidad bucal. la medición de la altura uterina se realiza desde el pubis hasta el fundo uterino. La altura uterina en función de la edad gestacional muestra un crecimiento lineal hasta la semana 36, con discreto aplanamiento posterior. Se debe identificar la frecuencia cardiaca fetal con sistema doppler desde la séptima semana y con fonendoscopio desde las 18-20 semanas y movimientos fetales. Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media y de paraclínicos. si no se ha presentado algún factor de riesgo que haya ameritado remisión previa, al llegar a la semana 34 a 36 se remitirá para última consulta de valoración al médico o institución que atenderá el parto (**la gestante debió haber sido valorada por ginecoobstetricia en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo**). El control prenatal por enfermera es el conjunto de actividades realizadas por la enfermera profesional a las gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al desarrollo normal de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento. el control por enfermera por primera vez debe ser de 30 minutos, y los siguientes de 20 minutos, y deben incluir: anamnesis: indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remitir si hay presencia de signos o síntomas. examen físico completo. Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media. análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades remitir al médico. Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método de planificación permanente para después del parto. Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años. Diligenciar historia clínica y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones de la paciente. en el último control con enfermera deben darse instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico. Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. en el último control deben darse instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución en la que se atenderá el parto. remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, o si los exámenes paraclínicos reportan anormalidades.





La evaluación del monitoreo fetal intraparto es, conjuntamente con la auscultación intermitente, uno de los métodos más ampliamente difundidos para vigilar el estado fetal. Involucra la evaluación del patrón tanto como la frecuencia, **pero ninguna de éstas sustituye el juicio clínico informado**. El SNC es susceptible a la hipoxia. En tanto la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y sus alteraciones están directamente bajo control del SNC a través de los reflejos simpáticos y parasimpáticos, las alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal pueden ser indicadores sensibles de hipoxia fetal. El monitoreo fetal intraparto ayuda a identificar cambios en los patrones de FCF que pueden estar asociados a condiciones como hipoxia, compresión de cordón y acidosis. La habilidad para interpretar los patrones de FCF intraparto y la comprensión de su correlación con la condición fetal permiten al médico **instituir técnicas de manejo como cambio de posición, oxigenación materna, aminioinfusión y terapia tocolítica**.

El Parto se define como el proceso fisiológico por el cual un feto de 22 semanas o más de gestación o de 500 gramos o más de peso es expulsado del organismo materno por vías naturales. El parto y el periodo posparto inmediato se reconocen como momentos de especial vulnerabilidad para la madre y el recién nacido. La llegada de O₂ al feto es críticamente dependiente del flujo sanguíneo uterino. Un disturbio abrupto en la provisión de O₂ al feto puede ser el resultado de una compresión de cordón, de la prematura separación de la placenta o de la rotura uterina. Estas situaciones son en general reconocidas tempranamente por sus síntomas y signos típicos, con una brusca disminución de la FCF y una persistente bradicardia. En estos casos sólo es posible evitar el daño cerebral por hipoxia si el feto nace por una cesárea de emergencia dentro de los 15-20 minutos del evento. El diagnóstico y la evaluación de formas subagudas o crónicas de insuficiente aporte de O₂ al feto en trabajo de parto es más dificultosa. En la presencia de patrones de FCF claramente patológicos de hipoxia, el daño pudo ya haber ocurrido. La "sospecha de alteraciones " sospechosas de la FCF son frecuentes y sólo en un pequeño porcentaje el feto realmente está sufriendo una hipoxia severa. El feto habitualmente se adapta bien a la menor disponibilidad de O₂ durante el stress adicional del trabajo de parto normal y el nacimiento. Sin embargo las alteraciones en la unidad feto-placentaria resultantes de complicaciones durante el trabajo de parto pueden sostener la disminución de O₂ que llega al feto llevando a un daño potencial de los órganos susceptibles o aún la muerte fetal. La **intermitente** disminución de O₂ que el feto recibe durante las contracciones es habitualmente bien tolerado, pero si la frecuencia, duración o intensidad de las contracciones es excesiva, puede producirse la hipoxemia fetal. En la medida que las contracciones se hacen más frecuentes y



duraderas, el tono basal aumenta, empeorándose la situación de hipoxia fetal. Cuando se administra oxitocina es esencial una **monitorización cuidadosa de la actividad uterina**. Debemos recordar que con una intensidad > 30-40 mm Hg. se produce la interrupción del flujo intervulso. Cuando la estimulación oxitócica es excesiva, la infusión debe ser disminuida o suspendida, ya que puede producirse hipoxia fetal que lleve a la acidosis. La posición materna y el uso de la conducción anestésica pueden también alterar el flujo sanguíneo y la llegada de O₂ al feto. La meta ideal de la evaluación fetal en el trabajo de parto debiera ser: a. Detectar y revertir la hipoxia antes de su progreso a la acidosis. b. Fallando la habilidad para revertir la hipoxia, el monitoreo debiera permitir a los médicos detectar en qué momento esta hipoxia se convierte en acidosis (timing) a fin de intervenir antes de que el daño ocurra. Con un patrón de monitoreo fetal intraparto "no tranquilizador persistente", el médico debería aproximar la evaluación y el manejo en un plan de 4 pasos: • Cuando sea posible, determinar la etiología del patrón. • Intentar corregir el patrón corrigiendo específicamente el problema primario a través de la aplicación de medidas generales que mejoren la perfusión placentaria y la oxigenación fetal. • Si el intento de corregir el patrón no es exitoso, considerar la posibilidad de evaluar el PH en sangre de cuero cabelludo. • Determinar si se debe optar por la intervención operatoria y en tal caso, cuán urgentemente.

En la posición supina, el flujo sanguíneo uterino está comprometido por la compresión de la aorta y los vasos ilíacos. Por otra parte, la compresión de la vena cava por el útero grávido disminuye el retorno venoso al corazón. Se debe colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo (Nivel de Evidencia Ib), administrar O₂ y discontinuar oxitócicos, proveyendo adecuada hidratación. Si estas medidas *fallan* el médico deberá tomar la decisión de si intervenir o continuar el trabajo de parto. En estos casos, estos niños deben nacer inmediatamente por cesárea.

La humanización es un proceso importante para fomentar y capacitar a las personas y grupos, con el propósito de avanzar hacia el desarrollo de una sociedad sostenible y el disfrute de una vida plena. Como el nacimiento afecta al resto de la vida, y debido a que la humanización del parto es una necesidad, la aplicación de este aspecto particular en la atención obstétrica es importante. Se describe la humanización del parto basada en la necesidad de: 1) **vencer el miedo al parto**; 2) **proveer atención eficaz basada en prácticas basadas en evidencia**; 3) crear espacios alternativos de nacimiento; 4) **transformar la atención a la gestante**; 5. **Ser multidisciplinario**, con la participación de profesionales de la salud como obstetras,



neonatólogos, enfermeras, educadores, profesionales de ciencias sociales, etc. 6. **Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres**, sus niños y familias, y no solamente un cuidado biológico. 7. Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja. 8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales. De acuerdo con los principios del parto humanizado, el parto es un evento que involucra a la mujer y su familia, por lo que se debe evaluar el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto.

El dolor es una experiencia subjetiva modificada por factores biológicos y socioculturales, que además produce cambios en la fisiología que pueden afectar el desarrollo y desenlaces maternos y perinatales. El dolor del trabajo de parto produce una activación de la respuesta al estrés que induce a la alteración de manera importante de los sistemas pulmonar y cardiovascular afectados previamente por las modificaciones fisiológicas inherentes al embarazo. La **hiperventilación** debida al estímulo doloroso de la contracción genera hipocapnia, hipoxemia secundaria y desaturación **que pueden afectar al bienestar fetal.** El sistema cardiovascular sufre una vasoconstricción debido a la producción de catecolaminas. A todo ello, tenemos que añadir la ansiedad materna resultante del propio dolor del parto y del resultado del embarazo, que refuerza la respuesta al estrés. Existen múltiples alternativas para el manejo del dolor. La mujer tiene el derecho de elegir el uso o no de analgesia durante el trabajo de parto según sus valores y apreciaciones. Una de las presentaciones de dolor agudo que posee características propias y mecanismos fisiológicos particulares que lo diferencian claramente de otros tipos de dolor, es el **“Dolor en el Trabajo de Parto”**. Éste es considerado uno de los eventos más importantes, significativos, intensos y dolorosos en la vida de la mujer. Es ampliamente conocido que para la mayoría de las mujeres el trabajo de parto es causa de un dolor severo. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) señalan al respecto: “No hay ninguna otra circunstancia en la que se considera aceptable para un individuo experimentar un dolor grave sin tratamiento. Sin embargo, bajo el cuidado de un médico, en ausencia de una contraindicación, la solicitud de la madre es suficiente para una indicación médica de aliviar el dolor durante el parto

Un feto pequeño para la edad gestacional es aquel cuyo peso fetal está entre el percentil 3 y 10, muestra una valoración anatómica por ultrasonido normal, presenta pruebas de bienestar fetal normales y al realizar una valoración prospectiva persiste en similares percentiles de crecimiento



INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (**falla de acción**) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (**falla de omisión**) en las fases de planeación o de ejecución. las fallas son por, definición, no intencionales.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo)

EVENTO ADVERSO: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: Son las condiciones que predisponen una acción insegura (**falla activa**).

INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.



El evento **adverso trazador** se caracteriza por que las causas que lo originan pueden estar asociadas a deficiencias en la calidad de la atención. Su existencia no indica con certeza fallas en la calidad, pero sí es señal de que hay una alta probabilidad de que alguno o varios de los procesos de atención asociados a la ocurrencia del evento no estén funcionando correctamente. En consecuencia, en la vigilancia de los eventos **adversos trazadores es vital el análisis de la ruta causal a través de la cual se dio su ocurrencia.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: la mayoría de las legislaciones establecen el derecho a que, en términos comprensibles, se le dé al paciente y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, **verbal y escrita** sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas del tratamiento. así, el profesional sanitario tiene el deber de informar y el paciente el derecho a ser informado y **nadie puede consentir en un acto sanitario si no conoce con precisión las posibles consecuencias del mismo.** Esto ha sido siempre un deber jurídico integrante de la lex artis sanitaria y una acción sanitaria sin información puede calificarse de arbitraria. **(ATIENZA & RUIZ MANERO, 1996).** En materia de responsabilidad médica, se ha acuñado el concepto de consentimiento informado, para resaltar que no se trata del consentimiento simple que se requiere para todos los actos jurídicos, sino de aquel que es presupuesto del acto médico, y que a su vez, requiere que el paciente consienta estando plenamente informado sobre el procedimiento que se realizará sobre su cuerpo, así como las consecuencias que se desprenden del hecho de no realizarlo. el fundamento de la institución del consentimiento informado, es en primer lugar la autonomía individual del ser humano, en tanto que libre, solo podrá disponer de su cuerpo cuando tenga pleno conocimiento sobre el procedimiento a seguir y sus consecuencias. el derecho a la autonomía o autodeterminación es de hecho el fundamento de todos los demás derechos humanos ya que no tendría ningún sentido hablar de “derechos” a no ser que seamos capaces de decidir por nosotros mismos y ser responsables de nuestra vida”. **CHARLESWORTH, MAX. LA BIOÉTICA EN UNA SOCIEDAD LIBERAL. EDIT. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. TRAD. MERCEDES GONZÁLEZ. 1996. GRAN BRETAÑA, PÁG. 43.**

LA DENOMINADA LEX ARTIS AD HOC es el estándar de conducta exigible al profesional medio del sector que actúa de acuerdo con el estado de los conocimientos científicos y técnicos existentes en el ámbito médico y dentro del sector de especialidad al que pertenece el profesional sanitario en cuestión .



En los últimos años, ha sido reconocido desde el punto de vista legal, que el titular del derecho a la información **es el paciente**. también serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o, de hecho, en la medida en que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. el paciente será informado por el profesional sanitario, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, para cumplir así con el deber de informar también a su representante legal. Por tanto, el consentimiento informado (ci) ha devenido hoy en una de las partes más importantes del acto de la profesión sanitaria. por lo tanto, una persona con capacidad de decisión recibe una información **comprensible y suficiente** para sus necesidades, que la capacita para participar voluntaria en la toma de decisiones respecto a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a recibir, como consecuencia de su enfermedad o motivo de consulta. esta participación permite a la persona aceptar o rechazar determinados tratamientos.

El consentimiento informado es un derecho del paciente que se crea en el profesional sanitario, a través de tres obligaciones legales previas :

1. asegurar la capacidad de decisión del paciente. 2. asegurar la decisión voluntaria y libre. 3. informar al paciente la descripción de la enfermedad y curso de la misma con y sin tratamiento. Descripción de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a realizar. riesgos potenciales, aunque sean mínimos. beneficios reales y potenciales de los procedimientos. información lo más completa posible y al mismo tiempo, accesible para el nivel cultural del paciente (**dunn, nowrangi, palmer, jeste & saks, 2006**).

Elementos del consentimiento informado: voluntariedad: acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. **Cantidad suficiente:** solo la reflexión basada en la relación que se ha establecido con un paciente en particular nos permitirá establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto a su patología. la comunicación de la verdad en medicina constituye un imperativo ético, pero la determinación de la oportunidad de su comunicación sigue siendo un juicio. la información que debe darse a un apaciente determinado ha de entenderse como un proceso evolutivo, no como un acto clínico aislado dándole al enfermo la opción de escoger; esto deberá adaptarse a la situación particular de cada paciente. **Información con calidad suficiente:** se considera que existen dos aspectos que pueden alterar



la calidad de la información. la primera de carácter objetivo y se origina en el médico, la segunda es de carácter subjetivo y se origina en el paciente como receptor de la información. La información debe ser provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión. **Competencia:** según la teoría del consentimiento informado solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto o sea de otorgar o no el consentimiento. La competencia se define como “la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores”. Debe ser **personalizado:** aunque nos basemos en modelos diseñados, cada profesional debe modificar y/o complementar el CI ajustado a cada paciente. riesgos típicos de la operación en condiciones normales conforme a la experiencia generalizada y al estado actual de la ciencia; riesgos graves no frecuentes, pero tampoco excepcionales, riesgos propios, personales del paciente (por edad, salud, profesión, religión, etc.), alternativas disponibles, incluyendo el no acepto. **Duplicado:** el original debe ser archivado con la Historia Clínica y una copia firmada entregada al paciente. **Versiones fechadas:** cada año deben revisarse y fecharse las versiones de cada documento. Los documentos de **CI**, convenientemente firmados, ayudarán al profesional a demostrar que las explicaciones han sido claras y comprensibles, sin confundir al paciente con términos científicos y admitiendo que no existe la posibilidad humana de explicar absolutamente todas las alternativas, riesgos y complicaciones de la intervención. saber que el paciente ha comprendido todo lo que se le ha explicado debe ser una de nuestras habilidades. otra cosa es probar que lo ha entendido; por eso, su firma en los documentos se traduce simplemente en una firma que para nada prueba la comprensión.

EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO. En algunas circunstancias, los profesionales sanitarios no están obligados a obtener el consentimiento informado del paciente para determinadas actuaciones. éticamente se han establecido algunas excepciones, pero dependerá del reconocimiento en la legislación pertinente (**FADEN, BEAUCHAMP & KING, 2001**)

1. Interés médico-legal o riesgo para la salud pública



2. Urgencia vital o riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica: tanto para salvar la vida del paciente como para evitar un grave daño, siempre y cuando no se pueda conseguir la autorización de un familiar o de personas vinculadas de hecho, es conveniente consultarles si las circunstancias lo permiten.

3. Renuncia o deseo del paciente de no ser informado: la renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad y se hace constar su renuncia documentalmentemente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

4. Privilegio terapéutico: el derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del profesional para actuar sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

5. Consentimiento por representación se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos : 1. cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones a criterio profesional o cuando su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. si el paciente carece de representante legal, las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho prestarán el consentimiento. 2. cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia. 3. cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. en este caso, el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, dará el consentimiento. 4. cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años, no cabe prestar el consentimiento por representación. 5. la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

Desde el punto de vista de la teoría del negocio jurídico, la información previa opera como uno de los elementos necesarios para la validez del consentimiento informado junto al elemento personal - información al paciente o sus allegados- y al elemento formal -información previa y verbal o por escrito, según los casos-, pues la suficiencia de la información es un elemento causal



cuya concurrencia es necesaria para que el consentimiento no se encuentre viciado por error o ignorancia

Responsabilidades profesionales ante el consentimiento informado según las consideraciones ético-legales, el paciente debe recibir información de todos los profesionales de la salud, que atienden a sus competencias propias. la responsabilidad de la información no recae en un solo profesional, sino que cada uno debe informar de las actividades, prácticas, procedimientos, técnicas y demás cuestiones que le son propias. (PANTOJA ZARZA, 2004; SIMÓN LORDA, 2006; SIMÓN LORDA & CONCHEIRO CARRO, 1993; SIMÓN LORDA & JÚDEZ GUTIÉRREZ, 2001)

El consentimiento informado sólo puede ser entendido desde la existencia de 2 derechos: el derecho para la toma de decisiones (consentimiento) y el derecho a un proceso informativo que garantice la mejor decisión. Cada uno de estos puntos presenta peculiaridades y problemas en la práctica quirúrgica. En referencia a la primera cuestión, la autonomía para la toma de decisiones, diremos que es precisamente el **principio de autonomía** el punto de partida para el reconocimiento de la capacidad de decisión de la persona de todas aquellas actuaciones sobre su cuerpo, y por lo tanto, para aceptar o rechazar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico en el ámbito sanitario. Una vez más, la principal limitación al ejercicio de la autonomía es la cultura paternalista que impregna gran parte de la relación médico-paciente; además, hay otras limitaciones que acentúan esta deficiencia en la toma de decisiones y que se manifiestan en coacciones que limitan la conformidad libre y voluntaria en algunos pacientes. No nos referimos aquí a la coacción como sinónimo de “conformidad bajo amenaza”, sino a situaciones cotidianas en la práctica clínica que limitan o impiden la libertad en la toma de decisión. Sin duda, la situación más frecuente es la **rúbrica** del documento de consentimiento informado en la propia consulta o antequirófono sin lectura ni reflexión previas, situación **que desvirtúa su sentido y finalidad, anula su validez** y coloca al profesional en la sospecha de la coacción. Por ello, la Ley ha insistido en esta conformidad libre, consciente y voluntaria en contraposición con todas las acciones sistemáticas que conduzcan a una firma irreflexiva, prematura y sin información. El proceso informativo, debe contemplar al consentimiento para llevar a cabo un procedimiento una vez valoradas las diferentes alternativas que permitan la asimilación de la información, la discusión de las dudas presentadas y una correcta valoración de las alternativas. El núcleo informativo más importante del documento de consentimiento informado se corresponde con la información relativa a los





riesgos, las complicaciones del procedimiento quirúrgico y las consecuencias de su no realización, lo que garantiza que el paciente no sufra una “pérdida de oportunidad”, es decir, que pueda no realizarla intervención atendiendo a las posibles complicaciones y secuelas que ésta pueda ocasionarle y especificarse del siguiente modo: **Consecuencias seguras.** Se concretan en las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad y que se definen como las secuelas del procedimiento. **Riesgos personalizados.** Se trata de los riesgos relacionados con las circunstancias personales y profesionales del paciente. Atendiendo a las circunstancias personales, se debe informar a un paciente anticoagulado del incremento del riesgo de sangrado, al diabético de la posibilidad de una mayor frecuencia de complicaciones infecciosas, etc. Respecto a las circunstancias profesionales del paciente, éste es un aspecto importante desde el punto de vista de la responsabilidad. En este sentido se establece que puede haber complicaciones y secuelas de gran trascendencia para el desempeño de ciertas profesiones; por ejemplo, la lesión del laríngeo superior en un cantante o en un maestro. **Riesgos típicos poco frecuentes.** Se trata de riesgos poco probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y el estado de la ciencia, pero directamente relacionados con el tipo de intervención. Esta información es importante, ya que se trata de complicaciones patognomónicas de la técnica y suponen una complicación de relevancia para el paciente. Estas complicaciones patognomónicas de la técnica, pese a su escasa incidencia, deben ser comentadas con el paciente y constar en el documento de consentimiento informado para la técnica.

3.6 CONCLUSIONES

SE EVIDENCIA FALTA EN EL DEBER DE DILIGENCIA O SUPERVISION DE LOS PROCESOS DE CALIDAD DE LA **HISTORIA CLINICA Y DE LA ATENCION** EN LOS CONTROLES PRENATALES DE LA PACIENTE ADRIANA PORRAS CORREA POR PARTE DE LA **SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD**; SI BIEN SE ALCANZARON A REALIZAR ALGUNOS CONTROLES LAS GUIAS Y CONSENSOS VIGENTES A LA FECHA DE LOS HECHOS CONSIDERAN UNA BUENA PRACTICA QUE CUANDO UNA GESTANTE COMIENZE TARDÍAMENTE SU CONTROL PRENATAL **SE RECOMIENDA** TENER EN SU PRIMER CONTROL **TODAS LAS**



ACTIVIDADES ESTIPULADAS PARA LOS CONTROLES PREVIOS, ASÍ COMO AQUÉLLAS QUE CORRESPONDEN A LA CONSULTA ACTUAL. LO CIERTO ES QUE SI LOS CONTROLES REALIZADOS NO FUERON PRACTICADOS Y REGISTRADOS DE MANERA INTEGRAL, COMPLETA Y OPORTUNA DESDE EL PRIMER CONTROL Y SE HIZO ABSTRACCIÓN DE LOS DATOS RELEVANTES DE POSIBLE RIESGO , DE DIAGNOSTICO Y PLAN TERAPEUTICO QUE CONCEDIERAN CERTEZA, ESAS **OMISIONES DIERON LUGAR A FAVORECER EL DAÑO (MUERTE FETAL)** TENIENDO EN CUENTA QUE EN LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA DE LOS CONTROLES PRENATALES LA PACIENTE SE CLASIFICO COMO DE **ALTO RIESGO SEGÚN CODIGOS CIE 10 DE LAS ATENCIONES DEL LOS DIAS 24 DE OCTUBRE DE 2011, 29 DE NOVIEMBRE DE 2011, 27 DE DICIEMBRE DE 2011, 3 DE ENERO DE 2012 Y POR SER CLASIFICADA DE ESTA MANERA REQUERIA UN CUIDADO ESPECIAL;** TENIENDO EN CUENTA ADEMÁS QUE **NO SE RECOMIENDA UN PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL CON UN NÚMERO REDUCIDO DE CITAS PORQUE SE ASOCIA CON UN AUMENTO DE LA MORTALIDAD PERINATAL.**

DE MANERA **NEGLIGENTE** LA EPS **SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD Y SUS DEPENDIENTES** NO DAN CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS GUIAS DE MANEJO, **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO,** NORMAS Y RECOMENDACIONES REFERENTES A CONTROL PRENATAL VIGENTES A LA FECHA DE LOS HECHOS ; SE INCUMPLIO CON LA CALIDAD Y CONTENIDO DE LA HISTORIA CLINICA COMO LO ESPECIFICA LA **RESOLUCION 1995 DE 1999** EN LO REFERENTE AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA EN CUANTO A SECUENCIALIDAD , RACIONALIDAD CIENTÍFICA QUE EVIDENCIE EN FORMA LÓGICA, CLARA Y COMPLETA, EL O LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS; ESPECIFICAMENTE **SE INCUMPLE RECOMENDACIONES DE BUENA PRACTICA MEDICA, BASADO TAMBIEN EN NIVELES DE EVIDENCIA ENTRE OTROS : *NO HUBO VALORACION EN NINGUN CONTROL PRENATAL**



DE LA PACIENTE POR PARTE DE GINECO-OBSTETRAS (GO) TENIENDO EN CUENTA QUE LA PACIENTE SE CLASIFICO COMO DE ALTO RIESGO COMO MINIMO LA PACIENTE DEBIO SER VALORADA EN LA SEMANA 28 - 30 Y SEMANA 34 – 36 PARA UNA VALORACIÓN DEL RIESGO Y UNA CONTINUIDAD ESPECIALIZADA.

* NO HAY REGISTROS EN LA HISTORIA CLINICA QUE SE HAYA BRINDADO INFORMACIÓN DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES ANTES DE LA SEMANA 36 SOBRE LA PREPARACION PARA EL PARTO, QUE HAYA INCLUIDO ADEMAS INFORMACIÓN SOBRE CÓMO MANEJAR EL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO TENIENDO CLARO QUE DOLOR GENERA TEMOR OCASIONA TENSION E INHIBE EL PROCESO DE NACIMIENTO POR LO QUE CONSIDERA QUE SI EDUCADA SE ELIMINA TENSION , TEMOR Y DISMINUYE EL DOLOR DURANTE EL PARTO; LA RELAJACIÓN Y LA RESPIRACIÓN ADECUADA EN CADA CONTRACCIÓN ES DE VITAL IMPORTANCIA. *TAMPOCO HAY REGISTRO DE LAS METAS DE GANANCIA DE PESO ESPERADAS DURANTE LA GESTACIÓN *NI VALORACION NUTRICIONAL , *TAMPOCO HAY REGISTRO O INTERPRETACION DE LA TAMIZACIÓN DE RUTINA PARA ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B (EGB) DURANTE LAS SEMANAS 35 A 37 DE GESTACIÓN CON CULTIVO RECTAL Y VAGINAL; ESTA OMISIONES SON **INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA**. SE CONSIDERAN **FALLAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD POR LA NO REALIZACION DE ACCIONES PREVISTAS QUE DEBIERON SER ADECUADAMENTE PROGRAMADAS** DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD POR MIEMBROS DEL EQUIPO MISIONAL (ENFERMERAS, MÉDICOS, ETC).

ES EVIDENTE LA **FALLA INSTITUCIONAL POR PARTE DEL PERSONAL ADSCRITO A LA EPS SOS** EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS PRORITARIOS DE ATENCION QUE HUBIESE PERMITIDO UNA ATENCION **ESPECIALIZADA, ADECUADA, COMPLETA Y DE CALIDAD** QUE HABRIA GARANTIZADO UNA TOMA DE DECISIONES PLANEADAS Y/O PROGRAMADAS DE MANERA OPORTUNAS SIN QUE SE AFECTARA LA SEGURIDAD DE LA



MADRE Y EL FETO; TENIENDO EN CUENTA QUE NO SE EMPLEARON LOS RECURSOS NECESARIOS , REQUERIDOS Y DISPONIBLES PARA UN SEGUIMIENTO, CONTROL Y ATENCION ADECUADA DE LA PACIENTE Y DE SU HIJO DURANTE EL TRANCURSO DE LOS CONTROLES PRENATALES, ATENCION DE URGENCIAS Y ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO; QUE ANTE LA AUSENCIA U OMISIONES DE ADECUADOS REGISTROS , ACCIONES DE VIGILANCIA Y DEBIDO CUIDADO NO SE PRODUJO LA ATENCION DE CALIDAD QUE EL BINOMIO MADRE-HIJO REQUERIA ACORDE A LOS PROTOCOLOS VIGENTES A LA FECHA DE LOS HECHOS.

SE EVIDENCIA FALTA EN EL DEBER DE DILIGENCIA, SUPERVISION, CUIDADO Y DE **ADHERENCIA A GUIAS, PROTOCOLOS, RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA** Y DE LOS PROCESOS DE CALIDAD DE LA **HISTORIA CLINICA Y DE LA ATENCION EN EL TRABAJO Y CONDUCCION DEL PARTO** DE LA PACIENTE ADRIANA PORRAS CORREA POR PARTE DE **LA CLINICA COMFAMILIAR DE RISARALDA** .; ESTA ATENCION NO CUMPLIO DE MANERA INTEGRAL CON LOS PROTOCOLOS VIGENTES A LA FECHA Y/O DE LOS INSTITUCIONALES DE LA CLINICA ESTIPULADOS EN LA RESPUESTA A DERECHO DE PETICION A OFICIO NUMERO 2510 DEL 18 DE FEBRERO DE 2019 DONDE REPORTAN LOS PROTOCOLOS DE ATENCION DEL PARTO (**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO 2013. GUIA DE INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO 2014; ANALISIS DE GASES EN CORDON UMBILICAL**) SI BIEN ESTOS TIENEN FECHA POSTERIOR A LA DE LOS HECHOS , AL REVISAR LA BIBLIOGRAFIA SUS FECHAS EN ALGUNOS DOCUMENTOS ESTARIAN VIGENTES AL 2012; SIN EMBARGO LA CLINICA COMFAMILIAR Y SU PERSONAL NO FUE ADHERENTE CON LOS SIGUIENTES ASPECTOS RECOMENDADOS EN LA GUIA DE LA ATENCION DEL PARTO: **NO SE REALIZO, REGISTRO E INTERPRETO CON EL DEBIDO CUIDADO** : *LOS SIGNOS VITALES MATERNOS Y FETALES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO COMO SE RECOMIENDA EN LAS PAGINAS 56 Y 423 QUE

47





INDICA REVISAR CADA 30 MINUTOS LA FRECUENCIA DE LAS CONTRACCIONES, AUSCULTAR LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL EXPULSIVO AL MENOS CADA 5 – 15 MINUTOS DURANTE 30 – 60 SEGUNDOS, COMO MÍNIMO, DESPUÉS DE UNA CONTRACCIÓN. (BUENA PRACTICA PAG 61, PAG 459); * SE RECOMIENDA QUE, DURANTE EL EXPULSIVO, LAS MUJERES ADOPTEN LA POSICIÓN QUE LES SEA MÁS CÓMODA. (PAG 60 A); *SE RECOMIENDA QUE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO SEA ACOMPAÑADA DE MANERA INDIVIDUAL Y DE FORMA CONTINUA POR LA PERSONA QUE ELLA ELIJA. (A PAG 55). * COMPROBAR REGULARMENTE LA FRECUENCIA DEL VACIADO DE LA VEJIGA.

LA CLINICA COMFAMILIAR FUE NEGLIGENTE AL NO ADOPTAR LOS PRINCIPIOS DEL PARTO HUMANIZADO PARA EL MANEJO DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA EN TODAS SUS DIMENSIONES. (PAG 401 BUENA PRACTICA) * CONSIDERAR LAS NECESIDADES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS DE LA PACIENTE. TODA MUJER TIENE DERECHO A RECIBIR MÉTODOS EFICACES Y SEGUROS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO; LA SOLICITUD DE LA GESTANTE ES INDICACIÓN SUFICIENTE PARA PROVEERLE MÉTODOS ADECUADOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR. (D PAG 57). * SE RECOMIENDA INFORMAR A LA MUJER DE LOS RIESGOS, BENEFICIOS E IMPLICACIONES SOBRE EL PARTO DE LA ANALGESIA NEUROAXIAL Y DE LAS DEMÁS FORMAS DE ALIVIO DEL DOLOR. (PAG 57) BUENA PRACTICA. * SE RECOMIENDA CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS NEUROAXIALES A BAJAS DOSIS: EPIDURAL O COMBINADA. (A PAG 57 A) .

EN CUANTO AL ANALISIS DE SANGRE DEL CORDON UMBILICAL ESTE NO FUE REALIZADO; EXAMEN QUE ESTABA INDICADO TENIENDO EN CUENTA QUE FUE NECESARIO REALIZAR MANIOBRAS DE REANIMACION COMO PRESION POSITIVA Y MASAJE CARDIACO; SIN EMBARGO, LA **MUESTRA NO PUDO SER ANALIZADA PORQUE ESTA SE ENCONTRABA COAGULADA** COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE HISTORIA CLINICA EN LA PAG 14/33. MUESTRA QUE DESDE EL ANALISI PERICIAL SE COAGULO POR UNA TECNICA INADECUADA EN LA TOMA; PORQUE SI ESTA SE HUBIERA EXTRAIDO EN LA



FORMA Y TECNICA ADECUADA COMO ESTA DESCRITA EN LA REVISION BIBLIOGRAFICA ERA RAZONABLEMENTE ESTABLE DURANTE 60 MINUTOS; TAMPOCO SE OBTUVO DE MANERA ALTERNA MUESTRAS DE LOS VASOS EN LA SUPERFICIE FETAL DE LA PLACENTA QUE SE HABIAN PODIDO UTILIZAR Y HABRIAN DADO RESULTADOS SIMILARES AUNQUE NO NECESARIAMENTE EQUIVALENTES. ESTA OMISION HUBIESE PERMITIDO IDENTIFICAR EL ESTADO ACIDO BASE DEL RECIEN NACIDO Y HUBIESE PERMITIDO DE UNA MANERA **MAS OBJETIVA** HABER EVALUADOLA CONDICION METABOLICA FETAL; INFORMACION UTIL DESDE LA PERPECTIVA MEDICA Y **MEDICO LEGAL**, YA QUE PROPORCIONA INFORMACION SOBRE LA FISIOLOGIA DEL FETO DURANTE EL PARTO Y, SI EL RESULTADO HUBIESE SIDO NORMAL, EXCLUYE A LA ASIFIXIA PERINATAL O HIPOXIA SECUNDARIA AL PROCESO DE NACIMIENTO. LO CIERTO ES QUE SI LA ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO, **NO FUE** REALIZADA, REGISTRADA, ANALIZADA O INTERPRETADA DE MANERA INTEGRAL, COMPLETA Y OPORTUNA DESDE EL INICIO Y SE **OMITIERON ACCIONES** DE IMPORTANCIA RELEVANTE DE POSIBLE RIESGO , DE DIAGNOSTICO QUE INCIDIERA EN EL PLAN TERAPEUTICO, ESAS **OMISIONES DIERON LUGAR A FAVORECER EL DAÑO (MUERTE FETAL)** TENIENDO EN CUENTA ADEMAS QUE EN LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA SOLO SE DESCRIBE **UNA ATENCION**, EVALUACION, INTERPRETACION, POR PARTE DEL **ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA** A LAS 12 HORAS DEL DIA 7 DE ENERO DE 2012. PACIENTE QUE, POR LA CLASIFICACION DE ALTO RIESGO EN LOS CONTROLES PRENATALES, POR LA INDICACION DE INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO ASOCIADO A FETO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL, LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO **ERA NECESARIO Y OBLIGATORIO** UNAS ACCIONES DE VIGILANCIA, CUIDADO, CONTROL Y SUPERVISION MAS ESTRECHA ACORDE AL NIVEL DE ATENCION DE LA CLINICA COMFAMILIAR Y DE LOS RECURSOS DISPONIBLES. ESTAS OMISIONES SON **INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA**. SE CONSIDERAN **FALLAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD POR LA NO REALIZACION DE ACCIONES PREVISTAS QUE DEBIERON SER ADECUADAMENTE PROGRAMADAS, SUPERVISADAS** DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO POR LOS



MIEMBROS DEL EQUIPO MISIONAL (ENFERMERAS, MÉDICOS, ESPECIALISTAS ETC.).

ES EVIDENTE TAMBIEN LA **FALLA INSTITUCIONAL DE LA CLINICA COMFAMILIAR POR PARTE DEL PERSONAL ADSCRITO QUE ATENDIERON LA PACIENTE EL DIA 7 DE ENERO DE 2012** EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS PRORITARIOS, DE ADHERENCIA A GUIAS, PROTOCOLOS, RECOMENDACIONES DE ATENCION QUE HUBIESE PERMITIDO UNA ATENCION **ESPECIALIZADA, ADECUADA, COMPLETA Y DE CALIDAD** QUE HABRIA GARANTIZADO UNA TOMA DE DECISIONES DE MANERA OPORTUNA SIN QUE SE AFECTARA LA SEGURIDAD DE LA MADRE Y EL FETO; NO SE EMPLEARON LOS RECURSOS NECESARIOS DISPONIBLES PARA UNA ATENCION ADECUADA DE LA PACIENTE Y DE SU FETO DURANTE EL TRANCURSO DE LA ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO; QUE ANTE LA AUSENCIA U OMISIONES DE ADECUADOS REGISTROS , ACCIONES DE VIGILANCIA Y DEBIDO CUIDADO NO SE PRODUJO LA ATENCION DE CALIDAD QUE EL BINOMIO MADRE-HIJO REQUERIA ACORDE A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS VIGENTES A LA FECHA DE LOS HECHOS. **TAMPOCO** HAY REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA **DE LA CLINICA COMFAMILIAR** EN LA VALORACION GINECOLOGICA DE HABER REALIZADO PELVIMETRIA CLINICA; PARAMETRO CLINICO QUE NUNCA SE EVALUO Y DADO QUE EL MECANISMO DEL PARTO ES EN ESENCIA UN PROCESO DE ACOMODACION DEL FETO AL CONDUCTO OSEO QUE TIENE QUE ATRAVESAR EL TAMAÑO Y FORMA DE LA PELVIS POSEE UNA IMPORTANCIA EXTREMADA EN LA OBSTETRICIA Y QUE SE DEBIO REALIZAR EN EL MOMENTO DEL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO, DEBIDO A QUE DURANTE EL EMBARAZO SE DAN UNAS MODIFICACIONES QUE CAMBIAN SIGNIFICATIVAMENTE SU CONFIGURACION ; **NO** HAY UN ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y/O INTERPRETACION DEL PARTOGRAMA; **TAMPOCO** SE INTERPRETO LOS HALLAZGOS O REGISTROS DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CUYO PROPÓSITO ES EL DE IDENTIFICAR HIPOXEMIA FETAL Y ACIDEMIA, PARA OPORTUNAMENTE REALIZAR

50



INTERVENCIONES QUE PERMITAN PREVENIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD FETAL; ESTO BASADO EN EL PRINCIPIO DEL REGISTRO DE DIFERENTES PATRONES DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL QUE PUEDEN CONSTITUIR MARCADORES INDIRECTOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO, AL MANIFESTAR LA ALTERACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EL CUAL CONTROLA LA FCF; FRECUENCIA CARDIACA FETAL QUE SE DEBIO INTERPRETAR ESPECIALMENTE CUANDO LOS HALLAZGOS SUPERARON LOS LÍMITES Y QUE COINCIDIAN ALGUNOS CON **POLISITOLIA**. HALLAZGOS DESCRITOS **EN LAS EVOLUCIONES** DE LAS 16H:41 MIN,; 19H:13MIN; 19H:38 MIN (PAG 16, 18/33); FRECUENCIAS CARDIACAS RATIFICADAS ADEMÁS EN EL **REGISTRO DE SIGNOS VITALES** A LAS 14:30H (**FCF 168**), 16:00 HORAS (**FCF 162**), 16:30 (**FCF 164**), 17:30 (**FCF 167**) ;18:30 (**FCF 173**) REGISTROS QUE SUPERABAN LOS PARAMETROS DE FRECUENCIA NORMAL; ALGUNOS TAMBIEN COINCIDENTES CON POLISITOLIA COMO EL DE LAS 17:30 QUE SE **REGISTRO 6 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS DE 45 SEGUNDOS DE DURACION CON +++ DE INTENSIDAD** . ESTOS HALLAZGOS Y/O REGISTROS AMERITABAN UNA EVALUACION, INTERPRETACION Y REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA POR PARTE DEL ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA Y/O PERINATOLOGO QUE PERMITIERA UNA TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS OPORTUNAS Y/O EXTREMAR LAS MEDIDAS DE VIGILANCIA, MONITOREO, Y DEL DEBIDO CUIDADO. ES DECIR NO SE CUMPLIERON LAS ACCIONES DE VIGILANCIA INTRAPARTO RECOMENDADAS EN EL MOMENTO DE LOS HECHOS PARA ESTE TIPO DE PACIENTES SOPORTADAS ADEMÁS SEGÚN LA **OMS CON AUSCULTACIÓN INTERMITENTE CADA 15 MINUTOS PARA LA FASE ACTIVA Y CADA 5 MINUTOS PARA EL PERÍODO EXPULSIVO**. FRECUENCIAS CARDIACAS FETALES QUE SE DEBIERON AUSCULTAR POR UN MINUTO COMPLETO, EN REPOSO Y LUEGO DE FINALIZADA LA CONTRACCIÓN .



EVOLUCION AUXILIAR ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(492) 2012/01/07 16:41 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: USUARIA QUE REFIERE CONTRACCIONES MUY FUERTES.
ALERTA COLABORADORA NIEGA PREMONITORIOS MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES . A LAS 16+00 LA DRA OSPINA VALORA Y REALIZA ANMIOTOMIA OBTENIENDO LIQUIDO CLARO

OBJETIVO: ABUNDANTE FETOCARDIA DE 164 SE LE PASAN RESTO DE LIQUIDOS A GOTEIO LIBRE Y CONTINUA CON GOTEIO DE OXITOCINA CON UNA ACTIVIDAD UTERINA DE 6 /10 DE 40 SEGUNDOS DE DURACION DE +++ SE DEJA PAÑO EN PERINE.

 NIT.891.480.000-1	SIGNOS VITALES Y/O CONTROL TRABAJO DE PARTO																		Código:	3-FT-109
																			Versión No.	4
																			Vigente a partir:	2010-02-16

NOMBRE USUARIA: Adriana Porras Correa NÚMERO DE CÉDULA: 42.029.483

MADRE							RECIENTE NACIDO			CONTRACCIONES				MEMBRANAS						
FECHA	HORA	PA	FC	FR	To	PESO	FC	FR	To	HORA	FREC	DURAC.	INTENS.	INTEGR	ROTAS	FCF	FCFD	FCFP	DILAT.	BORRAM.
07-01	10:30	112/60	84	18	36.5	63	-	-	-	10:30				X		138				Coatillo largo Perineo
Enero.7	12:30	125/84	70	18	36	-	-	-	-	12:30	3/10	30"	++	X	-	144	-	-	-	-
Enero.7	13:30	112/80	64	19	36.2	-	-	-	-	13:30	3/10	32"	++/+++	X	-	153	-	-	-	-
Enero.7	14:30	118/77	66	18	36.5	-	-	-	-	14:30	4/10	35"	++	✓	-	168	-	-	-	-
Enero.7	15:30	115/79	63	20	36.5	-	-	-	-	15:30	5/10	37"	++	X	-	159	172	-	-	-
Enero.7	16:30	140/83	68	21	36.6	-	-	-	-	16:30	5/10	35"	++	amniotomic liquido claro		162	-	-	3	60%
Enero.7	17:30	129/85	77	21	36.4	-	-	-	-	17:30	5/10	40"	++	(+)	X	164	-	-	-	-
Enero.7	18:30	121/65	81	22	36.3	-	-	-	-	18:30	6/10	45"	++	-	X	167	147	152	-	-
7.01	19:30	110/80	76	18	36.5	-	-	-	-	19:30	5/10	40"	++	-	X	173	152	147	4	-
7.01	20:30	112/70	80	18	36.4	-	-	-	-	20:30	4/10	40"	+++	-	X	159	-	163	-	-
7.01	20:30	110/80	80	18	-	-	-	-	-	20:30	4/10	35"	+++	-	X	137	-	140	-	-
7.01	22:00	130/71	76	18	36.6	-	-	-	-	20:50	4/10	40"	+++	-	X	142	-	146	-	-
07-1-12	24:00	110/74	83	20	35.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08-1-12	24:15	100/70	80	20	32.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



SE PRESENTO PERDIDA DE OPORTUNIDAD DE HABER OBTENIDO UN RESULTADO DIFERENTE SI EL PERSONAL MEDICO DE LA **SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD Y EL DE LA CLINICA COMFAMILIAR DE RISARALDA TRATANTES DE LA PACIENTE** HUBIERAN ACTUADO ACORDE A LOS PROCESOS, GUIAS Y/O PROTOCOLOS RECOMENDADOS O ESTABLECIDOS A FECHA DE LOS HECHOS. **SI** LOS RECURSOS DE TALENTO HUMANO Y DE INSUMOS EXIGIDOS Y REQUERIDOS Y DISPONIBLES PARA EL NIVEL DE ATENCION SE UBIESEN ADMINISTRADO CORRECTAMENTE COMO LAS ATENCIONES POR GINECO OBSTETRICIA EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS O RECOMENDADOS SEGÚN EL RIESGO EN LAS ATENCIONES DE CONTROL PRENATAL Y DE LA ATENCION REQUERIDA EN LA ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO; AUSENCIA DOCUMENTADA EN QUE NO HAY REGISTROS DE VALORACION ESPECIALIZADA EN LAS ATENCIONES DE LA SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD Y DOCUMENTADA TAMBIEN EN LA HISTORIA CLINICA DE LA CLINICA COMFAMILIAR DONDE SOLO HAY **UN REGISTRO** DE ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA EN **GINECO OBSTETRICIA** A LAS **12 HORAS** DEL DIA **7 DE ENERO**; TENIENDO EN CUENTA QUE EL EXPULSIVO O ATENCION DEL PARTO SE REALIZO A LAS **21 HORAS** TRANSCURRIO UN TIEMPO VALIOSO (**9 HORAS**) DONDE NO SE VALORO Y/O SE REGISTRARON LAS ACCIONES DE VIGILANCIA Y DEBIDO CUIDADO POR PARTE DEL ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA DE UNA PACIENTE CLASIFICADA DE ALTO RIESGO, CON UN FETO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL Y DE UN TRABAJO DE PARTO INDUCIDO FARMACOLOGICAMENTE QUE REQUERIA UNA ATENCION ESPECIAL.

LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD GENERO ADICIONALMENTE UN DAÑO AUTONOMO SOMETIENDO A LA PACIENTE Y SU HIJO A UNOS RIESGOS Y DAÑOS QUE CON UN ADECUADO PROCESO DE CONTROL, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO LE HUBIERAN PERMITIDO A LA PACIENTE Y SU HIJO UN RESULTADO DIFERENTE Y/O MITIGAR EL DAÑO.

PERDIDA DE OPORTUNIDAD RATIFICADA EN QUE LA MUERTE ASOCIADA A ASFIXIA PERINATAL SUFRIDA POR EL NEONATO ERA **PREVISIBLE Y PREVENIBLE** PORQUE **SI SE HUBIERA REALIZADO UN ADECUADO Y COMPLETO CONTROL PRENATAL, UNA ADECUADA ATENCION MATERNA DURANTE EL TRABAJO SE HABRIAN IDENTIFICADO LOS FACTORES DE**



RIESGO, ANALIZADOS LOS EXISTENTES COMO LOS PRESENTES CON LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y SE HUBIERAN ADMINISTRADO LOS RECURSOS PARA LA ATENCION DEL PARTO Y ATENCION DEL RECIEN NACIDO MITIGANDO EL DAÑO SIN SOMETERLO A LOS EFECTOS NOCIVOS DE LA HIPOXIA E HIPOPERFUSION TISULAR. QUE CONDUJO A UN DETERIORO CLINICO PROGRESIVO DEL FETO QUE CUANDO SE ATENDIO EL PARTO EN CAMA A LAS 21H 10 MINUTOS YA SE ENCONTRABA CIANOTICO , SIN NINGUN ESFUERZO RESPIRATORIO, SIN FRECUENCIA RESPIRATORIA QUE YA POR SU CONDICION NO RESPONDIO A LAS MANIOBRAS DE REANIMACION Y POSTERIORMENTE FALLECE.

EN LOS SOPORTES DOCUMENTALES DE LA CLINICA COMFAMILIAR DE RISARALDA NO HAY EVIDENCIA DE REPORTE ,**IDENTIFICACION**, ANALISIS, SEGUIMIENTO Y PLANES DE MEJORA RELACIONADOS CON LOS **EVENTOS ADVERSOS** RELACIONADOS CON LA ATENCION DEL BINOMIO MADRE E HIJO; ALGUNOS DE TIPO **TRAZADOR**, TODOS PREVENIBLES QUE REQUERIAN UN REPORTE, ANALISIS ACORDE AL PROTOCOLO DE LONDRES Y DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006 “POR LA CUAL SE DEFINE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD Y SE ADOPTAN LOS INDICADORES DE MONITORÍA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD”; DE LA **GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SALUD"**, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, BOGOTÁ, 2008 Y DE LOS **LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, NOVIEMBRE DE 2008. BOGOTÁ D.C.

EN LOS SOPORTES DOCUMENTALES SE EVIDENCIARON MULTIPLES INDICIOS, INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA PACIENTE ADRIANA PORRAS CORREA QUE FUERON RESPONSABLES DE MANERA INDIRECTA O DIRECTA EN EL DAÑO:

EVENTO ADVERSO 1. MUERTE FETAL



EVENTO ADVERSO 2. DISTOCIA INADVERTIDA EVENTO SEGÚN LISTADO DE REFERENCIA RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006 DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD ÍTEM 6. DISTOCIA INADVERTIDA

EVENTO ADVERSO 3. ASFIXIA PERINATAL EVENTO SEGÚN LISTADO DE REFERENCIA RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006 DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD ÍTEM 32. ASFIXIA PERINATAL

EVENTO ADVERSO 4. OMISION DE TRATAMIENTO .NO SE REALIZO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO DEL DOLOR ACORDE A GUIAS Y RECOMENDACIONES. DOLOR INTENSO REFERIDO POR LA PACIENTE Y QUE FAVORECIO EL DAÑO TENIENDO EN CUENTA QUE LOS PERIODOS DE RELAJACION ENTRE LAS CONTRACCIONES SON ESENCIALES PARA EL BIENESTAR FETAL . QUE LA VENTILACION MATERNA INFLUYE EN LA REGULACION DE LOS GASES ARTERIALES DEL FETO Y QUE LA DINAMICA UTERINA ASOCIADA A SU INTENSIDAD, FRECUENCIA, DURACION, REPERCUTEN CON LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL.

PAG 16/33

EVOLUCION AUXILIAR ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(492) 2012/01/07 16:41 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: USUARIA QUE REFIERE CONTRACCIONES MUY FUERTES.
ALERTA COLABORADORA NIEGA PREMONITORIOS MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES . A LAS 16+00 LA DRA OSPINA VALORA Y REALIZA ANMIOTOMIA OBTENIENDO LIQUIDO CLARO
OBJETIVO: ABUNDANTE FETOCARDIA DE 164 SE LE PASAN RESTO DE LIQUIDOS A GOTEO LIBRE Y CONTINUA CON GOTEO DE OXITOCINA CON UNA ACTIVIDAD UTERINA DE 6 /10 DE 40 SEGUNDOS DE DURACION DE +++ SE DEJA PAÑO EN PERINE.

PAG 18/33



EVOLUCION AUXILIAR ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(492) 2012/01/07 18:28 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: USUARIA QUE REFIERE CONTRACCIONES MUY FUERTES CON GOTEO DE OXITOCINA A 15 POR HORA.

OBJETIVO: PALIDA ALERTA COLABORADORA NIEGA PREMONITORIOS MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES CON MUY BUENA ACTIVIDAD UTERINA DE 5/10 DE +++ DE 40 SEGUNDOS DE DURACION CON HIDRORREA CLARA A LA VALORACION LA DRA ENCUENTRA EN 5 POR 70% DE BORRAMIENTO ELIMINA ESPONTANEO EN PATO.

ACTIVIDADES: CONTINUAR VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO FETOCARDIA SIGNOS VITALES E INFORMAR

PENDIENTES: MINIMAS VARIACIONES.

Autor: CASTAÑO RAMIREZ DEYCY CRISTINA (AUXILIAR DE ENFERMERIA RM:1 CC24791067)

EVOLUCION AUXILIAR ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(492) 2012/01/07 19:38 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: REFIERE DOLOR MUY FUERTE TIPO CONTRACCION UTERINA.

OBJETIVO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, POCO COLABORADORA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, CLORURO CON 10 UNIDADES DE OXITOCINA A 15 POR HORA. CON MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, FETOCARDIA DE 163, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR Y SALIDA DE TAPON MUCOSO. TIENE MEMBRANAS ROTAS, AMNIOTOMIA DE LAS 16 HORAS LIQUIDO CLARO.

ACTIVIDADES: CONTROL DE SIGNOS VITALES Y FETOCARDIA. CONTROL DE TRABAJO DE PARTO. AVISAR

PENDIENTES: CAMBIOS.

Autor: VALENCIA GUTIERREZ ADRIANA (AUXILIAR DE ENFERMERIA RM:0 CC42139179)

EVOLUCION AUXILIAR ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(492) 2012/01/07 21:47 ® NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: REFIERE DOLOR MUY FUERTE.

OBJETIVO: PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO ACTIVO. CON ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, FETOCARDIA POSITIVA DE 140 POR MINUTO. SE LE INDICA LA FORMA DE RESPIRAR, PERO LA PACIENTE NO COLABORA, INGRESA EN 2 OCASIONES EL DR HERNANDO GARCIA PARA VALORARLA PERO LA PACIENTE LE DICE QUE NO SE DEJA. SE ESCUCHA FETOCARDIA A LAS 20+50 DE 142 POR MINUTO.

ACTIVIDADES: CONTROL DE SIGNOS VITALES Y FETOCARDIA. CONTROL DE TRABAJO DE PARTO.

PENDIENTES:

OTROS INDICIOS, ACCIONES INSEGURAS, INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS QUE SE DEBIERON TAMBIEN IDENTIFICAR, ANALIZAR Y NO FUERON EVALUADOS Y/O CLASIFICADOS **TODOS ELLOS PREVENIBLES;**



INCIDENTE ADVERSO: CANALIZACIÓN VENOSA DURANTE EL PROCESO DE REANIMACION NEONATAL DOCUMENTADA EN LA EVOLUCION DE ENFERMERIA DE NOTA RETROSPECTIVA DEL 8 DE ENERO DE 2012 PAG 15/33 DE LA HISTORIA CLINICA COMFAMILIAR

EVOLUCION ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA(491) 2012/01/08 33:45 @ NOTA ENFERMERIA

SUBJETIVO: NOTA CORRESPONDIENTE A LAS 21+10 HORAS USUARIA EN UNIDAD DE TRABAJO DE PARTO QUIEN SE MUESTRA MUY POCO COLABORADORA, A PESAR DE EXPLICARLE LA IMPORTANCIA DE QUE PERMITA SU REVICION DE TRABAJO DE PARTO .

OBJETIVO: USUARIA CONCIENTE, ORIENTADA EN TRABAJO DE PARTO, QUIEN NO ACEPTO QUE EL DR GARCIA LA REVISARA, SE MUESTRA MUY ANSIOSA, A LAS 21:10 HORAS SE PRESENTA PARTO EN CAMA YA QUE LA USUARIA NO PERMITIO TRASLADO A SALA DE PARTOS, ES ATENDIDO POR MEDICO DE SALAS, SE OBTIENE PRODUCTO DE SEXO FEMENINO, SIN NINGUN TIPO DE ESFUERZO RESPIRATORIO, AUSENCIA DE SIGNOS VITALES, NO FRECUENCIA CARDIACA, CON CIANOSIS, FLACIDO, SE PASA DE INMEDIATO A LAMPARA DE CALOR RADIANTE Y SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION, LIDERADO POR MEDICA DE NEONATOS, EN COLABORACION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA, ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOS, ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA, Y AUXILIARES DE TURNO DE SALA DE PARTOS. SE INICIA CON VPP, MASAJE CARDIACO, LA DRA QUICENO REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL CON TUBO 3.5 Y SE PASAN DOS DOSIS DE ADRENALINA POR EL TUBO, SE COLOCA Sonda OROGASTRICA NO 8, SE INTENTA CANALIZAR VENA NO ES POSIBLE, DURANTE TODO EL TIEMPO DE LA REANIMACION NO SE OBTIENE NINGUN TIPO DE RESPUESTA LUEGO DE 30 MINUTOS DE REANIMACION , CON APGAR DE 0 DURANTE TODO EL TIEMPO. LUEGO DE SUSPENDIDAS LAS MANIOBRAS DE REANIMACION SE TOMAN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, CON UN PESO DE 2930 GRAMOS, TALLA : 52 CMS , PC: 34, PT. 34, PA : 31, LA MEDICO DE NEONATOS REALIZA EXAMEN FISICO , LE INFORMA A LA USUARIA Y A LA FAMILIA LA SITUACION, LA USUARIA ES TRASLADA A SALA DE PARTOS DONDE ES ATENDIDO EL ALUBRAMIENTO POR EL DR GARCIA GINECO-OBSTYETRA DE TURNO, LA MEDICO DE SALAS REALIZA CORRECCION DE DESGARRO, SE ORGANIZA USUARIA Y SE PASA A SALA DE HOSPITALIZACION.

ACTIVIDADES PENDIENTES: VIGILAR SANGRADO VAGINAL E INVOLUCION UTERINA, DEFINIR ESTUDIO ANATOMOPATOLGICO.

Autor: RODRIGUEZ CACERES CECILIA (ENFERMERIA RM:1596-96 CC28272086)

INCIDENTE ADVERSO: COAGULACION DE LA MUESTRA OBTENIDA DE CORDON UMBILICAL PARA ANALISIS DE GASES ARTERIALES. DOCUMENTADA EN LA PAG 14/33 DE LA HISTORIA CLINICA COMFAMILIAR EN NOTA DE EVOLUCION RECIEN NACIDO A LAS 23:07 HORAS



NOTA RECIEN NACIDO(495) 2012/01/07 23:07 EVOLUCION RECIEN NACIDO

ATENCION EN SALA DE PARTOS MADRE SECUNDIGESTANTE DE 32AÑOS, CON EMBARAZO DE 40SEM, , CONTROLADO, CON 2 ECOGRAFIAS REPORTADAS NORMALES, INGRESO EN LA MAÑANA POR CONTROL DE LAS 40SEM, PBF CON FETO PEQUEÑO, PARTO INDUCIDO INICIALMENTE CON MISOPROSTOL Y POSTERIORMENTE SE PASA A OXITOCINA, CON FCF DURANTE EL TRABAJO DE PARTO NORMALES, NO REPORTE DE DESACELERACIONES, AMNIOTOMIA EN LA TARDE CON LIQUIDO CLARO, LA MADRE AL PARECER POCO COLABORADORA CON LOS TACTOS, INCLUSO NO
SUBJETIVO: SE DEJO PASAR A MESA DE PARTOS, PRESENTO PARTO EN CAMA A LAS 21+10HS, ATENDIDO POR MEDICO DE PLANTA REFIRIENDO QUE NACE BEBE SIN NINGUN ESFUERZO RESPIRATORIO, CIANOTICO, LO PASAN ALA LAMPARA Y ASISTO DE INMEDIATO, SE ENCUENTRA BEBE CIANOTICO, SIN FC, FLACIDO, SIN NINGUN TIPO DE RESPUESTA, SE INICIA VPP, MASAJE CARDIACO Y SE INTUBA A LOS 30SEG, SE LE ADMINSTRARON 2 DOSIS DE ADRENALINA POR TUBO OROTRAQUEAL, NUNCA SE OBTUVO RESPUESTA , NO FC, SE INTENTO CANALIZAR VENA, SE OBSERVABAN VENAS PERO SIN NINGUN RETORNO,
SE SOLICITARON GASES DE CORDON PERO LA SANGRE YA ESTABA COAGULADA, SE REANIMO POR 30MIN, SIN OBSERVARSE RESPUESTA, APGAR DE 0 TODO EL TIEMPO. AL EXAMEN FISICO:

INCIDENTE ADVERSO: ERROR DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y/O FORMULACION. LA DOSIS DE MISOPROSTOL FORMULADA CORRESPONDE A 25MCG PAG 9/33 DE LA HISTORIA CLINICA. LA PRESENTACION DE LAS TABLETAS SEGÚN EL FORMATO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CORRESPONDE A **TABLETAS DE 200MCGR** ES DECIR LA CANTIDAD QUE SE DEBIA ADMINISTRAR SEGÚN LA PRESENTACION CORRESPONDIA A 1/8 DE TABLETA SIN EMBARGO LA DOSIS ADMINISTRADA FUE DE 1/4 DE TABLETA EQUIVALENTE A 50MCGR (PAG 11/33). RATIFICADA EN EL FORMATO ANEXO DE PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA.

PAG 9/33



EVOLUCION MEDICO GINECO OBSTETRICIA(490) 2012/01/07 12:02 ® NOTA DE EVOLUCION

SUBJETIVO: PACIENTE QUE SE INGRESA PARA INDUCCION

OBJETIVO: SIN CAMBIOS

ANÁLISIS Y PLAN: SE COLOCA INTRAVAGINAL 25 MCGRS DE MISOPROSTOL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z352: SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA

PRINCIPAL: REPRODUCTIVA

Autor: GARCIA VELASCO HERNANDO (GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA RM:1215 NI10526414)

PAG 11/33

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS				
FECHA	HORA	MEDICAMENTO	CANT APLICADA	OBSERVACION
20120107	12:00	MISOPROSTOL TAB.*200MCG N/P	0	1/4 ADMINISTRADO POR EL DR HERNANDO GARCIA
20120107	16:45	OXITOCINA INY.*5UI/ML	2	10 UND EN 500 INICIA A 15 POR HORA
20120107	16:45	CLORURO D SODIO 0.9% INY*500ML	1	MAS OXITOCINA
20120107	22:00	CLORURO D SODIO 0.9% INY*500ML	1	
20120107	22:00	OXITOCINA INY.*5UI/ML	2	
20120107	22:00	LIDOCAINA 2% S/EPINEF.INY*10ML	1	
20120107	22:00	ACETAMINOFEN TAB.*500MG	2	
20120108	4:00	ACETAMINOFEN TAB.*500MG	2	VIA ORAL
20120108	12:00	CLORURO D SODIO 0.9% INY*500ML	1	A 100 CC POR HORA
20120108	14:00	METOCLOPRAMIDA INY*10MG/2ML	1	

5

59



 NIT. 891.480.00-1	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA	Código	3-FT-390
		Versión	6
		Vigente a partir	2010-04-01

NOMBRE Adriana Porras Correa IDENTIFICADOR 42029483
 FECHA INGRESO Enero 07. 2012 HORA INGRESO 10:30 SERVICIO obstetricia
 ENTIDAD Sos EDAD 31 PESO 63
 MEDICO TRATANTE Ginecologos TELEFONO 3105203019

FECHA	MEDICAMENTOS	HORA DE INICIO	FECHA SUSPENDIDO	FECHA	CUIDADOS
07-01	Misoprostol 1/4	12:00		07-01	regular trabajo
-	tableta misoprostol	-		-	de parto.

SE PODRIA APRECIAR LA EXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LOS INDICIOS COMPROBADOS, INCIDENTES, EVENTOS RELACIONADOS Y EL DAÑO CORPORAL, FALLECIMIENTO FETAL. CONSEJO DE ESTADO SECCION TERCERA SENTENCIA DEL 27 DE ABRIL DE 2010. CP ENRIQUE GIL BOTERO..

SE CONCLUYE CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS, LOS DOCUMENTOS ANEXOS ,PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, RESULTADOS DE LABORATORIO RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA PACIENTE ADRIANA PORRAS CORREA Y SU BEBE FALLECIDO LA REVISIÓN DE LA LITERATURA Y LA DOCTRINA ESPECÍFICA AL TEMA O TEMAS EN ESTUDIO, **COMO UNA MALA EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS** QUE CONSTITUYEN CULPA; EN EL SENTIDO DE QUE LA MUERTE FETAL SE PRESENTO ASOCIADO A LA ATENCION EN SALUD SE PRODUJO DURANTE LA ATENCION EN SALUD RECIBIDA QUE CONTITUYE UN INDICIO DE LA PRESENCIA DE UNA FALLA DEL ACTO OBSTETRICO, ASI COMO DE LA RELACION CAUSAL ENTRE EL ACTO Y EL DAÑO.

UNA MALA EJECUCION DE LOS CUIDADOS MEDICOS O QUIRURGICOS POR FALLAS EN: LA ATENCION DE LOS CONTROLES PRENATALES, DE LA ATENCION MATERNA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO SIN LAS



ATENCIONES NECESARIAS Y DE COMPETENCIAS DE TALENTO HUMANO ACORDE AL NIVEL DE ATENCION ; NO RECIBIO ATENCION ESPECIALIZADA EN LOS CONTROLES PRENATALES POR PARTE DE LA SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD Y SOLO EXISTE UN REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA CLINICA COMFAMILIAR DE ATENCION POR GINECO OBSTETRICIA DURANTE LA INDUCCION Y TRABAJO DE PARTO; SE PRESENTO FALTA AL DEBIDO CUIDADO, DE VIGILANCIA E INTERPRETACION DE LA DINAMICA UTERINA, DE ANALISIS DE LA FRECUENCIA CARDIACA NO SE REALIZO EL ANALISIS O DIAGNOSTICO DIFERENCIA COMO CAUSANTE DE LA TAQUICARDIA FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO COMO LA HIPOXIA SUBAGUDA O INICIAL, LA DESHIDRATACIÓN, INFECCIÓN, ETC ; **TAMPOCO** SE REALIZO O INSTAURO TRATAMIENTO DEL DOLOR.; **CONCOMITANTE** A LO ANTERIOR **LOS INDICIOS, INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS** RELACIONADOS LA ATENCION DE LA PACIENTE Y SU FETO FAVORECIERON LOS EFECTOS NOCIVOS DE LA HIPOXIA , DE LA HIPOPERFUSION TISULAR QUE CONDUJO A UN DETERIORO CLINICO ATENDIENDO FINALMENTE A UN RECIEN NACIDO EN MALAS CONDICIONES GENERALES, SIN RESPUESTA A ESTIMULOS Y QUE POR SU CONDICION NO RESPONDIO A LAS MANIOBRAS DE REANIMACION CON SU POSTERIOR FALLECIMIENTO. HALLAZGOS CLINICOS ASOCIADOS AL TRABAJO DE PARTO COINCIDENTES ADEMAS CON LOS HALLAZGOS DE LA NECROPSIA QUE EVIDENCIARON SIGNOS DE HIPOXIA FETAL INCLUIDA LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SIN ALTERACIONES DE LA ANATOMÍA FETAL O MALFORMACIONES.

NO HUBO UNA ATENCION HUMANIZADA DEL PARTO DEFINIDA Y CONTENIDA EN DOCUMENTOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN, DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y NACIONALES QUE PROCLAMAN SU APLICACIÓN EN TODA GESTANTE DURANTE EL CONTROL PRENATAL, EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO. NO SE RESPETO LA FISIOLOGIA DEL PARTO, NO SE LE BRINDO EL APOYO EMOCIONAL; TAMPOCO SE GRANTIZO EL PODER DE



DECISIÓN, Y DE AUTONOMÍA, SE LE VULNERO EL DERECHO A ESTAR ACOMPAÑADA, ASÍ COMO A RECIBIR ANALGESIA.

SE PRESENTARON ERRORES EN EL DILIGENCIAMIENTO E INFORMACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, NO SON ESPECIFICOS A LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO, NO SE BRINDO INFORMACION SOBRE ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS, NO SE BRINDO INFORMACION SOBRE EL DOLOR PRODUCTO DE LA INDUCCION FARMACOLOGICA DEL TRABAJO DE PARTO; TENIENDO EN CUENTA ADEMÁS QUE HAY ANEXOS DONDE SE AUTORIZO LA CESAREA POR LO TANTO, ESTA AUSENCIA DE INFORMACION, INFORMACION INCOMPLETA, EN TERMINOS NO COMPENSIBLES, REALIZADA TAMBIEN POR PERSONAL NO ESPECIALIZADO COMO GARANTE DE LA ATENCION Y COMO DIRECTO RESPONSABLE EN LA TOMA DE DECISION DE LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO SE CONSIDERAN ERRORES INEXCUSABLES TENIENDO EN CUENTA QUE LA PACIENTE TENIA LA CAPACIDAD PARA COMPRENDER. ESTAS OMISIONES DE INFORMACION, CONSENTIMIENTO, FALTA AL DEBIDO CUIDADO GENERARON UN DAÑO AUTONOMO, UN DAÑO MORAL A LA PACIENTE MADRE DEL BEBE FALLECIDO Y SU FAMILIA QUE MAS ALLA DE LA CRISIS AGUDA SE DESCRIBEN ADEMÁS SENTIMIENTOS PERSISTENTES DE IRA Y/O PENSAMIENTOS AUTODESTRUCTIVOS ACTIVOS Y PASIVOS; AL LADO DE LA PRESIÓN SOCIAL DE OLVIDAR, SUPERAR LA EXPERIENCIA. SE PODRIA APRECIAR TAMBIEN LA EXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LAS OMISIONES, FALLAS, INCLUIDO LOS RIESGOS PREVISIBLES Y PREVENIBLES, LOS INDICIOS, INCIDENTES , EVENTOS ADVERSOS DEMOSTRADOS Y EL DAÑO CORPORAL, FALLECIMIENTO DEL NEONATO .



3.7 REVISION BIBLIOGRAFICA Y ASPECTOS NORMATIVOS

MANEJO DEL DOLOR NO OBSTÉTRICO DURANTE EL EMBARAZO. ARTÍCULO DE REVISIÓN ROBERTO RIVERA DÍAZ A,* Y ADRIANA LOPERA RIVERA B A PROFESOR DE ANESTESIA Y SUBESPECIALIDAD DE DOLOR, UNIVERSIDAD CES, INSTITUTO COLOMBIANO DEL DOLOR, MEDELLÍN, COLOMBIA B RESIDENTE DE ANESTESIA, UNIVERSIDAD CES, MEDELLÍN, COLOMBIA

OMS. Care in normal birth. A practice guide. WHO/ FRH; 1996. p. 1-37.

MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES DE UN CENTRO DE SALUD 1 PAIN MANAGEMENT DURING CHILDBIRTH DELIVERY IN PREGNANT WOMEN OF A HEALTH CENTER María Stella Campos de Aldana²

ANALGESIA DEL PARTO. MONITORIZACIÓN FETAL INTRAPARTO PROTOCOLOS SEGO

Patrones de frecuencia cardíaca fetal y su relación con la saturación de oxígeno del feto A. Puertas, M.S. López-Criado, M. Navarro, M. González-Salmerón, P. Velasco, M.P. Tirado, A. Rodríguez y J.A. Miranda Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España Clin Invest Gin Obst. 2005

GUIAS DE VALORACION DEL DAÑO CORPORAL. UNIVERSIDAD CES.

LEY 1164 DE 2007 (LEY DEL TALENTO HUMANO EN SALUD) SOBRE VIGILANCIA, CONTROL Y DESEMPEÑO DEL TALENTO HUMANO DEL ÁREA DE LA SALUD. CALIDAD: LA FORMACIÓN Y EL DESEMPEÑO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, DEBE CARACTERIZARSE POR EL LOGRO DE LOS MAYORES BENEFICIOS POSIBLES EN LA FORMACIÓN Y LA ATENCIÓN, DENTRO DE LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DEL SISTEMA EDUCATIVO Y DE SERVICIOS Y CON LOS MENORES RIESGOS PARA LOS USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD.

ESTUDIO ANÁTOMO-CLÍNICO DE LAS CAUSAS DE MUERTE FETAL Alfredo Ovalle S.1, Elena Kakaricka W.2, Ángel Correa P.1, María Teresa Vial P.2, Carlos Aspillaga M.1



1Servicio y Departamento de Obstetricia, Ginecología y Neonatología, 2Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

EN REFERENCIA A LA **LEY 1164 DE 2007**, PODEMOS DECIR QUE EL DEBER DE CUIDADO HACE REFERENCIA A LA CONCIENCIA DE LAS PROPIAS LIMITACIONES, CAPACIDADES Y EXPERTICIA, ANTES DE EMPRENDER UN ACTO MÉDICO, **SEGUIMIENTO DE NORMAS**

Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal · November 2010

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

RESOLUCION 1995 DE 1999

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL ANEXO TÉCNICO HOJA No. . RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006 “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”

CAPÍTULO 21: FISIOLÓGÍA DEL TRABAJO DE PARTO. Williams. Obstetricia

MANEJO OBSTÉTRICO ANTE LA SOSPECHA DE HIPOXIA FETAL INTRAPARTO
Dra. Elsa Andina Jefe de División Obstetricia, Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá.

NOTA DE RELATORIA: CONSULTAR SENTENCIA DE 19 DE AGOSTO DE 2009, EXPEDIENTE NÚMERO 17733 FALLA MEDICA - APLICACIÓN RÉGIMEN OBJETIVO DE RESPONSABILIDAD.

Cesárea a petición de la embarazada a Miembro del Comité Científico de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. B Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. DOCUMENTO SEGO

Guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en salud", Ministerio de Protección Social, Bogotá, 2008.



Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Ministerio de la Protección Social, Noviembre de 2008. Bogotá D.C.

LEY 1438 DE 2011, ART. 94. REFERENTES BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA; ART. 95 DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN; ART. 96 DE LAS GUÍAS DE ATENCIÓN.

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL FETO CON RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU) Y DEL FETO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL (PEG). CONSENSO COLOMBIANO* Diagnosing and managing foetuses suffering from intrauterine growth restriction (IUGR) and foetuses which are small for their gestational age (SGA). Colombian consensus José Enrique Sanín-Blair, M.D.**,**, Jaime Gómez Díaz, M.D.***, Jorge Ramírez, M.D.***, Carlos Alberto Mejía, M.D.***, Óscar Medina, M.D.***, José Vélez, M.D.***, Consenso Nacional de Expertos**** Recibido: abril 12/09 – Aceptado: julio 31/09

MARCO CONCEPTUAL DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. OMS, VERSIÓN 1.1. INFORME TÉCNICO, ENERO DE 2009.

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

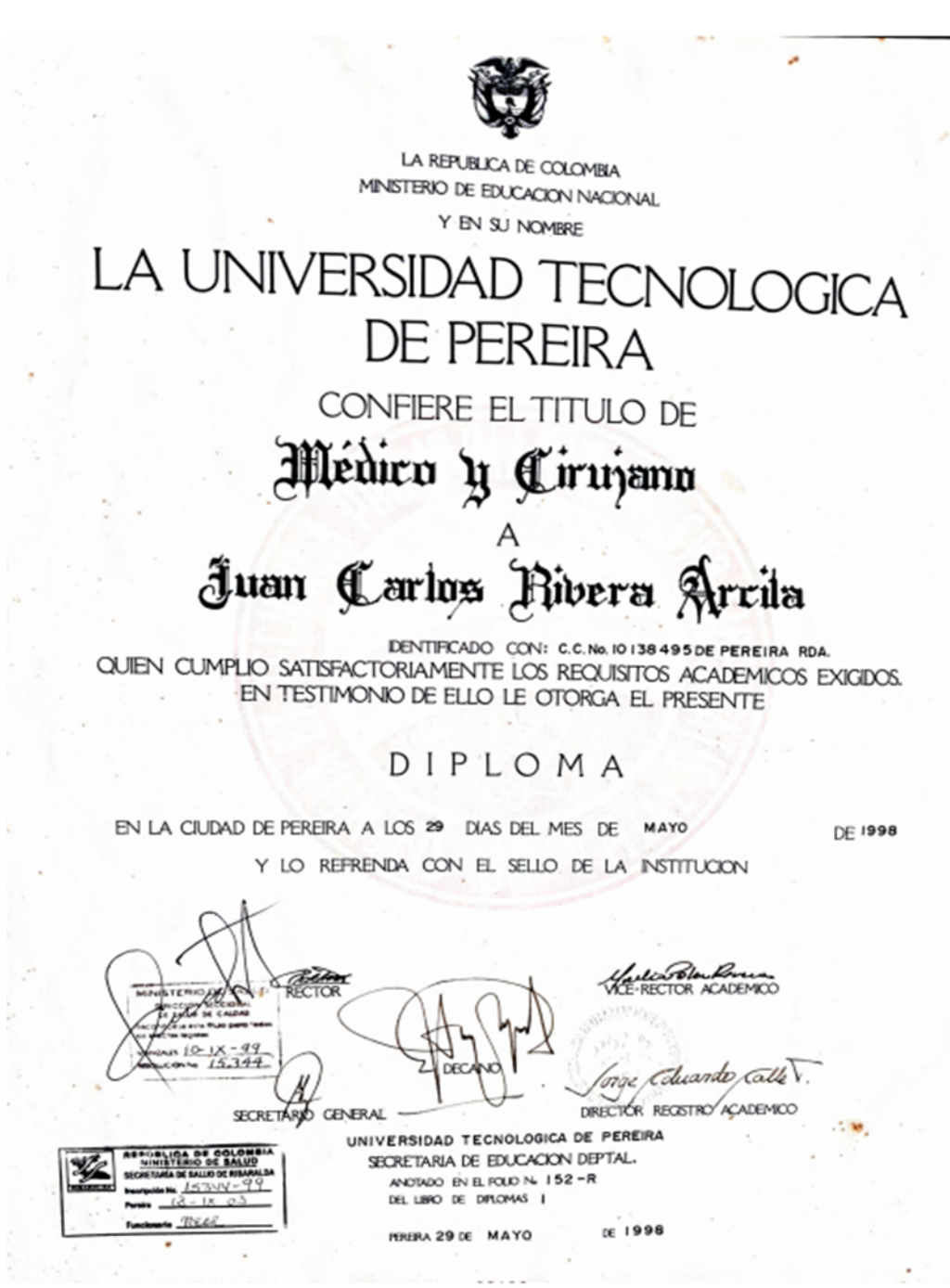
ESTUDIO IBEAS PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN HOSPITALES DE LATINOAMÉRICA, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, ESPAÑA, 2009.

Secretaría Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog) Guía de control prenatal y factores de riesgo

HERRAMIENTAS PARA PROMOVER LA ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA ATENCIÓN EN SALUD. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD, BOGOTÁ D.C. 2007.



Juan Carlos Rivera Arcila
I.D. 10138495 - Registro Medico 15344
Médico y Cirujano
Especialista en Responsabilidad Medica
Maestría en Peritaje Medico y Valoración del Daño Corporal



67



República de Colombia



UNIVERSIDAD LIBRE®

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

JUAN CARLOS RIVERA ARCILA

CC N° 10.138.495 de PEREIRA

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Especialista en Responsabilidad Médica

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica
con el sello mayor de la Institución.

Decana

En la ciudad de PEREIRA
26 de julio de 2019
Acta 010, Folio 010, Libro 01

El Rector



El Secretario General

Oficina de Admisiones y Registro
26 de julio de 2019
Registro 6289, Folio 050, Libro de Registro 04

Jefe de Admisiones y Registro

170034





Ángela Marcela Tibaquirá B
I.D. 42141839 - Registro Medico 1820/08
Médica y Cirujana
Especialista en Auditoria en Auditoria y Salud
Especialista en Responsabilidad Medica
Maestría en Peritaje Medico y Valoración del Daño Corporal





72

