

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DICTAMEN PERICIAL

ESPECIALIDAD: GINECOBSTETRICIA
PACIENTE: ADRIANA PORRAS CORREA
NO. DOCUMENTO IDENTIFICACION C.C. 42.029.483
FECHA DE NACIMIENTO: 20 DE MARZO DE 1979
ASEGURADOR: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S
EPS

DATOS DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO: Responsabilidad Civil
JUZGADO: Cuarto Civil del Circuito de Pereira
RADICADO: 660013103004-2019-00600-00
DEMANDANTES: Adriana Porras y otros
DEMANDADOS: Servicio occidental de salud S.O.S EPS y otros.
LLAMADO EN GARANTÍA: Allianz Seguros S.A.

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

NOMBRE: CARLOS ALBERTO CASABÓN RODRIGUEZ
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 98.397.158 de Pasto
REGISTRO MÉDICO: NO. 521921/05
TARJETA PROFESIONAL: No. 98.397.158
INSCRIPCIÓN: Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS).
DIRECCIÓN: Calle 16 b No. 33-61 Edificio Dos Ángeles apartamento 304
TELÉFONO: 3216192441
CORREO ELECTRÓNICO: carlos070677@gmail.com

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FORMACION ACADEMICA:

TÍTULO PROFESIONAL: Médico de la Universidad Cooperativa de Colombia, fecha de grado 20 de agosto de 2004

ESPECIALIDAD: Ginecología y Obstetricia de la Universidad Metropolitana, fecha de grado 23 de junio de 2023

EXPERIENCIA PROFESIONAL:

Actualmente, vinculado mediante contrato de prestación de servicios profesionales con:

- I.P.S MEDFAM
- I.P.S SALUD VIDA
- COMPAÑÍA OPERADORA CLÍNICA HISPANOAMÉRICA

HABILIDADES Y COMPETENCIAS:

- Amplia experiencia en Ginecología y Obstetricia.
- Experiencia en docencia universitaria.
- Capacidad para realizar evaluaciones médicas especializadas.
- Manejo de historia clínica y literatura médica para dictámenes periciales.

DECLARACION DE JURAMENTO

Dando alcance a los requerimientos del artículo 226 del Código General del Proceso, me permito hacer las siguientes manifestaciones y/o declaraciones:

- El conocimiento adquirido durante mi formación y ejercicio profesional me habilita para emitir el concepto encargado, al tener la calidad de médico especialista en ejercicio en Ginecología y obstetricia con experiencia en docencia universitaria.
- Mi opinión es independiente y corresponde a mi criterio como especialista.
- Adjunto mis títulos que acreditan mi idoneidad en el presente dictamen.
- En mi ejercicio profesional como médico especialista en ginecología y obstetricia, los métodos e investigaciones realizados son congruentes con el dictamen rendido actualmente. Para el caso en concreto, revisé la historia clínica, consulté literatura médica y apliqué mi criterio profesional especializado, lo que me permite atender la solicitud realizada.
- No he sido designado anteriormente para adelantar peritajes.

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

- No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 de la Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso.
- El método e investigación que tuve en cuenta para rendir el peritaje no diferente a mi habitual ejercicio profesional, ya que siempre estudio la historia clínica de los pacientes, consultó literatura y aplico mi criterio profesional especializado basado en las guías de práctica clínica.
- No tengo vínculo laboral, contractual ni de ninguna otra naturaleza con los demandantes ni demandados en el presente proceso.
- Juro desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el presente cargo de perito, contando con los conocimientos necesarios.
- La Historia clínica entregada permite rendir el dictamen solicitado por la entidad por intermedio de la apoderada judicial.
- La técnica aplicada consistió en la revisión y estudio de la historia clínica de las IPS que atendieron a la paciente, así como en la consulta de literatura médica y la aplicación de mi criterio y experiencia como profesional especializado en Ginecología y obstetricia.
- Desempeñar el cargo de perito con idoneidad, imparcialidad e independencia y contar con los conocimientos necesarios para la emisión del presente dictamen pericial, compromiso ético en el ejercicio de la especialidad, asegurando una evaluación objetiva y fundamentada en cada caso atendido.

DOCUMENTACION REVISADA

El presente dictamen pericial se entrega una vez realizada la revisión de la Historia Clínica remitida sobre la paciente ADRIANA PORRAS CORREA, limitándose a los hechos controvertidos relacionados con el proceso de gestación y el parto. La documentación fue proporcionada por el Hospital San Pedro y San Pablo, la Clínica Comfamiliar Risaralda y el peritaje aportado, excluyendo la revisión de otras patologías posteriores no relacionadas con el evento en cuestión y que también fueron aportadas por estas entidades.

HISTORIA CLÍNICA HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO:

- Fecha historia 16/06/2011
- Fecha historia 17/06/2011
- Fecha historia 14/07/2011
- Fecha historia 15/07/2011
- Fecha historia 25/07/2011

HISTORIA CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA:

- Fecha historia: 10/10/2011
- Fecha historia: 24/10/2011
- Fecha historia: 21/11/2011
- Fecha historia 29/11/2011

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

- Fecha historia 27/12/2011
- Fecha historia 14/10/2011
- Fecha historia 26/10/2011
- Fecha historia 27/12/2011
- Fecha historia 07/01/2012
- Fecha historia 08/01/2012
- Fecha historia 19/01/2012
- Consentimiento informado para suministro de anestesia 07/01/2012
- Consentimiento informado para cesárea 07/01/2012
- Consentimiento informado para suministro de anestesia 08/01/2012
- Consentimiento informado para la atención del trabajo de parto 07/01/2012
- Fecha historia 08/01/2012
- Dictamen pericial de la clínica Comfamiliar Risaralda
- Peritaje médico legal

RESUMEN DE CASO CLINICO

CORRELACION CLINICA:

DATOS DE LA PACIENTE:

Adriana Porras Correa, de 32 años, identificada con C.C. No. 42.029.483, cursaba su segundo embarazo. Ingresó a atención ambulatoria en el Hospital San Pedro y San Pablo - La Virginia el día 16 de junio de 2011. La fecha de su última menstruación fue el 26 de marzo de 2011, determinándose una edad gestacional de 11 semanas y 5 días en la fecha de atención, lo que indica un ingreso tardío a los controles prenatales que deben cursarse en el primer trimestre del embarazo.

CONTROLES PRENATALES:

La paciente recibió un total de 8 controles prenatales: Tres (03) controles en el Hospital San Pedro y San Pablo - La Virginia y cinco (05) controles en la Clínica Comfamiliar Risaralda. Durante estos controles, se solicitaron los paraclínicos necesarios para un adecuado seguimiento del embarazo. Se observaron episodios de sangrados vaginales e infecciones urinarias recurrentes, para los cuales se enviaron tratamientos que la paciente no inició, aduciendo precariedad económica.

EVALUACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO:

La historia clínica prenatal indica la detección de factores de riesgo que fueron manejados adecuadamente, sin constituir eventos determinantes para clasificar el embarazo como de alto riesgo. En obstetricia, clasificar un embarazo como de alto riesgo implica estar alerta, pero no necesariamente influye en el evento final.

NORMATIVIDAD VIGENTE:

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Los controles prenatales cumplieron con los mínimos exigidos por la normatividad vigente para la fecha de los hechos.

ATENCIÓN DEL PARTO:

El 7 de enero de 2012, la paciente ingresó al servicio de urgencias a las 08:26 a.m. con una edad gestacional de 40 semanas, según ecografía del 30 de junio de 2011, que indicaba 12 semanas y 5 días de gestación, con una fecha probable de parto del 7 de enero de 2012, reporta dolores tipo contracción.

EVALUACIONES Y MONITOREO FETAL:

A las 08:38 am, se realizó un monitoreo fetal reactivo con variabilidad conservada, sin actividad uterina. Se realizó un perfil biofísico que mostró un feto a término con un peso bajo para la edad gestacional (percentil 7) de 2910 gramos. El ginecólogo de turno decidió trasladar a la paciente a la sala de parto para inducir el trabajo de parto con misoprostol.

INDUCCIÓN Y PROGRESIÓN DEL PARTO ASPECTOS RELEVANTES:

A las 11:04 a.m., la paciente fue trasladada al servicio de atención de trabajo de parto y valorada por la Dra. Ríos, quien confirmó la inducción con misoprostol. A las 12:02 a.m., se administró intravaginalmente 25 mcg, equivalentes a 1/8 de tableta de misoprostol de 200 mcg, registrado por enfermería como ¼ de tableta, mostrando una discrepancia entre lo ordenado y lo administrado.

A las 16:11 pm, la paciente refirió contracciones continuas. La evaluación médica mostró contracciones de buena intensidad, fetocardia de 160 (límite alto normal), y monitoreo fetal de las 14:40 interpretado como categoría 1. Sin embargo, la revisión de la imagen del monitoreo no verifica esta categoría, indicando un cambio en la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal (taquicardia fetal), lo que no significa obligatoriamente sufrimiento fetal. Se determina que la interpretación debió ser categoría 2 que se considera inespecífico y requiere de mayor seguimiento. Además, se realizó una amniotomía a las 16:00 p.m. obteniendo liquido claro, que reporta normalidad en el bienestar fetal.

A las 16:41 pm, se registró polisistolia (6 contracciones en 10 minutos) y fetocardia de 164 latidos por minuto. A las 18:28 pm, se reportó actividad uterina de 5 contracciones en 10 minutos, con dilataciones de 5 cm y borramiento del 70%. A las 19:13 pm, la Dra. Tania Mendoza valoró una actividad uterina de 5 contracciones en 10 minutos, fetocardia entre 145 y 168 latidos por minuto, dilatación de 8 cm y borramiento del 90%.

A las 19:38 pm, la enfermera Adriana Valencia reportó fetocardia de 163 latidos por minuto y actividad uterina regular. A las 21:47 pm se registró nota de enfermería retrospectiva que da cuenta qué, el Dr. Hernando García- Ginecólogo, intentó valorar a la paciente en dos ocasiones, sin embargo, la paciente se rehusó a las mismas. En el mismo sentido se observa nota retrospectiva de las 22:11 pm, que indica qué a las 20:30 horas se valoró con poca colaboración de la paciente una fetocardia de 144 latidos por minuto, dilatación de 9 cm y borramiento del 100%.

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PARTO Y COMPLICACIONES:

A las 22:33 pm, se comprobó borramiento y dilatación completa. Se atendió el parto en cama ya que la paciente no permitió el traslado a la sala de partos. A las 21:10 pm, se obtuvo un producto femenino sin esfuerzo respiratorio, sin frecuencia cardiaca, cianótico y flácido. Se entregó al médico de neonatos, Dra. Sandra Quiceno. Tras el alumbramiento (expulsión de la placenta), se observó una placenta pequeña y un cordón umbilical muy delgado.

La Dra. Quiceno realizó maniobras de reanimación sin éxito durante 30 minutos, declarando el fallecimiento. Observó rasgos que sugieren cromosomopatía y recomendó estudio de necropsia.

CONCLUSIONES DEL CASO

La paciente Adriana Porras Correa presentó un embarazo a término sin factores de riesgo aparentes para un evento perinatal adverso. Sin embargo, hubo un ingreso tardío a los controles prenatales, con registros que indican que la paciente no asistió a controles desde el 24 de octubre de 2011, lo cual implica una ausencia de seguimiento por parte de la paciente durante el último trimestre del embarazo. Periodo que es crucial para mantener un monitoreo riguroso de la gestación.

Durante el proceso de parto, se identificó un error en la interpretación del monitoreo fetal realizado a las 14:40 horas. Este monitoreo se interpretó inicialmente como categoría 1, pero la revisión de la imagen no confirma esta interpretación, mostrando en cambio un cambio en la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal (taquicardia fetal). Aunque la taquicardia fetal no necesariamente indica sufrimiento fetal, la interpretación correcta debería haber sido categoría 2, lo que es inespecífico y requiere un seguimiento más riguroso.

La historia clínica también reporta una conducta negativa por parte de la paciente, quien se rehusó a ser valorada en dos ocasiones por el ginecólogo de turno. Esta conducta complicó una evaluación precisa y una respuesta adecuada ante los posibles signos de riesgo de sufrimiento fetal.

En resumen, la combinación de estos factores contribuyó a la inadecuada gestión del cuadro clínico, influyendo en el desenlace perinatal adverso.

ANALISIS CRITICO DEL PERITAJE APORTADO POR EL DEMANDANTE

1. **FALTA DE DILIGENCIA EN LA ATENCION PRENATAL:** Si bien el ingreso de la paciente a los controles prenatales fue tardío para el primer trimestre, se evidencia la realización de los paraclínicos necesarios y un seguimiento adecuado posterior. En la práctica médica, existen diferentes definiciones diagnosticas que deben considerarse:

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Elaborado durante la consulta basado en interrogatorio y examen físico del paciente.

- ✓ Diagnóstico Presuntivo: Basado en la impresión diagnóstica inicial.
- ✓ Diagnóstico Definitivo: Confirmado a través de estudios y pruebas complementarias.
- ✓ Diagnóstico Confirmado Repetido: Control y seguimiento del diagnóstico definitivo previamente establecido.

No es correcto interpretar un código de alto riesgo como un evento confirmado sin un análisis integral. La utilización de los códigos CIE-10 tiene el propósito de estandarizar y facilitar la codificación de diagnósticos, pero no siempre reflejan con precisión el riesgo exacto de la paciente, y estos pueden variar y no necesariamente corresponden a la situación clínica específica.

La evaluación del riesgo debe basarse en una interpretación integral de la historia clínica, los síntomas presentados y la evolución del embarazo, y no únicamente en los códigos diagnósticos registrados en la historia clínica. Es importante considerar que la paciente dejó de asistir a los controles prenatales desde el 24 de octubre de 2011, una ausencia durante el último trimestre, periodo crucial para un seguimiento riguroso de la gestación. Esto según historia clínica de fecha 29 de noviembre de 2011.

2. **CONTROVERSIA SOBRE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS Y GUIAS DE MANEJO:** Es incorrecto considerar la supuesta falta de cumplimiento de los protocolos y establecidos en la guía de práctica clínica de 2013, ya que dicha guía no era aplicable en la fecha de los hechos, limitando su pertinencia y exigibilidad en el caso específico de la paciente Adriana Porras Correa.

3. **GUIA DE ATENCION A LA GESTANTE:** Cualquier omisión no puede considerarse una falla si no estaba establecida como práctica estándar en ese momento. La ausencia de registros de estas acciones no puede interpretarse como negligencia médica, dado que no eran estándares ni prácticas generalmente aceptadas en el periodo donde ocurrieron los hechos. En la historia clínica de los controles prenatales, desde el primer control se documentó la educación proporcionada a la paciente, incluyendo información sobre signos de alarma y recomendaciones previas al parto. Además, la paciente cursaba su segundo embarazo, lo que genera un conocimiento previo.

4. **APLICABILIDAD DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA:** La guía de práctica clínica del 2013 del Ministerio de Protección Social no era aplicable en la fecha de los hechos. Ante cualquier signo de alarma registrado en la historia clínica, la paciente fue remitida al servicio de urgencias para una evaluación exhaustiva, que podía incluir la intervención de profesionales de ginecología y obstetricia según criterio médico y necesidad del cuadro clínico.

5. **EVIDENCIA VERIFICABLE EN PERITAJES:** Los peritajes deben basarse en evidencia verificable y no hacer referencia a normativas que no estaban vigentes en el momento de los hechos investigados. La bibliografía utilizada debe ser precisa y aplicable

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

al contexto colombiano, y debe evitarse la referencia a normativas o estándares de países con un desarrollo más avanzado sin previa homologación.

6. **PARTO HUMANIZADO Y NORMATIVA VIGENTE:** El término 'Parto Humanizado' fue incluido por la Ley 2244 de 2022, que no es aplicable al caso en concreto. Esta ley promueve la libertad de decisiones, la consciencia y el respeto en el proceso de atención, asegurando los derechos de las mujeres y los recién nacidos.

7. **ANÁLISIS DE SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL:** Según la revisión de la historia clínica realizada por la médica neonatóloga a las 23:07 horas, se intentó canalizar la vena del cordón umbilical sin obtener retorno, sugiriendo que la sangre fetal ya estaba coagulada. Esta coagulación impidió la extracción adecuada de la muestra para análisis, y no se puede atribuir a una mala técnica en la toma de la muestra, dado que la dificultad para obtener la muestra se debió a la coagulación previa, un fenómeno común en casos de hipoxia fetal y muerte intrauterina.

8. **FALLA INSTITUCIONAL:** No hay evidencia de falla institucional ni del personal adscrito, ya que no se presentó documentación que demuestre la falta de procesos prioritarios, guías u otra documentación específica de la clínica en respuesta a los reclamos de falla institucional. La ausencia de esta documentación no necesariamente indica negligencia, sino que podría reflejar procedimientos documentados adecuadamente o basados en estándares y protocolos aceptados en el momento de los hechos.

9. **PERDIDA DE OPORTUNIDAD:** Según la historia clínica, el especialista en ginecología y obstetricia intentó valorar a la paciente, pero esta no permitió la evaluación médica, lo que implicó la adecuada respuesta ante los signos de sufrimiento fetal.

10.ERROR DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y/O FORMULACION: Durante la evolución médica gineco-obstétrica el día del parto, a las 12:02 horas, se registró la administración de 25 mcg de misoprostol vía intravaginal. Sin embargo, en la hoja de administración de medicamentos se indica una observación para misoprostol de 200 mcg, ordenando la administración de 1/4 de pastilla. Esta discrepancia, aunque no constituye un evento adverso debido a que ambas dosis están dentro del rango permitido, representa un incidente en la atención segura del paciente.

Ahora bien, académicamente, es pertinente establecer que el misoprostol no estaba para la fecha de los hechos diseñado para ser dividido, ya que la distribución del principio activo en la pastilla puede no ser uniforme. Sin embargo, nuestra normatividad permite la dosificación del misoprostol en cantidades menores a la pastilla completa para la inducción del parto y la maduración cervical, basándose en evidencia clínica y guías médicas que respaldan su uso seguro y eficaz en estos contextos específicos. Practica fundamentada en evaluar el balance beneficio-riesgo, priorizando siempre la seguridad del paciente.

Carlos A. Casabón Rodríguez

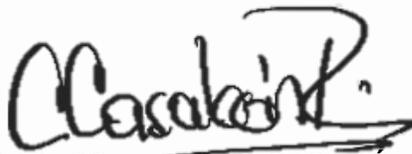
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Estudios recomiendan evitar la división de tabletas a menos que estén ranuradas y explícitamente aprobadas para ello, para la fecha de los hechos se debe considerar que no había disponibilidad del medicamento en otras presentaciones.

BIBLIOGRAFIA

- Comité Editorial de www-physiology.com, y el Panel Internacional de Expertos en Interpretación de RCTG desde el Punto de Vista Fisiopatológico. *Guía de Monitorización Fetal Intraparto Basada en Fisiopatología*. Publicada en febrero 2018. Disponible en: Guía-de-monitorización-fetal-intraparto-basada-en-fisiopatología.pdf (icarectg.com)
- Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención. *Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, Cambio para Construir la Paz*. Año 2013. Disponible en: norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf (minsalud.gov.co)
- Hofmeyr, G. J., Gülmezoglu, A. M., & Pileggi, C. *Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del parto*. Versión publicada: 06 de octubre de 2010. Disponible en: Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del parto - Hofmeyr, GJ - 2010 | Cochrane Library
- **Ley 2244 de 2022** (Julio 11). "Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o 'Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado'". El Congreso de Colombia. Disponible en: Ley 2244 de 2022 - Gestor Normativo - Función Pública (funcionpublica.gov.co)

Atentamente,



CARLOS ALBERTO CASABÓN RODRIGUEZ

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

REGISTRO MEDICO No 521921/2005