

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Pasto, 04 de septiembre de 2024

Doctora

DIANA MARCELA VILLOTA I.

Representante Legal y Asesora Medica
GRUPO MAAS S.A.S.

Asunto: Entrega de peritaje Solicitado

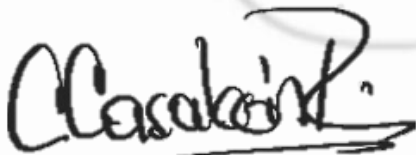
Cordial saludo,

En mi calidad de perito medico con especialidad en Ginecología y Obstetricia nombrado en el proceso de Reparación Directa identificado con el radicado N.º 76-001-33-33-016-2022-00023-00, adelantado por el Juzgado 16 Administrativo Oral del Circuito de Cali, me permito hacer entrega del informe pericial solicitado. Este informe ha sido elaborado en cumplimiento de las funciones asignadas tras mi posesión como perito, la cual tuvo lugar el día 12 de agosto de 2024 ante el juzgado de la referencia.

En este contexto, le remito adjunto el informe pericial para que sea incorporado al expediente correspondiente, en espera de su estudio y valoración por parte de las partes intervinientes y del despacho judicial.

Agradezco su atención a la presente y quedo atento a cualquier observación o solicitud de aclaración que considere pertinente.

Cordialmente,



CARLOS ALBERTO CASABÓN RODRIGUEZ

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

REGISTRO MEDICO No 521921/2005

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DICTAMEN PERICIAL

ESPECIALIDAD: Ginecobstetricia
PACIENTE: Mónica Pilar Niño Camelo
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: C.C No. 38.559.651
FECHA DE NACIMIENTO: 23 de febrero 1982
PERIODO HISTORIA CLÍNICA: 13 de Julio de 2017 a 19 de Julio de 2024

DATOS DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO: Reparación Directa
JUZGADO: 16 Administrativo oral del circuito de Cali
DEMANDANTE: Mónica Pilar Niño Camelo y otros
DEMANDADO: Red de Salud Oriente E.S.E y otros
NUMERO DE RADICADO: 76001-33-33-016-2022-00023-00
APODERADA DEMANDADOS: Martha Liliana Diaz Ángel
APODERADO DEMANDANTE: Herbin Hinestroza Palacios

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

NOMBRE: Carlos Alberto Casabón Rodríguez
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.
- Con anterioridad realicé peritaje en el marco del Proceso de responsabilidad civil adelantado en el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Pereira, con radicado No. 660013103004-2019-00600-00, donde los demandantes fueron Adriana Porras y otras, y los demandados, Servicio Occidental de Salud S.O.S EPS y Otros. Objeto del dictamen ginecobstetricia (Hipoxia perinatal).
- 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.

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

- No tengo vínculo laboral, contractual ni de ninguna otra naturaleza con los demandantes ni demandados en el presente proceso, no he realizado dictámenes periciales con anterioridad para ninguna de las partes involucradas en este 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 emite tras una revisión de la Historia Clínica remitida de la paciente MONICA PILAR NIÑO CAMELO, detallados en los folios que se adjuntan a continuación:

HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO

- Historia clínica atención de 13 de julio de 2017 (02 folios)
- Historia clínica atención de 29 de enero de 2018, 16 de enero a 20 de enero de 2020 (30 folios)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

- Historia clínica atención de 10 de junio de 2019 (01 folio)
- Historia clínica atención de 12 de noviembre de 2019 (02 folios)
- Historia clínica atención de 24 de diciembre de 2019 (02 folios)
- Historia clínica atención de 14 de enero de 2020 (01 folio)
- Historia clínica atención de 17 de enero de 2020 (05 folios)
- Documento denominado índice (05 folios)

OTROS DOCUMENTOS DE HISTORIA CLINICA

- Certificación expedida por la Subgerente científica y de prestación de servicios de fecha 26 de julio de 2024 donde consta que revisado el sistema de información institucional y la información consignada en los registros de historia clínica de la paciente MONICA PILAR NIÑO CAMELO, no realizo los controles prenatales en la Institución Red de Salud de Oriente- E.S.E (1 folio)
- Consulta de actividades facturadas pacientes con fecha de impresión 26 de julio de 2024. (2 folios)
- Partograma (01) folio

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESUMEN DE CASO CLINICO

PACIENTE: MONICA PILAR NIÑO CAMELO, de 37 años, identificada con C.C. No. 38.559.651, cursaba su primer embarazo.

ANTECEDENTES Y ATENCIONES:

El 14 de enero de 2020, Mónica Niño asistió a una consulta externa de ginecología y obstetricia en el Hospital Universitario del Valle (HUV). En esta consulta, se le diagnosticó un embarazo de 39.4 semanas, con fecha de última menstruación (FUM) el 12 de abril de 2019. Se consignaron varios factores de riesgo, entre ellos, primigesta, edad materna avanzada, y toxosusceptibilidad. A pesar de estos factores, la paciente se encontraba en buenas condiciones generales, con estudios dentro de parámetros normales. Se le indicó ingresar a la sala de partos del HUV el 17 de enero de 2020 para evaluar el estado materno-fetal y considerar la finalización del embarazo.

"1. G1P0 2. Embarazo actual de 39. 4 semanas por FUM del 12/04/2019 ARO- Primigesta- Edad materna avanzada- Toxosusceptibilidad" (...)

"Paciente con diagnósticos anotados al día de hoy en buenas condiciones, estudios dentro de parámetros de normalidad, se le indica ingresar en 3 días a sala de partos HUV para evaluar estado materno fetal y considerar conducta acerca de finalización del embarazo. Se dan recomendaciones, signos de alarma para consultar por urgencias antes. Plan de manejo: Ingresar a sala de partos HUV el 17/01/19. Firmado por: FEDERICO CARDONA BETANCOURT, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Registro 6301090-10, CC 75103579"

El 16 de enero de 2020, la paciente acudió a urgencias del Hospital Carlos Holmes Trujillo, con 40.3 semanas de gestación, debido a un cuadro clínico de una hora de evolución, consistente en la salida de un líquido escaso que mojó su ropa interior, sin otros síntomas relevantes como dolor pélvico, contracciones, amniorrea, o genitorragia. Se realizó un examen físico que evidenció la salida de un tapón mucoso, sin amniorrea ni genitorragia. Se le indicó que, si no entraba en trabajo de parto natural antes del 20 de enero de 2020, debería presentarse para la inducción del parto.

"PACIENTE DE G1P0 EN GESTACION DE 40.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA TEMPRANA DEL 29/05/2019 QUE REPORTA DE 7.2 SEMANAS. QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SALIDA DE LIQUIDO ESCASO QUE MOJA EL PANTY, NIEGA DOLOR EN REGION PELVICA TIPO CONTRACCION, NIEGA AMNIORREA O GENITORRAGIA, NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS, PERCIBE MOVIMIENTO FETAL. NO TIENE ORDEN DE ATENCION DEL PARTO. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIO SALIDA DE TAPON MUCOSO, NO AMNIORREA NI GENITORRAGIA. PACIENTE QUIEN CURSA CON PREPARTO, SE DECIDE DAR ORDEN DE PARTO PARA NIVEL I, SI EL 20/ENERO/2020 NO HA TENIDO SU TRABAJO DE PARTO DE FORMA NATURAL DEBERA PRESENTARSE AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PARA INDUCCION DEL

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TRABAJO DE PARTO PUES EPS MEDIMAS NO TIENE CONVENIO CON NIVEL II."

Para las 13:40 pm se realizó remisión para el Hospital Universitario del Valle para su atención de parto y siendo las 13.42 se da egreso con recomendaciones, signos de alarma y educación correspondiente a su estado de salud y el curso de su gestión.

INGRESO AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE: El 17 de enero de 2020, Mónica Niño ingresó al servicio de admisión y salas de parto del HUV a las 07:43 a.m. En ese momento, se encontraba hemodinámicamente estable, sin signos de dificultad respiratoria, con cambios cervicales incipientes y actividad uterina irregular. Se decidió un manejo ambulatorio, con la instrucción de reconsultar si se presentaban síntomas adicionales.

"Paciente 37 años G1P0, con embarazo actual de 40 semanas por FUM del 12/04/2019 acorde con ecografía temprana, con ARO por ser edad materna. En el momento hemodinámicamente estable sin signos de dificultad respiratoria con cambios cervicales incipientes con actividad uterina irregular, PNS reactiva. se considera por lo anterior manejo ambulatorio se indica si hay incremento de síntomas reconsultar, se dan recomendaciones médicas y signos de alarma. Se explica conducta a la paciente quien refiere entender y aceptar. DX: 1. G1P0 2. Embarazo actual de 40 semanas por FUM del 12/04/2019 3. FUVCARO-Edad materna avanzada- Toxosusceptible. Plan de manejo: - Egreso- Se dan recomendaciones y se explican signos de alarma para reconsultar por urgencias Observaciones: egreso. Firmado por: PAOLA ANDREA TABARES ROMERO, Residente de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Registro 1144060245, CC 1144060245".

Valoración realizada por residente de Ginecología y Ginecóloga, quien reporta *"En el momento hemodinámicamente estable sin signos de dificultad respiratorio con cambios cervicales incipientes, con actividad uterina irregular, PNS reactiva, se considera por lo anterior manejo ambulatorio si hay incremento de síntomas reconsultar, se dan recomendaciones médicas y signos de alarma. Se explica conducta a la paciente quien refiere entender y aceptar"*.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIONES POSTERIORES: El 18 de enero de 2020, la paciente regresó al Hospital Carlos Holmes Trujillo reportando contracciones, ingresa siendo las 09:51 a.m. Se realizaron pruebas de bienestar fetal y se encontró una dinámica uterina presente, con una dilatación cervical de 3 cm y el cuello uterino blando y posterior.

Siendo las 11.38 a.m. es valorada por el Ginecólogo Gustavo Perdomo quien estableció *"PACIENTE DE 37 AÑOS, CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONSULTA POR DINAMICA UTERINA SIN PERDIDAS VAGINALES, AL EXAMEN FISICO DE CONTROL SIN CAMBIOS CERVICALES, TV CERVIX POSTERIOR, BLANDO, ABIERTO, DILATACION DE 3CM, BTO 70%, E-2, MEMBRANAS INTEGRAS. PACIENTE EN EL MOMENTO EN PREPARTO, CON MONITORIA FETAL REACTIVA CON DINAMICA UTERINA PRESENTES 1X10X30, SE INDICA DEAMBULACION INTRAHOSPITALARIA POR 3 HORAS Y REVALORAR, SE LE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR."*

Se indicó deambulación intrahospitalaria y se procedió a una nueva valoración a las 14:24 p.m., donde se constató una dilatación de 4-5 cm y borramiento del 70%.

Siendo las 14:24 p.m. es revalorada médicamente y se procede a consignar los siguientes hallazgos: *"AL TACTO VAGINAL DILATACION DE 4-5 CMS BORRADO*

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

70% ESTACION -1, CEFALICO, MEMBRANAS INTEGRAS. SE DECIDE DEJA EN TRABAJO DE PARTO PARA EVOLUCION, SS PARACLINICOS Y PRUEBAS RAPIDAS. PLAN OBSERVACION TRABAJO DE PARTO TAPON VENOSO CONTROL DE SIGNOS VITALES. SS CH PRUEBAS RAPIDAS. AVISAR CAMBIOS."

Por parte de enfermería se realiza firma de consentimiento informado, para los procesos, procedimientos y manejos indicados por la parte médica, se realizan pruebas de laboratorio según protocolo guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio vigente para la fecha.

A las 16:30 p.m. después de cumplir con los ordenamientos médicos se revalora con paraclínicos y monitoreo fetal y se reporta para ello paraclínicos dentro de rangos normales, monitoreo fetal reactivo.

A las 17:57 pm. Se revalora medicamente consignando la siguiente nota: *"DX 1. G1P0 2. GESTACION DE 40.5 SS POR ECO 3. FUV 4. T DE PARTO FASE ACTIVA. PACIENT CON DOLOR TIPO CONTRACCION DE FROMA REGULAR. MOV FETALES PRESENTES EX FISICO TA 110/70 FC 78 LPM FCF POR DOPLER 144 X MIN UTERO SE PALPA REACTIVO 3X10X30 SEGUNDOS BUENA INTENSIDAD AL TACTO VAGINAL DILATACION DE 5 CMS BORRADO UN 80% ESTACION -1. MEMBRANAS INTEGRAS. SE CONTINUA EVOLUCION ESPONTANEA DEL TRABAJO DE PARTO."*

Durante la vigilancia en la sala de partos, se realizaron varias evaluaciones de la paciente y monitoreos fetales, los cuales se mantuvieron en categoría 1 y dentro de parámetros normales. Sin embargo, la progresión del trabajo de parto fue lenta, lo que llevó a la ruptura artificial de membranas a las 02:30 a.m. del 19 de enero de 2020.

Se continua vigilancia de trabajo de parto y se vuelve a consignar nota retrospectiva siendo las 02:30 a.m. del día 19 de enero de 2020, que indica el siguiente examen físico: *"EXAMEN FISICO TA: MMHG FC: LPM FR:18RPM SO2:98% T:36.3°C ABDOMEN: FCF: 146LPM. ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE. G/U: RAM A LAS 02+30 HORAS. TV: DILATACION 5CM, BORRAMIENTO 70%, E-2, MEMBRANAS ROTAS CON LIQUIDO CLARO, NO FETIDO. MONITORIA FETAL INTRAPARTO DE LAS 02+29: CATEGORIA I CON 2 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS DE BUENA INTENSIDAD."* Seguidamente indica el análisis así: *"A/P: PACIENTE DE 37 AÑOS, PRIMIGESTANTE A TERMINO EN TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA. AL MOMENTO SIN PROGRESION EN LA DILATACION POR LO QUE SE DECIDE A LAS 02+20 HORAS REALIZAR RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS, POSTERIOR A ESTO SE TOMA MONITORIA FETAL LA CUAL ES CATEGORIA I CON APROXIMADAMENTE 100U DE MONTEVIDEO POR LO QUE SE CONSIDERAN EFECTIVAS PARA EL PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO. SE DEJA EN VIGILANCIA 2 HORAS, SI NO CONTINUA EL PROGRESO DE LA DILATACION SE REMITIRA A NIVEL SUPERIOR."*

Siendo las 05:44 a.m. hay nota retrospectiva de las 05:30 a.m. que indica *"A/P: PACIENTE DE 37 AÑOS, PRIMIGESTANTE A TERMINO EN TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA. AL MOMENTO SIN PROGRESION EN LA DILATACION POR LO QUE SE DECIDE A LAS 02+20 HORAS REALIZAR RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS, POSTERIOR A ESTO SE TOMA MONITORIA FETAL LA CUAL ES CATEGORIA I CON APROXIMADAMENTE 100U DE MONTEVIDEO POR LO QUE SE CONSIDERAN EFECTIVAS PARA EL PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO. SIENDO LAS 05+30 HORAS Y NO PRESENTA AUN CAMBIOS CERVICALES IMPORTANTES, SE*

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CONSIDERA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO ESTACIONADO POR LO QUE SE REMITE A NIVEL SUPERIOR Se documenta la remisión.

Se revalora medicamente a las 07:42 a.m. donde se consigna en la parte de su examen físico lo siguiente: "ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, LUCE ALGIDA, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE, SIN SIGNOS DE SIRS ACTIVO EXAMEN FISICO ABDOMEN: FCF: 141 LPM. ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE REGULAR DE BUENA INTESIDAD G/U: RAM A LAS 02+30 HORAS. TV: DILATAION 8CM, BORRAMIENTO 90%, E-1, MEMBRANAS ROTAS CON LIQUIDO CLARO, NO FETIDO." Y su análisis: "A/P: PACIENTE DE 37 AÑOS, PRIMIGESTANTE A TERMINO QUIEN SE ENCUENTRA EN TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA, VALORADA POR GINECOLOGO DE TURNO DR GUSTAVO PERDOMO, QUIEN ENCUENTRA CON PROGRESION DEL TRABAJO DE PARTO 8CM, BTO 90%, E-1, MEMBRANAS ROTA LIQUIDO CLARO, FCF 141 LPM Y DINAMICA UTERINA REGULAR, POR LO CUAL SUSPENDE REMISION A NIVEL SUPERIOR POR PROGRESION SATISFACTORIA DEL TRABAJO DE PARTO, ADEMAS SOLICITA MONITORIA FETAL INTRAPARTO. PACIENTE ANSIOSA, NO SIGUE INDICACIONES DE RESPIRACIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, SE LE EXPLICA IMPORTANCIA DE ESTO Y SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO CONSTANTE, SE CONTINUA VIGILACIA CLINICA MATERNO -FETAL ESTRICTA."

Siendo las 08: 32 a.m. se registra el siguiente reporte de monitoria fetal intraparto: "- NUMERO DE INFORME: 240 -FECHA: 19/ENE/2020 -HORA: 07:39-08:12- DIAGNOSTICO: G1P0, EMB 40,5 SEM-CONTRACTILIDAD UTERINA: 3X10'X60" BUENA INTENSIDAD-LINEA DE BASE: 130 L.P.M -VARIABILIDAD: MODERADA- ACELERACIONES: PRESENTES -MAXIMA ACELERACION: 170 L.P.M - DESACELERACIONES: UNA VARIABLE IA-OBSERVACIONES: PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO, D: 10 CM-INTERPRETACION: CATEGORIA I"

A las 08:40 es revalorada medicamente donde se consigna el siguiente examen físico y análisis plan: "ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, LUCE ALGIDA, ANSIOSA, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE, SIN SIGNOS DE SIRS ACTIVO EXAMEN FISICO ABDOMEN: FCF: 140 LPM. ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE REGULAR DE BUENA INTESIDAD G/U: RAM A LAS 02+30 HORAS. TV: DILATAION 10CM, BORRAMIENTO 100%, E0, MEMBRANAS ROTAS CON LIQUIDO CLARO, NO FETIDO." (...) "A/P: PACIENTE DE 37 AÑOS, PRIMIGESTANTE A TERMINO QUIEN SE ENCUENTRA EN TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA, INICIAMENTE CON TRABAJO DE PARTO ESTACIONARIO POR LO CUAL SE INICIO TRAMITES DE REMISION, VALORADA POR GINECOLOGO DE TURNO DR GUSTAVO PERDOMO, QUIEN ENCUENTRA CON PROGRESION SATISFACTORIA DEL TRABAJO DE PARTO Y SUSPENDE REMISION, EN EL MOMENTO TRABAJO DE PARTO SATISFACTORIO DILATACION DE 10CM, BTO 100%, E0 MEMBRANAS ROTA LIQUIDO CLARO, MONITORIA FETAL CONTROL INTRAPARTO CATGEORIA I, SE CONTINUA VIGILACIA MATERNO FETAL-ESTRICTA "

A las 08:56 se encuentra nota de ginecología que indica: "A/P: PACIENTE G1PO EN TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA, SE DIO ORDEN DE REMISION A LA PACIENTE POR PARTO ESTACIONARIO, REFIERE QUE D 5CM DESDE LA NOCHE A PESAR DE RUPTURA DE MEMBRNAS EN LA MADRUGADA. A LAS 07+15HR ENCUENTRO PACIENTE EN 8CM DE DILATACION ASCOADIO A ADECUADO CONTRACTILIDAD UTERINA. POR LO CUAL SUSPENDE ORDEN DE REMISION DE PARTO DEL TRABAJO DE PARTO, AHORA PACIENTE DE DILATACION Y BORRAMIENTO COMPLETO, CON PUJO MATERNO Y DESESCESO DE LA PRESENTACION, SE DECIDE TRANSLADO A SALA DE PARTO PARA ATENCION DE ESTE."

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

La historia clínica indica una ausencia de notas ya que el personal se encontraba en atención materna y del recién nacido.

Siendo las 13.44 p.m. se observa nota de parto y recién nacido que indica: "PACIENTE VALORADA POR EL DR GUSTAVO PERDOMO CON DILATACION Y BORRAMIENTO COMPLETO POR LO CUAL SE TRASLADA A SALA DE ATENCION DEL PARTO A LAS 09+00 HRS, SE COLOCA EN POSICION DE LITOTOMIA, PREVIA SEPSIA Y ANTISEPSIA CON SOLUCION YODADA Y COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES, SE DIRIGE PUJO MATERNO EL CUAL ES INADECUADO, SE INSISTE DE MANERA REINTERADANDO RECOMENDACIONES DE PUJO Y RESPIRACION ADECUADA PARA UN BUEN TRABAJO DE PARTO, LAS CUALES CONTINUAN SIENDO INEFICIENTES PARA EL PARTO, SE REALIZA EPISIOTOMIA MEDIA LATERAL DERECHA, SE PROTEGE PERINE. PACIENTE SIN PUJO ADECUADO POR LO CUAL SE REALIZA MANIOBRA DE MC ROBERTS, Y PRESION SUPRA ABDOMINAL POR AUSENCIA DE PUJO PARA LOGRAR NACIMIENTO, PACIENTE ANSIOSA EL DR GUSTAVO PERDOMO REALIZA CATECTERIMOS VESICAL SALIENDO 200 CC DE ORINA, PACIENTE POCO COLABORADORA, NO SIGUE INDICACIONES MEDICAS, NI DE PUJO ADECUADO. EL DIA 19/01/2020 A LAS 09+30 HORAS SE OBTIENE RECIEN NACIDO EN CEFALICA, SIN CIRCULAR DE CORDON DE SEXO MASCULINO, DEPRIMIDO, FLACIDO, SE PINZA Y CORTA CORDON UMBILICAL DE FORMA INMEDIATA, GINECOLOGO DE TURNO DR GUSTAVO PERDOMO TRASLADA A MESA DE CALOR Y SE INICIAN MANOBRAS DE REANIMACION INMEDIATA CON VPP AMBU + COMPRESIONES TORACICAS. SE SOLICITA APOYO DE MEDICO DE TRAUMA DR CARLOS VARGAS QUE APOYA DE MANERA OPORTUNA, REALIZADO DOS INTENTOS PARA INTUBACION, SEGUNDO INTENTO CON TUBO UBICADO ADECUADAMENTE, LOGRANDO VIA PERMEABLE, APGAR: 3 AL MINT, 4 A LOS 5 MINT Y 6 A LOS 10 MINT, DR GUSTAVO PERDOMO CONTINUA ATENCION MATERNA REALIZA ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO CON OXITOCINA 10 UI EV CON EL DESPRENDIMIENTO DEL HOMBRO ANTERIOR, SE OBTIENE PLACENTA TIPO SCHULTZE COMPLETA A LOS 15 MINUTOS, SE REALIZA MASAJE UTERINO BIMANUAL CON SALIDA MODERADA DE COAGULOS, POR LO CUAL ORDENA AMP DE METHERGYN SE TOMA TA 119/68 MMHG. REvisa canal del parto paciente presenta DESGARRO GRADO II, SE INFILTRA CON LIDOCAINA SIN EPINEFRINA Y SE SUTURA CON CATGUH 2.0, SE SUTURA DESGARRO Y SE CORRIGE EPISIORRAFIA, SE LOGRA HEMOSTASIA TOTAL. SE DEJA UTERO TONICO INVOLUCIONADO, NO SANGRADO ACTIVO. NO COMPLICACIONES. SE TRASLADA LA MADRE A SALA DE RECUPERACION PUERPERIO"

CONCLUSION DEL CASO:

REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

- **Monitoreo Fetal:** Durante el trabajo de parto, se realizó un monitoreo fetal continuo, evidenciando patrones normales de frecuencia cardíaca fetal (FCF) sin desaceleraciones prolongadas ni bradicardias sostenidas. Las trazas del monitoreo sugieren una adecuada oxigenación fetal durante todo el proceso de trabajo de parto.
- **Intervenciones Médicas:** No se evidenció la necesidad de intervenciones durante el trabajo de parto para corregir posibles situaciones de sufrimiento fetal, lo que indica un curso de trabajo de parto normal y sin complicaciones significativas. Sin embargo, se documenta que se requirieron maniobras durante el periodo expulsivo debido a la falta de cooperación de la paciente.

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

- **Duración del Trabajo de Parto:** La duración del trabajo de parto es un aspecto variable que depende de múltiples factores, incluyendo la paridad, el estado cervical, y la respuesta del útero a las contracciones. No existe un tiempo estándar que, por sí solo, determine una complicación o un desenlace adverso. En este caso, el trabajo de parto se desarrolló dentro de los límites aceptables
- , sin evidencias de sufrimiento fetal agudo ni indicaciones de hipoxia intraparto. La evolución del proceso fue adecuadamente monitoreada y no se detectaron signos que ameritaran una intervención más temprana o distinta.

EVALUACION DEL DAÑO NEUROLOGICO:

Dado que este concepto se emite desde la perspectiva obstétrica, la evaluación se enfoca en los aspectos relacionados con el trabajo de parto y no aborda en profundidad la valoración pediátrica del daño neurológico. El diagnóstico de parálisis cerebral infantil en el menor tiene una etiología multifactorial, y no se identifican en la historia clínica evidencias que sugieran la presencia de hipoxia fetal intraparto como un factor causal determinante de esta condición. Sin embargo, se deben considerar otros factores de riesgo presentes durante el embarazo, como la anemia de la madre, la edad materna avanzada, la primigestación y la toxosusceptibilidad (Infección materna), que pudieron haber contribuido al desarrollo de la parálisis cerebral.

PROCEDIMIENTO DE AMNIOTOMÍA:

La ruptura artificial de membranas, conocida como amniotomía, es un procedimiento obstétrico habitual que se emplea para acelerar el progreso del trabajo de parto, especialmente cuando se observa una detención en la dilatación cervical o en el descenso fetal. En este caso, la amniotomía fue indicada de manera adecuada para mejorar el progreso del trabajo de parto y no existe evidencia que sugiera que esta intervención haya sido perjudicial.

La amniotomía contribuye a intensificar las contracciones uterinas, facilitando así la dilatación cervical y mejorando la progresión del parto. En el caso particular evaluado, la amniotomía fue realizada de manera oportuna y correcta, lo que permitió que el trabajo de parto continuara de manera adecuada, sin evidencia de complicaciones derivadas de este procedimiento.

PROLAPSO DEL CORDÓN UMBILICAL:

El prolapso de cordón umbilical es una emergencia obstétrica que puede ocurrir de manera impredecible y no está necesariamente relacionado con la práctica de la amniotomía. En este caso, no existe documentación en la historia clínica que sugiera la ocurrencia de un prolapso de cordón manifiesto y no manifiesto durante el trabajo de parto. Además, el monitoreo fetal continuo no reveló signos de sufrimiento fetal agudo que pudieran estar asociados a esta complicación, descartando así su relevancia en el desarrollo del cuadro clínico presentado.

Diagnóstico de Hipoxia Perinatal y Encefalopatía Hipóxica Isquémica: La hipoxia perinatal y la encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) son condiciones que pueden resultar de una variedad de causas, pero en este caso, no se observan evidencias en la historia clínica que sugieran que estas condiciones fueron consecuencia de la ruptura artificial de

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

membranas. La amniotomía, cuando está indicada y realizada correctamente, no aumenta el riesgo de hipoxia fetal. Durante el trabajo de parto, no se documentaron signos de hipoxia intraparto que pudieran haber llevado a una EHI. Los monitoreos fetales realizados no indicaron patrones que sugieran una alteración en el bienestar fetal atribuible a la intervención, lo cual desvirtúa la asociación directa entre la amniotomía y el diagnóstico de hipoxia perinatal en este caso.

Tras un análisis exhaustivo de la historia clínica, monitoreo fetal, y vigilancia médica en el trabajo de parto se concluye que no se presentaron signos de hipoxia fetal durante el trabajo de parto. Por lo tanto, se descarta que el daño neurológico presentado por el menor esté relacionado con un evento de sufrimiento fetal agudo durante el proceso de trabajo de parto y nacimiento. Las evidencias disponibles sugieren que las complicaciones neurológicas del menor tienen un origen distinto, probablemente relacionado con factores prenatales o perinatales no asociados a hipoxia intraparto.

RESPUESTAS A LOS CUESTIONAMIENTOS DEL PERITAJE

- 1. Con base en las condiciones obstétricas de la señora Mónica Pilar Niño (núlpara), ¿Se puede afirmar que las fases del trabajo de parto se desarrollaron dentro de los tiempos y términos recomendados por la práctica médica y las guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio vigentes a la fecha de los hechos?**

R/ Sí, las fases del trabajo de parto de la señora Mónica Pilar Niño fueron monitoreadas y manejadas de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes. Se realizaron intervenciones adecuadas, como la amniotomía, cuando se detectó una detención en la progresión, siguiendo con las recomendaciones médicas y protocolos a la fecha de los hechos.

- 2. En el contexto de la atención obstétrica brindada durante el trabajo de parto, ¿Se puede establecer una relación causal entre la duración y manejo del parto y el diagnóstico de parálisis cerebral infantil en el recién nacido?**

R/ No es posible establecer una relación causal directa entre la duración y manejo del trabajo de parto y el diagnóstico de parálisis cerebral infantil. Los registros clínicos muestran un adecuado bienestar fetal durante todo el proceso, sin eventos críticos que causen hipoxia que suelen estar asociados con esta condición.

- 3. Con base en los registros clínicos y los procedimientos realizados determinar ¿La atención brindada durante el trabajo de parto de la señora Mónica Pilar Niño fue un factor determinante en la aparición de la patología observada en el recién nacido?**

R/ No. La parálisis cerebral es una condición multicausal. Factores como la anemia crónica materna, toxosusceptibilidad, edad materna, y control prenatal insuficiente pueden haber contribuido a la condición del recién nacido. La atención brindada durante el trabajo de parto fue adecuada y no se considera un factor determinante exclusivo en la patología observada.

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Se reconoce que esta afección puede desarrollarse en diferentes momentos a lo largo del desarrollo del niño. Desde la concepción hasta dos años después del nacimiento

- 4. En el manejo obstétrico del trabajo de parto, ¿La amniotomía (ruptura artificial de membranas) está recomendada como una medida eficaz para el manejo de alteraciones durante el trabajo de parto?**

R/ Sí, la amniotomía es una intervención eficaz en ciertos contextos clínicos. En este caso, fue una medida adecuada para reactivar el trabajo de parto, facilitando su progreso de manera segura y conforme a las guías de práctica clínica.

- 5. Considerando las condiciones específicas del caso, ¿Existía indicación médica para la realización de una amniotomía en la señora Mónica Pilar Niño Camelo?**

R/ Sí, la detención del progreso del trabajo de parto en la señora Mónica Pilar Niño justificó la realización de una amniotomía. Esta intervención fue apropiada y se ajustó a las guías de práctica clínica para optimizar el curso del trabajo de parto.

- 6. Desde el punto de vista médico y basándose en la historia clínica, ¿Es posible establecer una relación causal entre la ruptura artificial de membranas y los diagnósticos de hipoxia perinatal y encefalopatía hipóxica isquémica en el recién nacido?**

R/ No existe evidencia que relacione la amniotomía con hipoxia perinatal o encefalopatía hipóxica isquémica. Los registros clínicos no muestran signos de compromiso fetal inmediato tras el procedimiento.

- 7. En términos de competencias profesionales, ¿Un médico general está adecuadamente capacitado para realizar una ruptura artificial de membranas (amniotomía)?**

R/ Sí, un médico general con formación y experiencia en obstetricia está capacitado para realizar una amniotomía de manera segura.

- 8. A partir del análisis de la historia clínica, ¿Ocurrió un prolapso de cordón umbilical durante el trabajo de parto?**

R/ No ocurrió un prolapso de cordón umbilical durante el trabajo de parto. Los registros clínicos no muestran signos de sufrimiento fetal que podrían indicar esta condición.

- 9. Conforme a los registros documentados en la historia clínica, ¿El Hospital Carlos Holmes Trujillo contaba con el personal médico y auxiliar necesario y con la idoneidad requerida para la atención del trabajo de parto de la señora Mónica Pilar Niño?**

R/ Sí, el hospital contaba con el personal médico-asistencial necesario y competente para la atención del trabajo de parto de la señora Mónica Pilar Niño, cumpliendo con los estándares y protocolos requeridos.

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

10. ¿Existen factores de riesgo obstétricos documentados en la historia clínica, tanto maternos como fetales, que pudieran haber contribuido a la asfixia perinatal y, subsecuentemente, al desarrollo de la parálisis cerebral infantil en el recién nacido?

R/ Sí, la historia clínica permite identificar factores de riesgo como son infecciones maternas (toxosusceptibilidad) y anemia crónica, además de factores inherentes a la paciente como son su edad avanzada y su primera gestación.

11. ¿Se puede considerar que la limitada o nula participación de la señora Mónica Pilar Niño Camelo pudo haber influido negativamente en el desarrollo del trabajo de parto y/o en las complicaciones observadas?

R/ Sí, la participación activa de la señora Mónica Pilar Niño Camelo durante el trabajo de parto podría haber tenido un impacto positivo en el desarrollo del mismo, ya que la colaboración de la paciente contribuye al bienestar general y puede reducir riesgos. Sin embargo, para evaluar si su limitada o nula participación influyó negativamente, es necesario considerar otros factores médicos y clínicos presentes para entender todas las variables que pudieron afectar el resultado.

12. ¿Qué otros factores de riesgo asociados con la parálisis cerebral infantil pueden identificarse en la historia clínica revisada?

R/ En la historia clínica revisada se identifican varios factores de riesgo asociados con la parálisis cerebral infantil:

1. **Anemia crónica:** Puede haber comprometido la oxigenación fetal, aumentando el riesgo de complicaciones.
2. **Toxosusceptibilidad:** La susceptibilidad a toxoplasmosis materna podría haber afectado la salud fetal.
3. **Primigestante:** Ser primeriza puede estar relacionado con un mayor riesgo de complicaciones.
4. **Edad materna:** La edad avanzada es un factor de riesgo que puede influir en el desarrollo fetal.

Estos factores deben analizarse en conjunto para entender su posible contribución a la parálisis cerebral infantil.

13. ¿Es posible que un prolapso de cordón umbilical hubiera permitido que la paciente alcanzara una dilatación completa de 10 centímetros mientras mantenía una frecuencia cardíaca fetal normal?

R/ No es posible que un prolapso de cordón umbilical permita alcanzar una dilatación completa de 10 centímetros mientras se mantiene una frecuencia cardíaca fetal normal. El prolapso compromete la oxigenación fetal, lo que generalmente se refleja en bradicardia o desaceleraciones. La ausencia de estos signos sugiere que no hubo prolapso de cordón durante el parto.

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

14. ¿Presentaba la paciente, al momento de su ingreso al Hospital Carlos Holmes Trujillo, alguna condición clínica que justificara su remisión a un nivel superior de atención?

R/ Al momento de su ingreso al Hospital Carlos Holmes Trujillo, la paciente no presentaba ninguna condición clínica que requiriera su remisión a un nivel superior de atención.

BIBLIOGRAFIA:

ANEXO 1- Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. (2013). *Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: Guías No. 11-15*. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETS). ISBN: 978-958-57937-4-3. Bogotá, Colombia. Enlace <https://drive.google.com/file/d/1fgOedCcwEeGZIoCdDiFqb3ndNQwivsG/view?usp=sharing>

ANEXO 2- Macones, G., Berghella, V. (Ed.), & Barss, V. A. (Adj. Ed.). (2024). *Intrapartum fetal heart rate tracings: Category I, II, and III management*. UpToDate, Inc. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/intrapartum-category-i-ii-and-iii-fetal-heart-rate-tracings-management?source=history> (Enlace en inglés y se adjunta traducción al español realizada con Google Translate en el siguiente enlace <https://drive.google.com/file/d/1ThD4HQ2ZxzzgB6hYPuxCspRTjzkmMqtQ/view?usp=sharing>)

ANEXO 3- Barkoudah, E., Aravamuthan, B., & Tilton, A. (2024). *Cerebral palsy: Epidemiology, etiology, and prevention*. UpToDate, Inc. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/cerebral-palsy-epidemiology-etiology-and-prevention?source=history> (Enlace en inglés y se adjunta traducción al español realizada con Google Translate en el siguiente enlace <https://drive.google.com/file/d/1xrJS7iQBql2ne-gAN6O0uVTJKMIV6EXt/view?usp=sharing>)

ANEXO 4- Satin, A. J., Uribe, K. A., & Berghella, V. (2024). *Labor: Overview of normal and abnormal progression*. UpToDate, Inc. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/labor-overview-of-normal-and-abnormal-progression?source=history> [(Enlace en inglés y se adjunta traducción al español realizada con Google Translate en el siguiente enlace <https://drive.google.com/file/d/1QGYjzLuOTrWoFiA7adz-TglxDjyw4Usr/view?usp=sharing>)

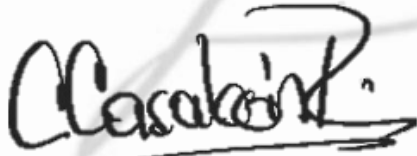
ANEXO 5- Bush, M., Eddleman, K., & Belogolovkin, V. (2024). *Prolapso del cordón umbilical*. UpToDate, Inc. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/umbilical-cord-prolapse?source=history> (Enlace en inglés y se adjunta traducción al español realizada con Google Translate en el siguiente enlace <https://drive.google.com/file/d/1glxSZF-umgqJCfHJaaRElpnSP2Vtnyy/view?usp=sharing>)

Carlos A. Casabón Rodríguez

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ANEXO 6- Funai, E. F., Norwitz, E. R., & Prabhu, M. (2024). *Trabajo de parto y parto: manejo de la primera etapa normal.* UpToDate, Inc. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/labor-diagnosis-and-management-of-an-abnormal-first-stage?source=history> (Enlace en inglés y se adjunta traducción al español realizada con Google Translate en el siguiente enlace https://drive.google.com/file/d/1PYgs55ORIFc9EzI0F1ATvKd6_BESrXcY/view?usp=sharing)

Atentamente,



CARLOS ALBERTO CASABÓN RODRIGUEZ

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

REGISTRO MEDICO No 521921/2005