

**DESARROLLO AUDIENCIA ART. 373 CGP ANDREA FORERO VS COLSANITAS Y LA EQUIDAD
SEGUROS GENERALES**

INICIA A LAS 10:15 A.M.- TERMINA A LAS 11:40 A.M.

COMPARECENCIA

Reconocen como apoderado sustituto a Daniel Lozano Villota.

PRÁCTICA DE PRUEBAS

Dr. Herson y Dr. Reboledo se encuentran atendiendo una auditoria de la Supersalud, situación por la que se recibirá el testimonio de ellos en fecha posterior que señalará el juzgado.

TESTIMONIO DRA. JULIETH

Es ginecóloga y trabaja actualmente en la parte de obstetricia y en cirugía ginecológica.

Para la época de los hechos trabajaba en clínica Colombia y atiende a la paciente aproximadamente a las 9:00 a.m., cuando la atiende verifica sangrado rojo rotilante, por lo que se decide cesárea de emergencia tipo 1 por sospecha de abrupción de placenta. Durante la realización de la cesárea se ve abrupción del 80% de la placenta.

Se activa código rojo por sangrado intraoperatorio, se da carpetosina. Se llama al segundo ginecólogo que era el Dr. Durán que la acompañó en la cirugía. Se verifica útero de cuvalier lo que impide la conservación uterina y se realiza la histerectomía.

La paciente estaba hospitalizada desde antes.

La HC de ingreso se verifica elevación de cifras tensionales por lo que se ingresa como transtorno hipertensivo. Se considera parto de alto riesgo y prematuro.

A una persona con estas circunstancias se hacen exámenes de hígados y riñón, se le hizo monitorización feta por la unidad materno fetal.

Las pacientes de alto riesgo tienen un área especial donde se las monitoriza por enfermería y también se monitoriza al feto. Se debe tener en cuenta que la unidad materno fetal no está atendiendo 24 horas.

La realización de la cesárea depende de si al momento de llegar tenía una urgencia, pero llegó estable con una situación que merecía su estudio y ya en su estadía cambiaron las cosas.

Se le aplicó un corticoide para maduración fetal que se usa con pacientes de riesgo alto de que el bebé pueda nacer dentro de los 7 días.

Un embarazo de 35 semanas conforme a ecografía y última menstruación, esto se considera prematuro porque debería ser mayor o igual a 37 semanas.

Puede existir la hipertonía uterina que es una contracción sostenida del útero, lo que va asociado a un sangrado muy particular para sospechar que hay desprendimiento de placenta, y a veces se asocia a disminución en frecuencia fetal o alteraciones en trazado de monitoría.

El 6 de diciembre la paciente tenía una posible amenaza de parto prematuro por alteraciones en monitoria fetal y un cuello corto. Ingresó con trastorno hipertensivo.

El sangrado de las características mencionadas fue a eso de las 9:00 a.m., antes de eso el manchado era el mismo del ingreso.

Mujeres en embarazo con presión igual o mayor a 140/90 se considera trastorno hipertensivo que a su vez tiene una subdivisión a la que corresponde la preclampsia.

El control de la hipertensión depende del caso concreto. Si la presión es de 150/100 se debe hacer un control de presión a cada hora porque los cambios son dinámicos. Si hay un cambio en su sintomatología se valora inmediatamente.

Para el parto prematuro, dependiendo del caso se hacen exámenes infecciosos, verificar el cuello cervical, monitorización fetal.

La unidad materno-fetal tiene los fellow que atienden desde las 6:00 a.m. y durante el día tiene especialistas de alto riesgo y trabajan hasta las 7:00 p.m. porque en la noche quedan ginecólogos de turno.

Conforme la HC de ingreso, queda en observación por un ginecólogo y enfermería.

Ella tenía dos condiciones clínicas: unas que ya de por sí la vuelve un embarazo de alto riesgo y otras que se presentaron en el momento como son la hipertensión, el cuello corto, embarazo con síndrome de Turner, gestante de alto riesgo por la edad, embarazo de 35 semanas siendo prematuro.

TESTIMONIO DR. GERMÁN GARCÍA MOSQUERA

Ya no trabaja con Colsanitas desde diciembre 2022. Es médico especialista en ginecología y obstetricia de la Universidad Nacional desde 2004.

Llegó la paciente a las 9:45 p.m. por un trastorno hipertensivo. Se atendió a la paciente incluso antes de abrir la HC en sistema por la urgencia.

Se determinó también antecedente de restricción de cuello uterino, una situación genética en el feto, hipertiroidismo, una paciente con edad avanzada para el embarazo.

Se pidieron todos los laboratorios relacionados con la preeclampsia, la paciente no presentaba dolor u otros síntomas de trastorno hipertensivo. Los exámenes de preeclampsia no mostraron nada y también había movimientos fetales.

Se usaron todos los métodos de monitorización fetal y se hicieron de forma continua.

Se hizo valoración con especialistas materno-fetales dados los antecedentes de la paciente sin dejar de lado el seguimiento por parte de los ginecólogos y obstetras.

Empezó a presentar sangrado vaginal más o menos a las 7:00 a.m. Le hizo un tacto vaginal en la que se evidencia cuello cerrado y no tiene dolor a la palpación, lo primero da a entender que todavía no estaba en trabajo de parto.

Con una impresión diagnóstica de una abrupción de placenta se hizo paso a cesárea.

El recién nacido tenía bajo peso por su imposibilidad de crecer.

El único hallazgo cuando llegó era la hipertensión. Luego se hicieron los exámenes de urgencias, los medicamentos solo se dan en caso necesario.

Estos exámenes dicen que no existe compromiso renal, hematológico ni otras situaciones que den cuenta de la preeclampsia.

Cuando la vieron no era necesario desembarazarla porque no cumplía criterios como hinchazón, alteración de movimientos fetales, dolor abdominal, presión de 160/110, que los exámenes presenten, etc. Se puede desembarazar de dos formas: de forma emergente o urgente.

A la señora se la pasó de forma emergente, es decir de forma inmediata porque la urgente da un tiempo de espera al menos de una hora.

Se diagnosticó restricción de crecimiento intrauterino y síndrome de turnet que también puede alterar el embarazo. Aparte tenía como factor de riesgo el hipotiroidismo, la edad de 41 años. Desde este punto de vista es difícil determinar el rumbo del embarazo, aún si lo llevaba bien, podía pasar cualquier cosa inmediata.

El problema de la abrupción de placenta es complejo porque no se puede detectar, los exámenes muchas veces fallan, los síntomas no son específicos y dependen de dónde está la placenta (ejemplo si está en la parte de arriba del útero no sangra, pero sentirá un dolor insoportable), se presenta más el dolor que el sangrado pero aun así se presenta en un 60 o 65% de los casos.

Considera que en este caso hubo mucho de “olfato médico”, que es algo que también ayuda a determinar la remisión a cesárea a tiempo y que, en algunos casos, con ello exista un resultado positivo.

No tenía contracciones, sangrado ni otros por lo que no se le hizo una valoración vaginal.

La atención de urgencias se dio porque la tensión arterial estaba por encima de 140/90.

La bebé tuvo frecuencia cardiaca todo el tiempo hasta la cesárea.

El medicamento para la maduración pulmonar siempre se da a las madres con embarazo pretérmino.

En términos generales, es posible un parto natural pese a la existencia de preeclampsia.

Fue él quien ordenó la valoración por unidad maternofetal. Esta funciona de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Él hizo la interpretación de los exámenes que había ordenado, recuerda que esa valoración se hizo antes de entregar turno. Debió ser entre las 6:30 a.m. y 7:00 a.m.

La monitorización de la frecuencia cardiaca fetal fue constante conforme a la historia clínica, aunque esto no siempre es necesario. Sí se requiere en casos de urgencia, que se considere que hay trabajo de parto, preeclampsia severa complicada, ausencia del líquido amniótico.

Si el monitor determina ausencia de frecuencia fetal suena bastante fuerte. Se considera que una frecuencia cardiaca entre 110-160 es normal, pero también es normal que haya fluctuaciones. Lo malo es cuando es por debajo de 110 o no reacciona a los estímulos.

El sangrado que encontró a las 6:30 a.m. era un sangrado rojo y con el cuello cerrado. Puede existir sangrado por muchas razones, pero lo más frecuente es por inicio de trabajo de parto por lo que se hizo valoración genital y se determinó que no estaba en trabajo de parto.

Como el sangrado no era abundante y no había otros síntomas importantes, el tratamiento u observación era expectante.

El trastorno hipertensivo, si se asocia a una preeclampsia que es complicada, puede tener una complicación para el binomio madre-feto, pero si no se da esta asociación, esta hipertensión no necesariamente tiene consecuencias adversas.

La clasificación del trastorno hipertensivo era tipo urgencia hipertensiva.

Dice que no hay exámenes para detectar de forma certera la abrupción de placenta, incluso por la urgencia no dan tiempo como ejemplo, la resonancia magnética. Podría servir una ecografía, pero quitaría tiempo vital. Por eso considera que la mejor forma de darse cuenta es practicando una cesárea.

Considera que el diagnóstico de la abrupción fue algo más clínico, fue más con una sospecha que se confirmó en cesárea.

Considera que no necesitaba un seguimiento tan agresivo porque no había patología diagnosticada. Además, a las 6:23 a.m. tenía tensión 120/60 lo que era una mejoría de tensión, si no hubiera bajado, se consideraría la posibilidad de preeclampsia.

La muerte del bebé por abrupción de la placenta depende del porcentaje de desprendimiento.

La literatura médica no dice el término para practicar cesárea emergente tras la impresión diagnóstica de abrupción, esto lo dicen los protocolos, pero generalmente se realiza en 20 minutos en promedio.

No recuerda cuánto tiempo decía el protocolo de la clínica para hacer la cesárea porque desde que está en Canadá ejerce en audiometría, pero cree que es media hora.

JUEZ:

Colsanitas debe aportar al proceso las actas de la visita de la Supersalud para lo de los testimonios pendientes. El 23 de abril de 2025 a las 9:30 a.m. se practicarán testimonios, alegatos y sentencia.