**CONTINUACIÓN AUDIENCIA ART. 181 DEL CPACA MIGUEL FRANCISCO MIRANDA VS CLÍNICA ZAYMA, ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTROS RAD. 2017-00352**

INICIA A LAS 10:00 A.M

**JUEZ**

Se deja constancia de la no comparecencia del agente del ministerio público.

Clínica Zayma manifiesta que obedeció el requerimiento del Despacho para brindar información de los testigos pendientes de interrogar. Sin embargo, ambos galenos cambiaron sus canales de comunicación debido a que se fueron al extranjero, solo se pudo contactar al Dr. Baloco mas no con el Dr. Sánchez porque tenía programado un viaje para hoy y también trabaja en el extranjero.

Envió los teléfonos de los galenos a la parte demandante y también contactó directamente a los médicos.

El apoderado de la parte demandante dice que no ha recibido los números telefónicos por parte de clínica Zayma.

El juzgado requiere a clínica Zayma para que en el transcurso del día remita al Despacho el contacto del Dr. Sánchez.

Frente a la petición de la parte demandante de imponer las sanciones del artículo 44 del CGP a clínica Zayma, el Juzgado la niega.

**TESTIMONIO OSCAR DAVID BALOCO**

Tiene 40 años y es médico.

Entre el 21 de enero de 2015 y el 21 de enero de 2016 laboraba, entre otros, en clínica Zayma.

Dice que acudió al requerimiento que le hicieron en el hospital, pero no vio a la paciente.

Recuerda que atendió a la paciente en abril de 2015 por una cefalea, en ese momento no estaba embarazada.

Era una cefalea tratada como tipo migraña. Se le hizo manejo del dolor y cuando mejoró se le dio egreso.

Dice que la cefalea no tenía relación con hipertensión porque la presión estaba normal. Tenía antecedentes de hipertensión, pero al momento de la evaluación estaba normotensa. Esa atención fue previa a todo lo sucedido en este proceso.

Para la época de los hechos era médico general y dice que el único antecedente de la paciente en ese entonces era la hipertensión.

**CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL DE LA PARTE DEMANDANTE RENDIDO POR DRA. ISABEL CRISTINA BUSTOS**

Retoma la condición de la salud de la paciente. Igualmente señala la atención del 17 de enero cuyo examen físico da como resultado una fetocardia, sin cambios cervicales, el hemograma y el parcial de orina estaba normal, al igual que el monitoreo fetal que no presentó actividad uterina.

Si bien le dieron nifedipino, este no debió ser indicado pues solo se ordenó por una sospecha, pero no había situaciones médicas que lo ameriten. Se da egreso con diagnóstico de vaginosis. Además, se le ordena medicamentos para maduración pulmonar, aquí se ordenó un medicamento desconociendo que las guías requieren determinados exámenes previos a dicha orden.

Sale hipotensa.

Regresa el 19 de enero por cefalea, con sudoración excesiva, náuseas, mareo, piel fría.

Tiene triage 2, pero dadas sus circunstancias de la paciente se debió calificar como triage 1 pues está taquicárdica, con problemas respiratorios, etc. Así mismo hace referencia a la presión arterial, su dificultad para respirar.

Dice que la cesárea se hace 2 horas después del triage y se verifica la existencia de abrupcio completo de placenta y óbito del feto.

El útero estaba hipotónico, no obstante, no hay estimación del sangrado que era importante hacerse porque así se sabe si es necesario activar código rojo.

En la cesárea no se documentó que se hayan realizado manejos iniciales como masaje uterino, colocación de medicamentos para regulación del sangrado, pero sí se registra una maniobra para el manejo del tono uterino, sin embargo, esta no es la primera opción.

Luego se traslada a UCI hipertensa y con sangrado vaginal abundante, ahí se indica manejos para el control del sangrado, sin embargo, se hizo con misoprostol por debajo de una dosis óptima y con otro medicamento que está contraindicado cuando hay presión arterial alta porque puede empeorar la situación.

No se observa ninguna nueva reintervención para ver por qué la paciente seguía sangrando.

En la madrugada del 20 de enero se registra sangrado de 460 CC que es bastante, pero se limitan a suministrar líquidos.

Dice que es médico y cirujano de la universidad libre, también es ginecóloga y tiene un diplomado en ecografía. Su experiencia laboral es en Bogotá. Ha trabajo en salas de parto y urgencia, hace ecografías con Cafam.

No había presentado anteriormente dictámenes en audiencia.

Dice que la hemorragia obstétrica tiene por causa en este caso el tono del útero y además la paciente era inestable y se consideraba que estaba en shock hipovolémico. Por lo anterior debía activarse código rojo que es cuando el sangrado es mayor a 1000 CC en una cesárea, por lo tanto, se debía usar fármacos en ese momento y no de forma posterior en UCI.

Como segunda opción se debe hacer un majase uterino y como última opción se debe hacer una sutura.

Si el sangrado continuaba, debía hacerse una histerectomía que es retirar el útero.

La consulta del 19 de enero fue por unos síntomas directamente relacionados con preeclampsia severa e incluso con abrupcio de placenta. Es probable que el sangrado reflejado en la necropsia sea aquel no controlado en su estancia posterior a la cesárea.

Cree que hubo un error diagnóstico en el cual el ingreso del 17 de enero no se hizo lo pertinente respecto de ayudas diagnósticas y su tiempo de observación fue muy corto teniendo en cuenta su hipertensión crónica. Además, no se observa en la historia clínica el registro de estudios a pacientes hipertensas crónicas.

El dolor abdominal puede tener múltiples causas y no se registran resultados que den a entender que podía existir un parto pretérmino que fue el manejo que se dio a la paciente.

Todo lo anterior incidió en el desenlace de la paciente.

En consultas a UCI por lo menos se debería anotar una primera y una última ecografía, pero aquí no se registró. Esto no se ve. El nifedipino está contraindicado para paciente con líquidos bajos, y esto solo se sabe con una ecografía.

Si bien el abrupcio puede ser oculto en las primeras etapas, se necesitaban esos exámenes para determinarlo.

En la etapa 0 y 1 del abrupcio puede no generar dolor abdominal, pasar asintomático.

El nifedipino ayuda a controlar contracciones, pero si estas no se presentan, no debería usarse para prever un parto pretérmino, es decir no se debe usar solo por sospecha y siempre debe hospitalizarse para su uso.

Por los antecedentes de la paciente su manejo debía darse de manera intrahospitalaria.

Dice que no es fácil determinar si para el 17 de enero la paciente estaba sufriendo el abrupcio, pues este puede ser agudo, así como presentarse con días de antelación e irse aumentando. Esto se habría determinado con la ecografía.

Si bien la hipertensión es la más relacionada con el abrupcio, alguna literatura también indica que la hipotensión puede tener relación con el abrupcio debido al colapso de los vasos y luego tener un reflejo de hipertensión.

Para las amenazas del embarazo pretérmino el diagnóstico es clínico, es decir con los cambios que se observen en la paciente durante su estancia, o al menos que la monitoria indique contracciones. También se puede hacer una servicometría.

Las amenazas de parto pretérmino siempre se hospitalizan, no se mandan a la casa.

El control de presión arterial debía ser diario, si hay dolor pélvico o sangrado vaginal debía consultar, asistir a urgencias por dolor de cabeza, ausencia de movimientos fetales, presión arterial alta. Todas estas son las recomendaciones que deben quedar registradas para que la paciente acuda nuevamente a la institución de salud.

Dice que para el dictamen revisó la HC de la clínica Zayma y la necropsia.

La paciente tenía preeclampsia severa debido a su nivel de presión arterial, dolor de cabeza, etc.

Paciente como la de este caso pueden desarrollar preeclampsia durante el embarazo por lo que requieren ser tratadas con mayor cuidado, es necesario realizar un ecocardiograma que no se vio en este caso, solo en UCI, al igual que un examen de proteinuria que tampoco se hizo.

El aborto sucedido anteriormente condiciona los riesgos en el siguiente embarazo.

La preeclampsia se presenta desde las 20 semanas de embarazo, antes de eso solo es hipertensión crónica.

La preeclampsia tiene diferentes clasificaciones: pura (solo son tensiones y la proteína en orina está positiva 24 h), el embarazo debe finalizar en la semana 37; si la preeclampsia es severa y en este caso presentó compromiso de órgano blanco y la presión muy alta, sí o sí se debía desembarazar a la paciente, no obstante, algunas preeclampsias severas ceden cuando no hay compromiso de órgano blanco haciendo uso de los medicamentos para las hipertensiones.

Ella tuvo el diagnóstico de preeclampsia el día 19 de enero, no de manera previa porque solo tenía hipertensión crónica.

Dice que la maduración pulmonar no era necesaria porque la paciente no presentó contracciones que es lo que le da el diagnóstico de parto pretérmino, recordando que el medicamento para tal fin no puede usarse de manera profiláctica.

El nifedipino también sirve para controlar la presión y como aparte usaba otra droga para regular la tensión, la paciente se hipotensó.

Considera que si la paciente se hipotensó durante la hospitalización, no debió darle salida el médico tratante o hacerlo con recomendaciones claras pues se va a hipotensar nuevamente la paciente estando en casa.

Los signos de la paciente en cada una de las dos consultas son diferentes. Frente al ingreso del 19 de enero dice que la paciente tenía antecedentes de hipertensión crónica lo que en cualquier momento podía llevar a una preeclampsia. Este antecedente sí estaba presente en la HC del 17 de enero.

El triage sirve para predecir qué tan vital es la atención de un paciente. El triage 2 da más espera que el triage 1. Dice que no hubo error en la clasificación del triage en materia del tiempo de la atención, sino por las condiciones en las que ingresó la paciente.

No es prevenible el abrupcio placentario, pero se puede diagnosticar o se puede saber quién lo puede desarrollar.

El día 17 de enero hubo dolor abdominal, el cual es un síntoma del abrupcio, esto junto con la hipertensión complicó todo y fue lo que causó la consulta del 19 de enero. La existencia de fetocardia no necesariamente refleja la existencia del abrupcio, depende del grado de abrupcio.

Dice que el abrupcio placentario no siempre se presenta de manera súbita.

No hay un protocolo, pero hay un signo de alarma clave consistente en que si el bebé no se siente luego de 3 o 4 horas, la paciente debe acudir al médico.

Reitera que el manejo de la pérdida de sangre en la atención del 19 de enero no fue adecuado porque no hubo una activación de código rojo, además debieron usarse los medicamentos que sí se colocaron, pero de manera tardía y solo en UCI. Si la paciente persistía con el sangrado se debía verificar si el tono seguía bien y si había algo en cavidad abdominal, para esto se debía hacer revisión bajo anestesia.

Dice que no es intensivista sino ginecóloga, pero tiene cierto conocimiento o experiencia en cuidados críticos por los rotes de la especialización.

La transfusión sanguínea no se determina solo por la hemoglobina, sino también por el índice de choque. Dice que el plasma no se mide y dice que las plaquetas no estuvieron en los rangos normales porque estaban por debajo de 100.000.

En cuanto al choque hay diferentes tipos, en el caso de choque hipovolémico depende del nivel de sangrado de la paciente y su estado.

En la HC el choque se clasificó como grave, este fue hipovolémico porque fue la causa de pérdida sanguínea.

Dice que en nota del 19 de enero hay una anotación de choque hipovolémico realizada por parte de UCI.

La HC tiene una anotación del 20 de enero con un diagnóstico de un choque cardiogénico. Dice que en UCI colocaron medicamentos para manejar este choque, no recuerda si se hizo otra cosa diferente a aplicar medicamentos.

La intervención quirúrgica podría generar líquidos en el abdomen, salvo sangre.

La ecografía no puede evitar el abrupcio placentario, pero sí diagnosticarlo.

La ecografía es un estudio de mucha ayuda sobre todo en una paciente de alto riesgo por hipertensión pues permite revisar líquidos, placenta, movimientos fetales.

Para la época estaban vigentes los protocolos de la secretaría de salud, la organización mundial de la salud. No recuerda el protocolo específico vigente para la época de las atenciones.

**JUEZ**

Está pendiente el testimonio del Dr. Juan David Sánchez Navarro.

No obstante lo anterior, la parte demandante desiste de este testimonio, lo cual es aceptado por el Juez.

Sin recursos.

Se declara cerrada la etapa probatoria y corre trasado para alegar de conclusión durante 10 días que cuentan desde el día de mañana.

Termina a las 12:50 p.m.