Outlook

Atendiendo Oficio Nro: 065, RAD 761113333002-2019-00343-00

Desde Roberto Jiménez <sirr.colombia@gmail.com>

Fecha Mié 27/11/2024 3:00 PM

Para Juzgado 02 Administrativo - Valle del Cauca - Guadalajara De Buga <j02adtivobuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC hilberson.cordoba@jurex.com.co <hilberson.cordoba@jurex.com.co>; HRCV juridico <juridico@hospitalrubencruzvelez.gov.co>; Notificaciones Judiciales Medimás <notificacionesjudiciales@medimas.com.co>; jspinillag@medimas.com.co <jspinillag@medimas.com.co>; dsancle <dsancle@emcali.net.co>; Marisol Duque (abogada) <marisolduque@ilexgrupoconsultor.com>; Camila Manrique Notificaciones Abogados <notificaciones@gha.com.co>; Viviana Eugenia Agredo Chicangana <vagredo@procuraduria.gov.co>

3 archivos adjuntos (2 MB)

DICTAMEN POR JUNTA MEDICA CON GINECOBSTETRICIA- MARGARITA ORTIZ CAICEDO.pdf; Oficio 065 761113333002-2019-00343-00.pdf; Memorial aportando Dictamen por Junta Medica con Ginecobstetricia.pdf;

Señor Doctor

JUAN MIGUEL MARTÍNEZ LONDOÑO

Juez Segundo Administrativo del Circuito de Guadalajara de Buga

j02adtivobuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto:	**Atendiendo Oficio Nro: 065**
Medio de control:	Reparación Directa
Radicado:	761113333002-2019-00343-00
Demandante:	Margarita Ortiz Caicedo y otros
Demandado:	E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá; Fundación Hospital San José de Buga; Hospital Rubén Cruz Vélez E.S.E. de Tuluá; MEDIMÁS E.P.S. S.A.S.; La Previsora S.A. Compañía De Seguros; Axa Colpatria Seguros S.A.

ROBERTO ALFONSO JIMÉNEZ OLIVARES, mayor edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali – Valle, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.236.290, abogado titulado, inscrito y en ejercicio de la profesión, portador de la Tarjeta Profesional No. 155.080 del C. S. de la J., obrando como apoderado del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ E.S.E**, por medio del presente escrito procedo conforme se indica en el asunto.

De manera atenta me suscribo ante el Juez,

ROBERTO ALFONSO JIMÉNEZ OLIVARES
Apoderado Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE de Tuluá
C.C. 72.236.290, T.P. 155080 C.S. de la J.

Enviado con Mailsuite · Darse de baja

Señor Doctor

JUAN MIGUEL MARTÍNEZ LONDOÑO

Juez Segundo Administrativo del Circuito de Guadalajara de Buga

j02adtivobuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto:	**Atendiendo Oficio Nro: 065**
Medio de control:	Reparación Directa
Radicado:	761113333002-2019-00343-00
Demandante:	Margarita Ortiz Caicedo y otros
Demandado:	E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá; Fundación Hospital San José de Buga; Hospital Rubén Cruz Vélez E.S.E. de Tuluá; MEDIMÁS E.P.S. S.A.S.; La Previsora S.A. Compañía De Seguros; Axa Colpatria Seguros S.A.

ROBERTO ALFONSO JIMÉNEZ OLIVARES, mayor edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali – Valle, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.236.290, abogado titulado, inscrito y en ejercicio de la profesión, portador de la Tarjeta Profesional No. 155.080 del C. S. de la J., obrando como apoderado del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ E.S.E**, por medio del presente escrito procedo conforme se indica en el asunto.

Mediante Oficio Nro: 065 del ocho (08) agosto de dos mil veinticuatro (2024), previo decreto de pruebas, se recibió oficio así:

> Dando cumplimiento a lo ordenado en la audiencia inicial de fecha 30 de julio de 2024, me permito transcribir lo siguiente:
>
> *"**6.** Decrétese como prueba el dictamen pericial solicitado por la parte demandada ESE Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá con cargo a la misma, para que un perito especialista en Ginecobstetricia lo emita, en contradicción del dictamen pericial de medicina legal y ciencias forenses.*
>
> *Se advierte que dicho peritaje no debe responder el cuestionario que figura en el escrito de contestación de la demanda, comoquiera que dicho dictamen se pidió para controvertir aquel de medicina legal, por ello, deberá contestar el mismo interrogante elevado a medicina legal, de tal suerte pues que el perito gineco – obstetra deberá valorar la historia clínica de la señora Ana Maryury Estrada Ortiz identificada con la C.C. 1.006.491.522, a fin de determinar las causales probables de sufrimiento fetal, la cual originó la aspiración de meconio y posterior fallecimiento del recién nacido Juan Camilo Manrique Estrada."*
>
> **FECHA MÁXIMA PARA ENTREGAR EL DICTAMEN:** dicho dictamen deberá ser allegado por ESE Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá **a más tardar hasta el miércoles 27 de noviembre de 2024.** a través del correo electrónico institucional de este Juzgado: j02adtivobuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

Visto lo que antecede, estamos frente al requerimiento de prueba pericial por Ginecobstetricia según fue decretada. Esto es como medio de contradicción a dictamen de MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Es decir, dependiendo de tal experticia.

Pues bien, revisado el expediente, aún hasta hoy fecha del plazo para incorporar nuestro informe de contradicción no se verifica incorporada una pieza procesal en el expediente digital.

Por el contrario, visitado tanto el expediente SAMAI como la carpeta del Juzgado:

https://etbcsj-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/j02adtivobuga_cendoj_ramajudicial_gov_co/EmL9Uz_C7tJDurOsU8vdikoBrzUKjj6g3wAJ9f0100amlA?e=LTMdDB

Lo que encontramos último es una respuesta de MEDICINA LEGAL requiriendo soportes así:

otras borrosas que igualmente no permiten leer su contenido. Con miras a dar respuesta al requerimiento de la Autoridad, para realizar un análisis completo y objetivo dentro del contexto del caso, que permita establecer las circunstancias de tiempo, modo y lugar de los hechos que se investigan, y de esta manera brindar un adecuado soporte técnico – científico a la administración de justicia, se requiere sea aportado lo siguiente:

1. Copia COMPLETA de la historia clínica del Hospital San José de Buga, relacionada con los hechos que contenga (según la atención médica brindada) nota del ingreso, evoluciones médicas, ordenes médicas, notas de enfermería, procesos quirúrgicos realizados, consentimiento informado para la realización del procedimiento, resultados de laboratorio clínico e imágenes diagnosticas como ecografías, escanografias, rayos X, etc.

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

08/10/2024 16:25 ***Aportamos a la justicia en favor de la vida*** Pag. 1 de 2

Oficio No.: UBCALCA-DSVA-11461-2024

2. Copia de las ecografías realizadas durante toda su gestación.
3. Protocolo o guía de manejo relacionado con la patología que presentaba el paciente, de la entidad de salud que prestó la atención (si la institución de salud cuenta con estos).
4. Protocolo de necropsia o certificado de defunción neonatal.
5. Revisión del caso por Auditoria Médica de la Institución (si se realizó).

Una vez recopilada la documentación anotada anteriormente favor remitirlo, la cual una vez se determine que se cuenta con la documentación completa y los profesionales idóneos para dar curso a su solicitud, se le dará tramite, lo cual se hace en estricto orden de recibo, respetando así las necesidades de los usuarios que anteceden dicho peritaje, de acuerdo con el derecho a turno (Corte Constitucional, Sentencia T-293-2009).

Con gusto, en caso de cualquier inquietud procesal, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, procederá de conformidad a su portafolio de servicios y misión Institucional.

Para lo cual no encontramos gestión alguna de la parte actora o evidencia de impulso de su prueba, no aportándose por tanto la experticia pendiente de contradicción.

Ahora bien, siendo ello así carecería de objeto el pronunciamiento de contradicción ante el abandono de la prueba por los demandantes. Pero, ante el Oficio Nro: 065 y conociendo que estaba pendiente el dictamen de medicina legal se reporta aquí que el Hospital Tomás Uribe Uribe cuenta con historia clínica digitalizada completa en el plenario, así como informe de Auditoría Médica realizado por la institución, e igualmente ordenó la realización de INFORME PERICIAL POR JUNTA MÉDICA que incluyera la especialidad de ginecobstetricia.

Realizado este último, acatando la orden judicial, se aporta en respuesta al Oficio Nro: 065 el siguiente documento:

DICTAMEN POR JUNTA MEDICA CON GINECOBSTETRICIA- MARGARITA ORTIZ CAICEDO (pdf 8 folios) con la participación principal de la Ginecobstetra Dra Alba Lorena Gómez.

El informe concluye que:

- "Por lo revisado en historia clínica, se considera paciente con adecuado control en cuanto a su enfermedad de base, VIH + (9/ FEB: CARGA VIRAL: MENOR 40 - CD4: 1580 - CD8: 727) por lo que según guías no tiene contraindicación de parto."

- "Primigestante con embarazo de 39.1 semanas por ecografía 31-10-2016 para 16 ss - VIH positivo en tratamiento antirretroviral. – alto riesgo obstétrico por gestante adolescente - VIH positivo - control prenatal tardío e insuficiente, quien ingresa en trabajo de parto fase latente, dinámica uterina irregular; ingresa a la institución con signos vitales normales, fetocardia normal, y cambios cervicales iniciales. monitoria fetal electrónica clasificada como categoría I. (datos tomados de nota de evolución, fhsjb 10/04/2017 05:25 – por lo que se concluye un bienestar materno fetal conservado)"

- "Al momento de su ingreso al hospital tomas Uribe, y durante remisión e ingreso a fundación hospital san José de Buga presenta monitorias tranquilizadoras – clasificadas como categoría i, esto se traduce en bienestar fetal satisfactorio. Durante su ingreso y observación presenta membranas integras por lo que no es posible determinar características del líquido y si está o no meconiado. Solo hasta las 07:40 am - 10/04/2017 en espera de quirófano presenta ruptura espontanea de membranas – características de líquido: meconial grado I, dicha característica no indica sufrimiento fetal. Hora de nacimiento A LAS 8+05 HORAS."

- "Paciente estable hemodinamicamente, en trabajo de parto fase latente, presenta membranas integras. Bienestar materno fetal conservado."

- "En valoración conjunta con pediatra se consideró que por antecedentes de la paciente debía ser atendida en nivel superior con disponibilidad de uci neonatal para garantizar bienestar fetal."

Consideramos lo anterior información relevante para el proceso, que aporta elementos técnicos para la decisión judicial, siendo de la especialidad ausente, se aporta de manera supletoria y en cumplimiento del oficio de requerimiento recibido.

De manera atenta me suscribo ante el Juez,

ROBERTO ALFONSO JIMÉNEZ OLIVARES
Apoderado Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE de Tuluá
C.C. 72.236.290, T.P. 155080 C.S. de la J.

Anexo. DICTAMEN POR JUNTA MEDICA GINECOBSTETRICIA-
MARGARITA ORTIZ CAICEDO (pdf 8 folios)

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

El análisis basado en casos clínicos favorece la comprensión de una guía práctica clínica, la forma de razonamiento y el manejo de la incertidumbre. Incrementar el abanico de diagnóstico diferencial y estimular el espíritu del clínico con el objetivo es contribuir al conocimiento médico, presentando aspectos nuevos o instructivos de una enfermedad determinada, mejorar los procesos de calidad en la atención médica para lo cual se realiza al paciente ANA MARYURY ESTRADA ORTIZ y se convocan a las especialidades relacionada con sus diagnósticos de manejo

Se citan a los siguientes expertos:

Nombre	Especialidad
Sergio Paul Silva	Pediatría
Alba Lorena Gómez	Ginecología & Obstetricia
Miguel Ángel Restrepo Gómez	Medicina General

Nombre del paciente	ANA MARYURY ESTRADA ORTIZ
Identificación del paciente	TI : 1006491522
Edad	15 años
Sexo	Femenino
Fecha de Nacimiento	19/08/2001
EAPB	Café Salud EPS/ Subsidiado

Orden	Nombre	Especialidad
1	Sergio Paul Silva	Pediatría

Concepto de revisión:

¿Qué condiciones especiales y particulares tenía este binomio en sus antecedentes patológicos?

Madre de 15 años portadora del virus de la inmunodeficiencia humana con tratamiento antirretroviral ATAZANAVIR/RITONAVIR/LAMIVUDINA + ABACAVIR. Controlada por infectología pediátrica y ginecología, estudios descritos en la historia clínica con carga viral menor de 40, CD4: 1580, CD8: 727. Lo que denota un control de su enfermedad de base. ¿Qué riesgos implican el antecedente de madre VIH+ congénita y el nacimiento del neonato también congénito por contagio vertical? Riesgo de transmisión materno infantil del VIH: Sin intervenciones preventivas antirretrovirales, el riesgo de transmisión perinatal del VIH ha variado entre el 15 y el 45 por ciento, dependiendo de los factores de riesgo materno y de si se practica la lactancia materna. Los factores de riesgo más importantes para la transmisión han sido consistentemente la carga viral de plasma materno y leche materna seguida del estado inmunológico materno y el estadio clínico. Esta correlación se observa incluso entre las mujeres que toman agentes antirretrovirales. Por ejemplo, en un estudio del Reino Unido e Irlanda de más de 10.000 mujeres embarazadas con VIH, las tasas de transmisión materno infantil fueron más bajas entre las mujeres que tenían una carga viral <50 copias/ml cerca del parto en comparación con las mujeres que tenían cargas virales más altas (0,09 por ciento de transmisión frente al 1,0 y 2,6 por ciento con rangos de carga viral de 50-399 copias/ml y 400-999 copias/ml, respectivamente). Otros factores maternos e infantiles también se han asociado con un mayor riesgo de transmisión. Algunos factores de riesgo materno asociados incluyen recuentos bajos de células CD4, anemia, estadio más avanzado de la enfermedad clínica de la OMS, mastitis materna y seroconversión materna aguda durante el embarazo o la lactancia. Momento de transmisión del VIH de las madres a sus bebés: más del 90 por ciento de todos los nuevos casos pediátricos de VIH son el resultado de la transmisión perinatal del VIH, que puede ocurrir durante el embarazo (in útero), en el parto/parto (intraparto) o después del parto (postnatal) a través de la lactancia materna. Mecanismos de transmisión In útero: Se cree que la mayoría de la transmisión in útero ocurre durante el tercer trimestre. Se cree que los mecanismos de transmisión están relacionados con la ruptura de la integridad de la placenta, lo que conduce a microtransfusiones de sangre materna virémica a través de la placenta hasta el feto. Varios estudios han demostrado que las infecciones del tracto genital y la inflamación placentaria, especialmente la corioamnionitis, pueden aumentar la transmisión del VIH por vía útero. Intraparto: Se postula que la transmisión durante el tiempo de parto y el parto se produce a través del contacto de las membranas mucosas infantiles con el virus del VIH en la sangre y las secreciones durante el proceso de

parto. En ausencia de tratamiento antirretroviral, la duración de la ruptura de la membrana superior a cuatro horas se ha asociado con un mayor riesgo de transmisión. Además, las microtransfusiones a través de la placenta durante las contracciones de parto también probablemente contribuyan a un mayor riesgo de transmisión durante el período de parto y parto

Por lo descrito previamente si la madre recibe profilaxis intraparto y el recién nacido también lo hace durante la etapa neonatal el riesgo de transmisión vertical es mínimo.

¿Es la cardiomegalia reportada en historia clínica del HFSJ una CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO DE MADRE VIH (+)?

Ecocardiograma neonatal y pediátrico modo m. Bidimensional, Doppler pulsado, Doppler continuo y Doppler color realizado el día 17 de abril de 2017 al paciente con nombre hijo de ANA MAYURI ESTRADA ORTIZ CONCLUYE: Hipertensión pulmonar persistente del RN y disfunción biventricular severa. No corresponde a una cardiopatía congénita en un recién nacido con VIH, y además se aclara en la historia clínica no se evidencia diagnostico alguno de cardiopatía congénita. ¿El sufrimiento fetal y la aspiración de meconio pueden explicarse como causa de una CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO DE MADRE VIH (+)? No se explica en este paciente pues no presenta una cardiopatía congénita, según el análisis de la historia clínica y los reportes paraclínicos presenta una hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido La hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPN) ocurre cuando la resistencia vascular pulmonar (RVP) permanece anormalmente elevada después del nacimiento, lo que resulta en derivación de sangre de derecha a izquierda a través de las vías circulatorias fetales. Esto a su vez conduce a una hipoxemia grave que puede no responder al soporte respiratorio convencional. La prevalencia de la HPPN se ha estimado en 1,9 por 1000 nacidos vivos. La HPPN generalmente ocurre en bebés a término, aunque también puede presentarse en bebés prematuros o pos términos tardíos. Patogénesis: La HPPP ocurre principalmente en recién nacidos prematuros a término o tardíos ≥34 semanas de gestación. Tres tipos de anomalías de la vasculatura pulmonar subyacen al trastorno: subdesarrollo, mal desarrollo y mala adaptación. La evidencia experimental y clínica sugiere que la lesión en desarrollo de la circulación pulmonar puede interrumpir la señalización del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y contribuir a estas anomalías. Subdesarrollo: En anomalías de subdesarrollo, el área de sección transversal de la vasculatura pulmonar se reduce, lo que resulta en una elevación relativamente fija de la resistencia vascular pulmonar (RVP). Mal desarrollo: El mal desarrollo es una perturbación que ocurre en pulmones que normalmente se desarrollan, incluyendo ramificación y diferenciación alveolar, y tienen un número normal de vasos pulmonares. Las características incluyen engrosamiento anormal de la capa muscular de las arteriolas pulmonares y extensión de esta capa en vasos pequeños que normalmente tienen paredes delgadas y sin células musculares. La matriz extracelular que rodea los vasos pulmonares también es excesiva. En este trastorno, se cree que el remodelado del lecho vascular pulmonar ocurre durante los primeros 7 a 14 días después del nacimiento, con una caída concomitante en la RV. Los mecanismos que estimulan el mal desarrollo de la vasculatura pulmonar son inciertos, pero los mediadores vasculares parecen desempeñar un papel. La predisposición genética puede influir en la disponibilidad de precursores para la síntesis de óxido nítrico y afectar la adaptación cardiopulmonar al nacer. Las afecciones asociadas con la HPPN causadas por un mal desarrollo vascular incluyen el parto a término, la tinción de meconio y el síndrome de aspiración de meconio. En estos trastornos, la vasculatura pulmonar responde mal a estímulos que normalmente resultan en una disminución de la RVP, como el aumento de la tensión de oxígeno alveolar y el establecimiento de una ventilación efectiva. Los trastornos que producen una perfusión excesiva del pulmón fetal también pueden predisponer al mal desarrollo vascular. Incluyen el cierre prematuro del conducto arterioso o foramen oval, alta resistencia vascular placentaria y drenaje venoso pulmonar anómalo total. Mal adaptación: En la mala adaptación, el lecho vascular pulmonar normalmente se desarrolla. Sin embargo, las afecciones perinatales adversas causan vasoconstricción activa e interfieren con la caída postnatal normal de la RVP. Estas afecciones incluyen depresión perinatal, enfermedades del parénquima pulmonar e infecciones bacterianas, especialmente las causadas por el estreptococo del grupo B (SGB). El mecanismo de aumento de la RV con infección por SGB es la activación de mediadores vasoactivos por componentes fosfolípidos bacterianos. Factores prenatales: se cree que los hallazgos prenatales asociados con la HPPN son signos de asfixia intrauterina y perinatal. Estos incluyen anomalías en la frecuencia cardíaca fetal (es decir, bradicardia y taquicardia) y líquido amniótico teñido de meconio. Hallazgos neonatales: la mayoría de los recién nacidos con HPPN presentan dentro de las primeras 24 horas de vida signos de dificultad respiratoria (por ejemplo, taquipnea, retracciones, quejidos) y cianosis. El examen físico se caracteriza por cianosis y signos de dificultad respiratoria. Además, puede haber tinción de meconio en la piel y las uñas, lo que puede ser indicativo de estrés intrauterino. El examen cardíaco de bebés con HPPN puede ser notable por un impulso precordial prominente y un segundo sonido cardíaco estrechamente dividido y acentuado. A veces se escucha un duro soplo sistólico consistente con la insuficiencia tricúspide en el borde esternal inferior izquierdo. El diagnóstico definitivo de la HPPN se realiza mediante ecocardiografía. La ecocardiografía es una prueba esencial en cualquier bebé con cianosis incesante que no se explica por enfermedad pulmonar parenquimatosa, para excluir

la cardiopatía estructural y confirmar un diagnóstico de HPP. En la HPPN, la ecocardiografía demuestra una anatomía cardíaca estructural normal con evidencia de hipertensión pulmonar (HP) (por ejemplo, tabique ventricular aplanado o desplazado). Los estudios Doppler muestran derivación de derecha a izquierda a través del conducto arterioso persistente y/o foramen oval. Además, se puede utilizar una ecocardiografía para evaluar la función ventricular, que puede estar afectada. Gravedad de la HPPN La ecocardiografía también puede proporcionar una estimación de la gravedad de la hipertensión pulmonar persistente. HPPN de leve a moderado HPPN moderado a grave HPPN grave Evidencia de disfunción del RV sugiere un HPPN grave Evidencia de disfunción biventricular puede representar un falla global El diagnóstico diferencial de la HPPN incluye:

- Cardiopatía congénita cianótica, que se distingue de la HPP por ecocardiografía.
- Enfermedad pulmonar parenquimatosa aislada primaria, como neumonía neonatal, síndrome de aspiración de meconio, taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de dificultad respiratoria. Estos trastornos generalmente se diferencian de la HPP por el entorno clínico y la radiografía de tórax. Sin embargo, como se señaló anteriormente, la mayoría de los pacientes con PPHN también tendrán un trastorno pulmonar asociado. En estos pacientes, la ecocardiografía confirma el diagnóstico de la PHNP.
- Sepsis se distingue por el entorno clínico, los hemocultivos positivos y la ecocardiografía. Sin embargo, la HPPN puede ocurrir como un componente de la sepsis en un recién nacido.
- Displasia capilar alveolar con desalineación de las venas pulmonares es un trastorno raro que puede tener una presentación similar a la de la HPP grave de hipoxia grave que es refractaria a los cuidados de apoyo generales. La tasa de mortalidad estimada en los países desarrollados está entre el 7 y el 10 por ciento

¿Qué opinión y validez le da Usted al siguiente estudio y sus conclusiones?

Es un artículo de hace más de 14 años, donde se hace descripción de paciente con un paciente con cardiopatía congénita que no tiene relación con caso actual… "Se trata de un recién nacido a término masculino, adecuado para la edad de gestación; producto de IV gesta III para; madre de 32 años, con embarazo no controlado, de 37 semanas por fecha de última menstruación y 38 semanas + 6 días por Ballard; A Rh+, VIH reactivo (abril/2005), western blot (mayo/2005) no concluyente, en tratamiento con zidovudina, y prueba de sífilis: reactiva (21/06/2005); cultivo de secreción vaginal: negativo; examen de orina normal y urocultivo sin desarrollo bacteriano. Nace por cesárea; lloró y respiró al nacer en forma espontánea. APGAR: 7, 8,9 puntos. Peso 2.860 g, talla 50 cm, circunferencia cefálica 32 cm. Es trasladado al Servicio de Patología B, a las 3 horas de nacido, indicándose tratamiento con zidovudina a 8 mg x kg x día cada 6 horas, por vía oral, lo recibe durante su hospitalización y como tratamiento ambulatorio; se solicita hematología, la cual, se reporta sin alteraciones. Al examen físico: taquicardia, frecuencia cardiaca 152 pulsaciones por minuto y se ausculta, soplo sistólico grado III/VI; es evaluada por el Servicio de Cardiología de nuestra institución, diagnosticándose comunicación interventricular (CIV) (5mm), con cavidades izquierdas dilatadas y cavidades derechas hipoplasias, planteándose el diagnóstico de posible fibroelastosis más CIV, sin repercusión hemodinámica" Se diagnostica como bien se nombra comunicación interventricular sin repercusión hemodinámica y no una hipertensión pulmonar del recién nacido.

Orden	Nombre	Especialidad
2	Alba Lorena Gómez	Ginecología & Obstetricia

Concepto de revisión:

¿Es el médico especialista, en este caso el Gineco-obstetra tratante, el que define y programa un parto por cesárea?

No, el especialista tratante establece una conducta con la paciente y las metas del control prenatal, pero es el gineco-obstetra que hará el procedimiento quirúrgico quien define y da las indicaciones (Día de la intervención, condiciones de esta, previa valoración médica, además dar consentimiento del procedimiento al profesional que realizara acto quirúrgico; el especialista a su vez se encargara del cumplimiento de protocolos y especificar necesidades durante el acto quirúrgico posterior a revisión de condiciones clínicas de la paciente, antecedentes y factores de riesgo, ordenar a su vez laboratorios de acuerdo a las patologías de la paciente, para así definir objetivos y metas durante acto quirúrgico pues es la persona que asumirá los riesgos por lo que debe dejar constancia de acto quirúrgico en historia clínica y explicar a la paciente riesgos intraoperatorios.

2. ¿A cuántas semanas es el término adecuado para un nacimiento por cesárea?, ¿Cuáles son los límites mínimos y máximos?

Generalmente se contraindica la realización de cesáreas electivas antes de las 39 semanas de gestación, a menos que haya evidencia de madurez pulmonar fetal, debido a la elevada frecuencia de complicaciones respiratorias y desenlaces clínicos neonatales advernos para el neonato, recomendaciones dadas por el American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. Pero hay variaciones, en paciente VIH positivo de acuerdo a la tasa de replicación viral y conteo de cd4, se coloca como objetivo finalización a la semana 38 semanas si no se logra metas en cuanto al tratamiento; pero en paciente con tratamiento Antirretroviral combinado, con buen control y Carga viral indetectable, se puede consideran semana 39 para la finalización vía alta, Cesárea segmentaria, para evitar el riesgo de distrés respiratorio neonatal. Por lo revisado en historia clínica, se considera paciente con adecuado control en cuanto a su enfermedad de base, VIH + (9/ FEB: CARGA VIRAL: MENOR 40 - CD4: 1580 - CD8: 727) por lo que según guías no tiene contraindicación de parto.

3. ¿Al cambiar la embarazada de una institución a otra debe ser valorada por un nuevo Ginecobstetra para verificar el estado de salud del binomio?

Al tratase de cirugía programada, el gineco-obstetra que realizara el procedimiento debe conocer a cabalidad historia clínica de la paciente, antecedentes, así como condición de salud al momento de su ingreso, además realizar revisión de laboratorios de tamizaje de control prenatal, conocer todos sus riesgos para así determinar las necesidades del binomio madre e hijo, estos deben constar claramente en la Historia clínica obstétrica la indicación del procedimiento y Se debe informar a la paciente los riesgos de acuerdo a la revisión de historia clínica. Para la realización de la cesárea se debe tener el consentimiento informado de la gestante y debe ser consignado dentro de la historia clínica institucional. (página 21, Manual de Procedimientos Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de Sífilis Congénita - Ministerio de la Protección Social, Bogotá D.C., Noviembre de 2009)

En este caso en particular es necesario, Clasificar el estadio de la enfermedad, Cuantificación de la carga viral de VIH, y Recuento de linfocitos CD4+/CD8+, conocer si hay datos de coinfección, determinar si hay adherencia al tratamiento. Retroviral y las reacciones adversas a la terapia anti-retroviral. Además ordenar durante procedimiento y de acuerdo a revisión de historia, hora de inicio de protocolo ACTG-076 previo al acto quirúrgico con el fin de disminuir trasmisión vertical.

4. ¿Qué criterio médico para la programación de una cesárea debe primar: el del ginecobstetra remitente o el del gineco-obstetra que entra a valorar y programar el procedimiento?

Ambos son igual de importantes, pero es el especialista que realiza la intervención quirúrgica quien determina las condiciones de esta, pues es quien asume los riesgos quirúrgicos, además de quien informa a quiróFano condiciones necesarias el día del acto quirúrgico, y estos Adoptar medidas de bioseguridad de acuerdo al diagnóstico, dar inicio a profilaxis antibiótica, aplicar Protocolo ACTG-076 con el fin de disminuir trasmisión vertical y desenlaces adversos tanto maternos como fetales.

5. ¿Qué trascendencia y particularidad implica en la programación de la cesárea la opinión del Pediatra, quien recomienda UCI NEONATAL pensando en la posibilidad de complicaciones del recién nacido?

Así como la madre requiere valoración conjunta por ginecobstetra y anestesiólogo; el pediatra requiere datos de condiciones clínicas de la paciente, antecedentes maternos, medicamentos recibidos durante gestación, paraclínicos y control durante gestación para así determinar medidas a tomar al momento del nacimiento. Los especialistas que acompañan durante la Cesárea son quienes dan las indicaciones necesarias con el fin de obtener un buen resultado materno fetal. En este caso el pediatra realizara Profilaxis de la Transmisión vertical durante el periodo neonatal y El seguimiento del recién nacido expuestos al VIH, además de identificar posibles efectos secundarios a corto, medio y largo plazo de la exposición intrauterina y perinatal a los Antiretrovirales, cuyo beneficio es indudable pero cuya seguridad durante la gestación no ha podido ser garantizada. Los objetivos del manejo de la mujer embarazada con VIH son el control de la infección para prevenir la progresión de la enfermedad en la madre y la transmisión perinatal, minimizando el riesgo de toxicidad en la madre y en el feto, además del riesgo de malformaciones en éste.

6. ¿Las condiciones de bienestar materno y fetal al momento de la remisión del HDTUU, esto es para el 10 de abril de 2017, cuáles eran?

Primigestante con embarazo de 39.1 semanas por ecografía 31-10-2016 para 16 ss - VIH positivo en tratamiento antirretroviral. – alto riesgo obstétrico por gestante adolescente - VIH positivo - control prenatal tardío e insuficiente, quien ingresa en trabajo de parto fase latente, dinámica uterina irregular; ingresa a la

institución con signos vitales normales, fetocardia normal, y cambios cervicales iniciales. monitoria fetal electrónica clasificada como categoría I. (datos tomados de nota de evolución, fhsjb 10/04/2017 05:25 – por lo que se concluye un bienestar materno fetal conservado)

7. ¿De acuerdo a su respuesta se puede afirmar con toda seguridad que para el 10 de abril existiera sufrimiento fetal y meconio en este caso?

Al momento de su ingreso al hospital tomas Uribe, y durante remisión e ingreso a fundación hospital san José de Buga presenta monitorias tranquilizadoras – clasificadas como categoría i, esto se traduce en bienestar fetal satisfactorio. Durante su ingreso y observación presenta membranas integras por lo que no es posible determinar características del líquido y si está o no meconiado. Solo hasta las 07:40 am - 10/04/2017 en espera de quirófano presenta ruptura espontanea de membranas – características de líquido: meconial grado I, dicha característica no indica sufrimiento fetal. Hora de nacimiento A LAS 8+05 HORAS.

8. De su lectura de la historia clínica del HFSJ de Tuluá cuales son las condiciones de ingreso a esa institución: ¿Existían membranas íntegras?

Paciente estable hemodinamicamente, en trabajo de parto fase latente, presenta membranas integras. Bienestar materno fetal conservado.

9. ¿En qué fase del parto fue remitida la embarazada?

Trabajo de parto fase latente.

10. ¿Por qué se realizó la remisión como urgencia vital?

En valoración conjunta con pediatra se consideró que por antecedentes de la paciente debía ser atendida en nivel superior con disponibilidad de uci neonatal para garantizar bienestar fetal.

11. ¿Según su revisión de las semanas de gestión, la emisión y recepción de HDTUU y HFSJ estaban dentro del término de gestación apropiado para la cesárea?

Si.

Orden	Nombre	Especialidad
3	Miguel Ángel Restrepo Gómez	Medicina General

Concepto de revisión:
Paciente menor de edad (15 años), primigestante, con VIH positivo desde el nacimiento y en tratamiento con antirretrovirales, con trastorno nutricional secundario a su enfermedad. Se clasificó como embarazo de alto riesgo.

En la página 5 de la demanda, la parte demandante afirma que su embarazo no auguraba complicación alguna, lo que no es cierto, por lo anterior descrito, El criterio del obstetra tratante en el Hospital Rubén Cruz V, Dr. Cadavid, quien valoro paciente en marzo 27/17, se le debía realizar cesárea al cumplir 38 semanas de embarazo (abril 4/2017) con aplicación de antiretrovirales al momento del parto a la madre y el feto y necesidad de UCI neonatal. Debía consultar en abril 4 /2017 al HDTUU, La EPS autorizo la cesárea, anestesia, medicamentos y remisión.

La paciente Ana Maryury Estrada no espero al día programado, sino que acudió inmediatamente al HDTUU y fue atendida por Dr. Morales en ginecología, pero no hay registro escrito en la historia, al parecer todo fue verbal ,se le dijo que debía consultar el día programado o sea el abril 4/17. Esto lo afirma la parte demandante.

El día 4 de abril de 2017 ingresa al HDTUU a las 38 semanas de embarazo, sin inicio de trabajo de parto y nuevamente es atendida por Dr. Morales dice la demandante, pues tampoco hay registro escrito en la historia clínica; quien afirmo que "había hablado con los demás médicos "y que re consultara el 10 de abril de 2017.
Si apareciere registro escrito en la historia, se documentaria a quien se consultó la decisión, de aplazar el ingreso hasta cumplir la semana 39 de embarazo. Es decisión del ginecólogo.

la demandante reporta que la comunicación fue verbal, En este caso no fue cumplida la recomendación inicial del ginecólogo tratante en HRCV, el Dr. Cadavid.

El 10 abril 2017 la paciente Ana Maryury Estrada O. Ingresa al HDTUU a ginecología por presentar contracciones de parto intermitentes y evaluadas a las 0:46 h por la Dra. Lina Paola Gómez, se le realizo monitoria fetal cat. I, feto cardias normales, estabilidad hemodinámica, no se documentó sufrimiento fetal y tacto vaginal con 1 cm de dilatación.

Valorada por Dr. Sotelo (Ginecólogo obstetra) y Dr. Vallejo (pediatría) quienes recomiendan por "bienestar fetal" y VIH positivo, remisión como urgencia vital a un hospital nivel III, con disponibilidad de UCI neonatal, la cual no estaba disponible en el HDTUU. (Registrado en nota de remisión).

La ambulancia sale en remisión a las 2:30 am del 10 abril/2017 desde el HDTUU hacia institución nivel III , transcurriendo 1:45 horas desde su atención inicial por médico de la institución hasta su remisión ,en la nota de remisión no se registra nombre de institución a remitir, por lo que se consideró una urgencia vital.

La parte demandante afirma que el sitio inicial de remisión era institución de la ciudad de Cali, Pero sugiere que en el transporte de ambulancia la paciente se agrava e ingresan a urgencias del Hospital San José de Buga. Es atendida a las 3:49 h de abril 10/17. No hay información acerca de lo ocurrido en la ambulancia durante su transporte, ni la clase de "complicación "presentada como afirma la demandante.

Al ingreso a HSJ de BUGA estaba en 4 cm de dilatación, Se le practico cesárea con aplicación de medicamentos recomendados a las 8:00 am del 10 abril de 2017. Transcurrieron 4:15 horas desde su ingreso hasta la realización de la cesárea, El producto de la cesárea nació deprimido y con severa bronco aspiración de meconio ocasionado al parecer por sufrimiento fetal agudo asociado al VIH materno y condición nutricional y fallece a pesar de maniobras de reanimación en quirófano.

CONCEPTO AUDITORIA

Paciente menor de edad, primigestante, con VIH desde el nacimiento y en tratamiento con antirretrovirales, con alteración nutricional secundaria a su enfermedad de base, de quién podían esperarse posibles complicaciones en el embarazo por lo que se consideró de alto riesgo.

El ginecólogo tratante del HRCV recomendó cesárea el abril 4/17 al cumplir semana 38 de gestación, tratamiento farmacológico para HIV durante la cesárea para la madre y el hijo, los cuales fueron autorizados por su eps y remitida al HTUU.

No hay constancia en historia clínica de 2 consultas previas que la paciente realizó los días
Marzo 27/17 y abril 4/2017, según afirma la demandante y donde se le recomendó "temerariamente "dice la demandante, esperar hasta el abril 10/17 para realizar la cesárea.

Es importante la opinión de ginecología acerca de la decisión de aplazar la cesárea hasta la semana 39 de gestación, pues el embarazo dura 38 a 40 semanas aprox.

Referente a la "demora en atención " el día abril 10/17 en el HTUU : el tiempo transcurrido de 1:45 horas desde su valoración médica hasta su salida en remisión no es dilatado como afirma la demandante , y según lo consignado en la historia; la razón de la remisión no fue sufrimiento fetal el cual no se documentó en el HTUU ,ni tampoco inestabilidad hemodinámica ; fue motivada por trabajo de parto en paciente con embarazo de alto riesgo y VIH que requería cesárea y disponibilidad de UCI neonatal por el alto riesgo de complicaciones.

La paciente fue atendida en el HSJ de Buga con ingreso a las 3:49 am del abril 10/17 y se le practico cesárea a las 8:00 am (tiempo transcurrido desde el ingreso: 4:15 horas el cual es prolongado si había sufrimiento fetal agudo) y lamentablemente el producto fallece por bronco aspiración masiva, depresión al nacer, causados por sufrimiento fetal agudo de causa a determinar, posiblemente asociado al VIH de base de la madre y su condición nutricional. Durante la cesárea fueron aplicados los medicamentos antiretrovirales recomendados por ginecología.

HALLAZGOS:

- No se tiene HC escrita de las 2 primeras consultas
- cuando se realizaron las consultas, las historias se anotaban de forma manual y recurriendo al sistema de archivos manuales, siendo susceptibles a perdidas.

- La paciente tiene factores de riesgo que predisponen a complicaciones posteriores en el trabajo de parto.
- Se remite por inicio del trabajo parto, requiriendo terminación del embarazo por sus factores de riesgos asociado más no por el sufrimiento fetal.

LO POSITIVO A LA DEFENSA:

- La decisión de aplazar la cesar es carácter propio del especialista en ginecología, en la historia clínica no se cuenta con evidencia que lo especifique.
- No se documentó sufrimiento fetal en las atenciones realizadas en nuestra institución
- La remisión se realiza por no disponibilidad de UCI neonatal dado que era requerida por la condición de la paciente.
- La paciente en mención sale en condiciones estables
- La remisión a nivel III se realizó de manera oportuna desde nuestra institución.
- Se realizaron estudios como monitorea fetal al cual es normal, la fetocardia es normal.
- No existe evidencia del aplazamiento de la fecha de terminación del embarazo.

BIBLIOGRAFIA:

1. https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-mother-to-child-hiv-transmissionin-resource-limitedsettings?search=riesgo%20de%20transmision%20vertical%20vih&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/11.2/RM.11.2.12.pdf
3. https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/48-1-12.pdf
4. https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/vih%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf
5. https://www.uptodate.com/contents/persistent-pulmonary-hypertension-of-thenewborn?search=hipertension%20pulmonar%20persistente&source=search_result &selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
6. CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO DE MADRE VIH (+) Rev Obstet Gineco Venez v.66n.1 Caracas mar. 2006 Drs. Maria Isabel Palmero, Jenny Briceño, Michels Mendoza, Carmen Bhuedo. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100007
7. **Pagina 11, PROTOCOLO INFECCIÓN POR VIH Y GESTACIÓN, medicina fetal, Barcelona.
8. **Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. N Engl J Med 2009;360:111-20
9. **Fetal maturity assessment prior to elective repeat cesarean delivery: ACOG Committee Opinion: Committee on Obstetrics: Maternal and Fetal Medicine. Núm. 98, septiembre 1991 (remplaza núm. 77, enero1990). Int J Gynaecol Obstet 1992;38:327-327.
10. **American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion no. 394, December 2007: cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol 2007;110:1501-1504

Aprueban los participantes:

Nombre	Especialidad	Firma
Sergio Paul Silva	Pediatría	
Alba Lorena Gómez	Ginecología & Obstetricia	
Miguel Ángel Restrepo Gómez	Medicina General	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
GUADALAJARA DE BUGA (V.)

Fecha: Guadalajara de Buga, Valle, ocho (08) agosto de dos mil veinticuatro (2024).
Oficio Nro: 065

Señores:
ESE HOSPITAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ
Valle del Cauca

ASUNTO:	**DICTAMEN PERICIAL**
RADICACIÓN:	76-111-33-33-002-**2019-00343**-00
DEMANDANTES:	MARGARITA ORTIZ CAICEDO Y OTROS
DEMANDADOS:	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ – FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA – E.S.E HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ DE TULUÁ – MEDÍMAS EPS S.A.S
LLAMADO EN GARANTÍA:	LA PREVISORA - AXA COLPATRIA - MAPFRE SEGUROS
PROCESO:	REPARACIÓN DIRECTA

Cordial Saludo,

Dando cumplimiento a lo ordenado en la audiencia inicial de fecha 30 de julio de 2024, me permito transcribir lo siguiente:

> ***"6.*** *Decrétese como prueba el dictamen pericial solicitado por la parte demandada ESE Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá con cargo a la misma, para que un perito especialista en Ginecobstetricia lo emita, en contradicción del dictamen pericial de medicina legal y ciencias forenses.*
>
> *Se advierte que dicho peritaje no debe responder el cuestionario que figura en el escrito de contestación de la demanda, comoquiera que dicho dictamen se pidió para controvertir aquel de medicina legal, por ello, deberá contestar el mismo interrogante elevado a medicina legal, de tal suerte pues que el perito gineco – obstetra deberá valorar la historia clínica de la señora Ana Maryury Estrada Ortiz identificada con la C.C. 1.006.491.522, a fin de determinar las causales probables de sufrimiento fetal, la cual originó la aspiración de meconio y posterior fallecimiento del recién nacido Juan Camilo Manrique Estrada."*

FECHA MÁXIMA PARA ENTREGAR EL DICTAMEN: dicho dictamen deberá ser allegado por ESE Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá **a más tardar hasta el miércoles 27 de noviembre de 2024.** a través del correo electrónico institucional de este Juzgado: j02adtivobuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ahora bien, para efectos de la contradicción del referido dictamen y en aras de garantizar el derecho de defensa de la contraparte, a la luz de la parte final del inciso 3 del artículo 219 del CPACA, el perito deberá comparecer

a la audiencia de pruebas que se llevará a cabo el **día martes 28 de enero de 2024 a las 2:00 de la tarde** de forma remota.

Bajo ese entendido, se advierte al apoderado de la parte demandante, que de conformidad con el numeral 8 del artículo 78 del CGP en concordancia con el artículo 233 del mismo estatuto procesal, asume la responsabilidad de hacer comparecer al perito a la audiencia de pruebas para la contradicción, pues al tenor de la parte final del primer inciso del artículo 228 del CGP, "si el perito citado no asiste a la audiencia, el dictamen no tendrá valor.

LINK EXPEDIENTE ELECTRÓNICO:

- 76111333300220190034300

AUDIENCIA DE PRUEBAS:

- https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_ZDU3MDQyNTUtNWRiZi00NTVjLWI4YTItMjE0NTFlM2IyNTZl%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22622cba98-80f8-41f3-8df5-8eb99901598b%22%2c%22Oid%22%3a%2276aa931f-ea67-4736-ab53-55d17f78ac3b%22%7d

Firmado Por:
Cesar Augusto Victoria Cardona
Secretario
Juzgado Administrativo
Oral 002
Buga - Valle Del Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **3a8438682626c284532ea919e8a1faf30277289134d01ba34d76035003e37db1**
Documento generado en 08/08/2024 10:00:31 a. m.

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica