**DICTAMEN PERICIAL PARTE DEMANDANTE – DRA. ELIANA CARABALÍ ISAJAR**

* Medica general – especialista en administración en salud
* Auditora médica hace 15 años
* Ha rendido otros dictámenes para la parte demandante
* Revisó los controles prenatales y la historia clínica de la CNSR. También las Guías de práctica clínica de atención del parto y del recién nacido.
* No tuvo acceso a la historia clínica del sagrado corazón. Solo al carné de los controles prenatales de Sagrado Corazón de Jesús del Charco Nariño. (Agosto – sept- oct- nov- diciembre)
* Desde que la paciente ingreso a la CNSR transcurrieron 8 horas para la atención del parto. Se identifica un riesgo, pero no existía quirófano disponible. Se identifica una negligencia en ese sentido.
* La institución debe tener sala de atención exclusiva de partos. (Sala de partos no es lo mismo que quirófano)
* No es especialista en ginecología, solo presencio atención de partos como médica general. Tampoco ha atendido cesáreas.
* En la historia clínica de ingreso no se anota que la paciente hubiera entregado los controles prenatales.
* El riesgo de hemorragia obstétrica existe aún en la práctica de la cesárea.
* La distocia de hombros no se puede prever, aun con controles prenatales adecuados.
* ¿Conforme a la literatura médica citada, es cierto que la parálisis braquial puede ocurrir incluso en partos por cesárea, y no necesariamente implica mala praxis? Si.
* ¿La macrosomía fetal es un factor de riesgo para la parálisis del plexo braquial aun en partos por cesárea? Si. Pero es menor.
* ¿Se documenta en la historia clínica que se haya ejercido tracción excesiva o inadecuada durante el parto? Se menciona hiperflexión de caderas y presión suprapúbica. (No respondió concretamente la pregunta. Dijo que hubo más fuerza de la normal, pero no la califico como excesiva o inadecuada)
* ¿Las maniobras obstétricas como hiperflexión de caderas y presión suprapúbica, están indicadas en un parto vaginal con las complicaciones del presente caso? Si.
* ¿Según la historia clínica, la paciente presentó un trabajo de parto con progresión cervical acelerada y espontánea, lo que derivó en un expulsivo no programado antes de contar con sala quirúrgica disponible? Acelerada no.
* ¿Era posible evitar el parto vaginal si, al momento de la progresión total del trabajo de parto (23:15 h), la sala de cirugía aún no se encontraba libre y la paciente se encontraba en expulsivo activo? No respondió.
* ¿Es posible revertir o detener un expulsivo espontáneo avanzado, sin generar mayores riesgos para la madre y el feto? No respondió.
* ¿Podría haber sido mayor el riesgo para la paciente y el feto si se hubiese intentado frenar un expulsivo activo para forzar una cesárea que no estaba disponible en ese momento? No respondió.
* ¿La hemorragia postparto es una complicación reconocida, imprevisible en su severidad, incluso con atención médica adecuada? Si.
* ¿Qué complicaciones hubiera tenido la paciente si no se realizaba la histerectomía? No respondió.
* ¿Se menciona en el dictamen la existencia de 8 quirófanos en la clínica, sin embargo, se consideró su ocupación por otros procedimientos quirúrgicos? No.
* ¿Es obligación de la paciente informar o presentar el soporte de los controles prenatales? Si. Debe informar.
* No tuvo acceso a la información del número de quirófanos para el 2016. Lo consignado en el dictamen corresponde al año 2019.

Es importante resaltar que la perito es médica general, sin formación especializada ni experiencia clínica certificada en ginecología y obstetricia, ni en pediatría. Pese a ello, en el dictamen se emiten afirmaciones sobre la supuesta responsabilidad del equipo médico tratante en aspectos netamente obstétricos, como la indicación y oportunidad de la cesárea, la atención del expulsivo, y la atribución de la parálisis braquial a una supuesta deficiente actuación durante el parto. Además, la perito no respondió de manera específica ni técnica a ninguna de las preguntas relacionadas con ginecobstetricia.

**CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL RENDIDO POR LA DRA. OLGA LUCIA BAQUERO (APORTADO POR LOS MÉDICOS LLAMADOS EN GARANTÍA, MAURICIO ARÉVALO Y MIRIAM PULGARÍN)**

* Pediatra y Especialista en Educación Medica
* Se realizó la revisión de la historia clínica de la señora Diana Lorena Obregón y de su recién nacido y el escrito de demanda.
* La señora Diana Obregón no había asistido a controles prenatales, si no solo a la consulta de marzo en la CNSR, donde se le solicitó que se realice una ecografía. El feto estaba creciendo en percentiles normales para las 37 semanas.
* Con la ruptura de membranas y viendo que es un feto grande deciden programarla por cesárea por riesgo del desprendimiento placentario. En ese momento los signos estaban normales. La sala de cirugía estaba bloqueada por otra paciente grave. El trabajo de parto sigue por la ruptura de membranas hasta presentarse por vía espontanea. La extracción del feto fue difícil. Cuando él bebe nace hace retención de hombros. No meconiado (es importante y buena señal). El Dr. Arévalo apoya al recién nacido en la adaptación neonatal en la sala de partos. Le ayuda a mejorar, mejora inmediatamente. Como queda con una leve dificultad respiratoria y apariencia de que no puede mover el bravo derecho, decide hospitalizarlo.
* El equipo de pediatría continúa el manejo del recién nacido y viendo que evoluciona de manera bien. Se da salida con manejo ambulatoria de pediatría y fisiatría.
* El Dr. Arévalo atendió a su recién nacido el 7 de abril de 2016.
* El manejo médico dado por el equipo de pediatría fue pertinente y adecuado a la condición clínica del bebe, a las condiciones del recién nacido y a los protocolos médicos.
* En los partos en general, un bebe grande o no tanto, puede tener limitación en la salida de los hombros y puede ocurrir una lesión. Es una alteración traumática al momento del nacimiento. Se presenta más cuando el feto es grande. El grado de lesión en algunos bebes es mínima y mejora. En otros casos puede ser mayor, pero depende de la lesión del plexo.
* En la ecografía de ese mismo día (7 de abril de 2016), dice 37 semanas y 3 días, percentiles adecuados para la edad gestacional. Era un feto a término.
* Por el riesgo de abrupto placentario es que se decide hacer cesárea.
* El control prenatal es muy importante. Para evidenciar o prever alguna posible complicación.
* Una causa de que un bebe sea grande, puede ser la diabetes gestacional. Por eso se le toma la glicemia al bebe. Por eso es importante la previsibilidad que se logra con los adecuados controles prenatales.
* La vigilancia de su patrón respiratorio fue la causa principal del ingreso del bebe a la UCI neonatal. Además de la lesión y del parto difícil. La evolución fue muy favorable. Logró estabilizarse y el 17 de abril le dieron salida.
* La decisión de practicar cesárea fue por los polihidramnios – aumento en la cantidad de líquido amniótico, y por el tamaño del bebe. El trabajo de parto no se puede detener. Además, es multigestante, que hace más rápido el trabajo. En eso la atención medica es adecuada y los pediatras están atentos para recibir al bebe.
* La atendieron muy bien porque la señora se salvó, le pudo costar la vida.
* Es poco frecuente la lesión de plexo braquial.
* Los ginecólogos inicialmente consideraron que podía avanzar el trabajo de parto normal, con la ecografía toman la decisión de la cesárea. Todo es cambiante a medida que va evolucionando. Pero una vez ya avanzó el parto, no es posible detenerlo y pasarla a cesárea.
* Distocia de hombro es que hay una alteración para que pueda salir el feto de una manera adecuada porque se está quedando los hombros, y parálisis de erb es una lesión de plexo braquial que elonga el plexo que se produce cuando se realiza la maniobra. El 60% hasta el 80% se recuperan rápidamente. Se hizo de manera adecuada el manejo inmediato.
* ¿Conforme su experticia, una lesión del plexo braquial puede ocurrir incluso en partos por cesárea, y no necesariamente implica mala praxis? También puede ocurrir, pero con menor probabilidad.
* El parto es una acción natural que puede producir muchas complicaciones, entre ellas las lesiones.
* En la evolución ambulatoria es donde se conoce el compromiso que tuvo él bebe en el plexo braquial.
* ¿Se documenta en la historia clínica que se haya ejercido tracción excesiva o inadecuada durante el parto? No
* ¿Considera que el manejo para la lesión de plexo braquial y los demás diagnósticos fue oportuno y adecuado? Si fue oportuna y adecuada y conforme a la evolución del menor.
* La lesión de plexo, es un riesgo imprevisible, porque no se puede determinar cuál es la distócica de hombro. Lo que sí se puede hacer es atender inmediatamente, para que la lesión sea menor. Se puede presentar en cualquier bebe independientemente de su tamaño.

**TESTIMONIO CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS – DIEGO ALEJANDRO TORRES**

* Médico pediatra hace 9 años
* La atención durante la evolución, lo valoro el 9 y 10 de abril. Soporte ventilatorio y tenía valoración por fisioterapia por la lesión del plexo.
* Él bebe estaba en UCI Neonatal. Con los cuidados necesarios después del nacimiento.
* No volvió a atender al paciente.
* ¿Cómo fue la evolución del neonato? ¿Qué incluyo? Fue satisfactoria. Tenía apoyo ventilatorio y seguimiento. Se comportó como muchos niños con soporte ventilatorio.
* ¿Considera que se atendió al recién nacido en la UCI Neonatal de forma diligente y conforme a protocolos pediátricos? Si.

**DECLARACIÓN DE PARTE DE LOS LLAMADOS EN GARANTÍA**

**MAURICIO ALBERTO ARÉVALO SANABRIA**

* Médico pediatra – especialista en perinatología y neonatología
* Usualmente maneja los pacientes críticos en la UCI Neonatal. Y prestan atención a recién nacidos por partos vaginal o cesáreas.
* Recibí él bebe y lo traslade a la lámpara de calor radiante y tenía algo de dificultad respiratoria y una lesión en el brazo, por eso se lo traslado a la UCI Neonatal. No es frecuente, pero con ninguna medida se puede erradicar o prevenir la lesión del plexo braquial. Entre el 65% y el 89% de los niños se recuperan espontáneamente.
* No hace consulta externa ni seguimiento, no volvió a conocer del estado del bebe.
* Pocos controles prenatales, sé que hubo una alteración dentro del control prenatal. No se detectó o no se trató una diabetes gestacional, la que produce la macrosomia fetal.
* Recibió al bebe en el momento del nacimiento. No tuvo asfixia.

**MYRIAM ESTELLA PULGARÍN PERDOMO**

* Medica pediatra
* Experiencia en UCI Neonatal
* Sus funciones se limitan a recibir al recién nacido después del parto cuando es requerido. Y en UCI el manejo de los recién nacidos
* Él bebe tenía un poco de dificultad para respirar, yo lo evolucione en dos oportunidades. Tenía soporte de oxigeno por microcamara, estaba estable. Recién nacido a término, macrosomico, con compromiso de su plexo braquial y posible parálisis de erb y un síndrome de dificultad respiratoria.
* La parálisis de erb es reversible con terapia y seguimiento. Entre un 70 y 95% hay una recuperación importante si se hace tratamiento juicioso.

**INTERROGATORIO DE PARTE A LOS DEMANDANTES**

**DIANA LORENA OBREGÓN**

* **¿Puede indicar con precisión cuántos controles prenatales realizó durante su embarazo? ¿Dónde y en qué fechas los hizo? En El Charco – no recuerda cuantos.**
* **¿Por qué razón dejó de asistir a controles prenatales a partir del mes de diciembre de 2015? Porque me vine a Cali, para realizarme más exámenes.**
* **¿Tenía conocimiento de que era un embarazo de alto riesgo por sus antecedentes obstétricos (G4P2A1)? No.**
* **¿Le fue entregado el carné de control prenatal por su EPS o el hospital del municipio de El Charco? ¿los presentó en la clínica de los remedios el día 7 de abril de 2016? Si, yo se los presente al médico.**
* ¿Recuerda que en la consulta del 14 de marzo de 2016 en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios se le dieron indicaciones claras para realizarse una ecografía de control y estar atenta a signos de alarma? ¿Por qué no asistió antes del 7 de abril a nueva valoración? Se realizó exámenes de manera particular. (Según su relato asistió a dos o tres consultas mas en la CNSR antes del parto. Sin embargo, no hay registro en la historia clínica y se contradijo en las respuestas. Después dijo que la ecografía que llevo el 7 de abril se la realizo el mismo día).

**CARMENZA OBREGÓN**

* Hermana de la señora Diana Lorena
* Yo la acompañe a CEDIMA y después nos dijeron que fuéramos a la CNSR. La acompañe a los controles en CEDIMA (después dijo que no era en CEDIMA si no en la CNSR). Yo estuve en la clínica el día del parto.
* El menor recibe terapias físicas. La ultima terapia hace como 3 años
* Ella se hacia los controles en la clínica del Charco – Nariño.