

De conformidad con los hechos de la demanda la señora Lizeth Mariana Fonseca Forero se encontró en estado de embarazo contando con 31,5 semanas de gestación, el 23 de abril de 2016 se dirigió a urgencias en la Clínica Medilaser en la ciudad de Tunja, el 3 de mayo de 2016 se dirigió a urgencias a la IPS Estudios e Inversiones Medicas S.A. A LAS 08:00 P.M. presentando malestar general, el 3 de mayo de 2016 a las 23:10 P.M. fallece a causa de tres (3) paros cardio respiratorios según relata parte actora.

Reconstrucción parcial del expediente.

Se declara debidamente reconstruido el expediente.

Testimonio Claudia Pava médico general trabaja como médico hospitalaria área gineobstetricia, trabajó como médico agremiado en clínica Medilaser desde el año 2012 hasta el año 2019.

Testimonio de Claudia Pava, médico general que trabaja en el área hospitalaria de ginecología y obstetricia. Laboró como médico agremiado en Clínica Medilaser desde el año 2012 hasta el año 2019. Refiere que la paciente fue recibida como médico de urgencias en el turno de la tarde, ingresando con su madre y presentando un cuadro clínico de 4 horas de evolución, con dolor abdominal, episodios de vómito y cefalea. La paciente fue llevada a monitorización, presentando tensiones arteriales elevadas y se le diagnosticó preclancia severa. Se inició el manejo para el cuadro y se continuó monitorizando a la paciente y al feto. Recibió atención en consulta de urgencias. La monitorización se realizó cada 5 minutos y la frecuencia cardíaca fetal se registró desde su ingreso a las 4:40 de la tarde. Posteriormente, se confirmó la crisis hipertensiva y se administraron medicamentos de sulfato de magnesio, seguido de antihipertensivos orales. La paciente presentó taquicardia fetal y sufrimiento fetal, por lo que se preparó para la terminación del embarazo. El Dr. Víctor Rodrigo, ginecoobstetra, monitoreó el sufrimiento fetal y se ordenó una cesárea para la terminación del embarazo debido a la taquicardia fetal aguda. Los síntomas de preclancia incluían cifras tensionales persistentes y uno de los síntomas de alarma fue el dolor de cabeza y en la boca del estómago. La cesárea se realizó a las 8:30 de la noche, luego del ingreso a las 4:30 de la tarde. Posterior a la cesárea, la paciente fue hospitalizada en estado general estable, presentando dolor y sangrado en el postoperatorio. ¿Cuál era el protocolo de Medilaser para este tipo de situaciones? La paciente fue anunciada en la ventanilla de admisiones, ingresada al cuarto piso para valoración de triage y consulta por medio de ginecología. Se contaba con un protocolo de guías en cuanto al manejo de patologías en gestantes, basado en las directrices del Ministerio de Salud.

Riesgo de edad de la paciente incidió en su diagnóstico en específico de la preclancia. Por el cuadro clínico que presentaba la paciente ese era el único tratamiento clínico para la paciente. En el informe de necropsia se evidencia que la cantidad de sangra a que se halló a la paciente a nivel abdominal y a nivel torácico y el paraganglioma periférico a nivel de orla. La causa de la muerte obedece a un infarto secundario, indica la testigo que clínica Medilaser dispuso de todos los medios que disponía en favor de la paciente.

VICTOR MANUEL RODRÍGUEZ MACHUCA, especialista en Ginecología y Obstetricia, ginecólogo en la Clínica Medilaser por prestación de servicios desde el año 2009, tiene vínculo con Medilaser y sigue trabajando en consulta y cirugía programada.

Presentaba dolor de cabeza, cursaba un embarazo de 31 semanas y algunos días. La médica que la recibió me la comentó, yo la valoré y consideramos que ella tenía un cuadro clínico compatible con una preeclampsia severa. Se dio manejo a la crisis hipertensiva, se pidieron exámenes de laboratorio de bienestar fetal para tratar de normalizar los síntomas. Analizamos los exámenes y fueron normales excepto la enzima hidrológica. Presentaba taquicardia y muchos latidos del corazón fetal, y luego presentó una desaceleración, latidos bajos por debajo de los límites normales. Entonces se hizo diagnóstico de sufrimiento fetal, lo cual requería manejo de terminación del embarazo con carácter urgente porque el feto estaba corriendo mucho riesgo en el útero materno. Se pasó a sala de cirugía para lograr turno quirúrgico y se desembarazó a las 10 de la noche sin ninguna complicación en el acto. El bebé nació prematuro, pero en aceptables condiciones, fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos para neonatos y la mamá siguió su manejo médico postoperatorio en el servicio de obstetricia. La edad es un factor de riesgo, no se identificó otro factor de riesgo, los síntomas que presentaba. En el protocolo de manejo de la enfermedad hay que estar vigilando a la madre y al bebé. La monitoria fetal es un procedimiento no invasivo que permite una evaluación rápida del estado fetal. Así como se solicitaron laboratorio y manejo médico, se administraron líquidos y se solicitó la monitoria fetal para ver en qué condiciones estaba el bebé, ese examen fue el que nos puso alerta por el estado fetal. La preeclampsia es una enfermedad que afecta a la madre y al feto. Hay manejos que permiten prolongar el embarazo, pero la mejor opción es desembarazar a la madre porque ambos salen de la situación de riesgo. Se le iniciaron líquidos endovenosos, se le inició sulfato de magnesio, se le inició con un bolo de labetalol, nifedipina, también betametasona para maduración del feto, y creo que inicialmente eso. Aspecto para la cesárea; los hallazgos de la monitoría fetal fueron los determinantes para decidir la finalización del embarazo con carácter urgente porque el manejo farmacológico tal vez mejoró el estado clínico de la madre, pero el feto siempre seguía presentando afectación de la frecuencia cardíaca registrada en la monitoría fetal. Se obtuvo un recién nacido prematuro y en relación a la madre no hubo ningún hallazgo, presentó un sangrado de leve a moderado durante la cesárea, no presentó ninguna alza intencional que demostrara complicación de su patología de base. No complicaciones en la cesárea. El sangrado fue moderado, pero es difícil cuantificarlo, uno calcula que debió de sangrar alrededor de unos muy subjetivos hemoglobina que bajaron después de la cirugía de 13 gramos y antes de la cirugía y de 10 después de la cirugía sin llegar a ser una anemia crítica que requiriera transfusión. Se hicieron seguimientos y no requirió otra opción. La evolución de la paciente, por lo que conozco, figura en la historia clínica, la paciente según los registros evolucionó favorablemente y tuvo un egreso en buenas condiciones. Posteriormente presentó nueva sintomatología que fue manejada en otra institución diferente a la clínica y presentó un desenlace fatal, lo demás no me consta.

La paciente requería de manejo inmediato por especialista: responde sí. Indica el testigo que él la revisó en el ingreso de la paciente, diciendo el manejo que se instauró. En esa época el especialista no debía firmar la historia clínica, usualmente se valoraba conjuntamente con la nota general que se había valorado por el especialista, quedaba el registro en la historia clínica. La preeclampsia severa es el diagnóstico, se hizo en sus síntomas que presentaba la alteración que compromete tanto a la madre como al feto. La preeclampsia se presenta con mujeres embarazadas con elevación de la tensión arterial y que, según su severidad, afecta a otros órganos y al feto. Los síntomas se hablaban hasta hace unos años de tensión alta, proteinuria, edema materno. Hoy se

tiene en cuenta los edemas, se mantiene la proteinuria y la elaboración del laboratorio y pruebas de bienestar fetal.

Riesgos hay tanto para la madre como para el feto. Para la madre, puede evolucionar hacia eclampsia con convulsiones, complicaciones a sistema nervioso central, otros órganos, hígado, riñones, sistema hematológico, disminución de las plaquetas, alteración de las pruebas de coagulación. A futuro, puede producir hipertensión, puede producir la muerte y a nivel fetal, afectación del bienestar fetal con riesgo de muerte para el feto.

¿Puede generar falla hepática la preeclampsia? La complicación más frecuente es el estallido hepático, puede afectar una función transitoria o definitiva en el funcionamiento hepático. Puede presentar compromiso en plaquetas y puede haber sangrado en el acto operatorio o sangrados a nivel de actos de la paciente. No tengo conocimiento de afectación a largo plazo de tipo hematológico. La evolución que se hace debe aparecer en el estado clínico de la paciente y pues el sangrado es uno de los parámetros que hay que evaluar y anotar de las evaluaciones que se hace del estado de la paciente. Fue el cirujano principal en la cesárea que se realizó a la paciente.

¿Por qué no se registró el sangrado de la paciente? Se le pone de presente el informe:

CLINICA MEDILASER S.A.
NIT: 813001952-0
INFORME QUIRURGICO

Ingreso: 1484238
Número de Folio: 6
Ubicación: CLINICA MEDILASER S.A. TUNJA - QUIROFANO TUNJA

Apellidos: FONSECA FORERO
Nombre: LIZETH MARIANA
Dirección: CARRERA 3-3-19 - SORA - SORA
Teléfono: 3208107037
Profesión: ESTUDIANTE SECUNDARIA
Entidad Responsable: CAFESALUD EPS
Seguridad Social: CAFESALUD EPS

Tipo Documento: T1
Número: 1002631138
Edad: 15 Años 00 Meses 02 Dias (21/04/2001)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo Afiliado: BENEFICIARIO
Estado Civil: SOLTERA
Grupo Étnico: NINGUNO

EQUIPO QUIRURGICO

Profesional	Perfil	Principal
VICTOR MANUEL RODRIGUEZ MACHO	Cirujano	<input checked="" type="checkbox"/>
GESLY YOVANA CARO PINEDA	Anestesiólogo	<input type="checkbox"/>
LADY DIANA MORENO CABEZAS	Instrumentador	<input type="checkbox"/>

Página 1 / 2

DESCRIPCION QUIRURGICA

Hallazgo Operatorio:

LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, RN MASCULINO, CEFALICO DE 1800 GMS, TALLA 43 CMS, APGAR 8/10 Y 8/10 RECIBIDO POR DRA CONEJO. TROMPAS Y OVARIOS MATERNOS NORMALES

Detalle Quirúrgico - Procedimientos:

1. ASEPSIA Y ANTISEPSIA;
2. LAPAROTOMIA SUPRA-PUBICA TRANSVERSA POR PLANOS TIPO PFANNESTIEL;
3. HISTEROTOMIA SEGMENTARIA TRANSVERSA TRANS-PERITONEAL
4. EXTRACCION FETO MASCULINO DE CARACTERISTICAS YA DESCRITAS
5. TOMA DE MUESTRA SANGUINEA DE CORDON UMBILICAL PARA HEMOCLASIFICACION Y TSH
6. ALUMBRAMIENTO MANUAL, LIMPIEZA DE CAVIDAD UTERINA. SE INDICA OXITOCINA 10 UI IV DIRECTAS Y 10 UI EN GOTEO A 100 CC X HORA
7. HISTERO-RRAFIA EN 2 PLANOS (PERFORANTE TOTAL E INVAGINANTE) CON CROMADO CERO
8. REVISION DE HEMOSTASIA A SATISFACCION
9. CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR PLANOS: APONEUROSIS CON VICRYL CERO, TEJIDO GRASO Y PIEL CON PROLENE 3-0

Impreso el 11/06/2021 a las 15:37:07 Por el Usuario 8CT - YUDY MARCELA BERNAL - TJA
Indigo Crystal.Net - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to CLINICA MEDILASER S.A. Nit: 813001952-0

Usted no registró el sangrado de la paciente:

No, no aparece registrado. Dr. Porque se contempla que una cesárea sangra alrededor de 600-800 ccm. La percepción es que fue una cesárea que sangró lo normal, es muy

Difícil cuantificar el sangrado, es muy difícil cuantificar el sangrado en cantidades muy precisas en ese momento, pues uno llenaba una descripción quirúrgica abierta como la que figura en la historia clínica. Hoy en día ya hay un informe quirúrgico donde se solicita que uno anote las compresas, cálculo del sangrado, ya hoy en día es más preciso. En esa época uno hacía el acto quirúrgico y la apreciación del sangrado. Si era anormal uno anotaba en las anotaciones "sangrado anormal". Yo percibí que era un sangrado el usual de una cesárea común, por eso no aparece.

No registré que el sangrado fuera normal o anormal. El sangrado, en percepción, fue normal, pero no registré, no se registraban, uno registraba cuando era anormal. Sin embargo, de todas maneras, se pidieron controles de hemoglobina para tener un dato más objetivo de si el sangrado fue importante y requería una medida adicional.

Sobre los reportes de hemoglobina de la paciente: 14.1 a su ingreso. Posterior al acto tiene hemoglobina de 10.

El hecho de que de un día para otro se haya disminuido la hemoglobina de la paciente no es indicador de que hubo una hemorragia en el acto quirúrgico. De pronto sí, Dr. Pero yo no conocía el resultado del examen en ese momento. De todas maneras, todo procedimiento sangra y una cesárea sangra, baja la hemoglobina, pero no a unos niveles clínicos de transfusión o de control. De hecho, ella estaba bien al momento de su salida.

Indica que valoró después a la paciente, pero no está seguro, sí está seguro de que se dejó en las órdenes que se hiciera un seguimiento de la recuperación en cuanto a signos vitales y que avisaran en caso de alguna alteración. La cesárea se terminó pasadas las 10 de la noche.

Testimonio de Lorena Quiñonez, tuvo vínculo con la Clínica Medilaser desde el 2012 hasta el 2019 en el área de ginecobstetricia como enfermera auxiliar:

Fue la encargada del monitoreo fetal, la toma de laboratorios, administración de medicamentos. La paciente se monitorea por su estado de embarazo avanzado, el monitoreo fetal se registra en la historia clínica. De acuerdo al récord, se le ingresa al sistema como tal. Cuando la atención es inmediata no hay tiempo para el registro, primero se actúa y luego se registra el récord. El monitoreo estricto estaba cada 5 o se programaba el monitor para que fuera cada 5 minutos o 10 minutos. Estábamos al lado de la paciente para verificar su monitoreo. Se podían atender 4 pacientes. Para ese momento había un auxiliar de enfermería, la jefe de turno, el médico y el especialista. La jefe de turno estaba Mónica Talero. Mi labor llegó hasta donde trasladé a la paciente a sala de cirugía, ahí ya no tengo contacto con la paciente.