

## Prueba pericial

Gabriel Eduardo Paz Burbano <gabrielepazb@hotmail.com>

Vie 1/03/2024 11:32 AM

Para: Juzgado 03 Administrativo - Nariño - Pasto <adm03pas@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (298 KB)

PERITAJE DR PAZ.docx;

Obtener [Outlook para iOS](#)

San Juan de Pasto 1 marzo de 2024

Señores

**JUZGADO TERCERO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PASTO  
PASTO**

**ASUNTO: Respuesta prueba pericial.**

**Radicado: 52 001 33 33 0003 2021 – 00002 – 00**

1. En los controles prenatales realizados a la paciente ZAIRA JULIETA PORTILLA, los médicos que realizaron estas atenciones podían determinar de forma temprana que en el momento del parto la presentación fetal seria mano-cara y que se presentaría un prolapso del cordón?

**RESPUESTA:** en los controles prenatales previos al trabajo de parto no era posible determinar que el feto venga con una presentación fetal mano-cara, igualmente es difícil predecir en estos controles prenatales un prolapso de cordón.

2. Los resultados de las ecografías revisadas en controles prenatales podían haber ayudado a los médicos de control prenatal para determinar de forma temprana que la presentación fetal en el parto seria mano-cara y que se presentaría un prolapso de cordón o definitivamente estas complicaciones solo se presentan y se determinan en el momento del trabajo de parto?

**RESPUESTA:** con las ecografías tomadas a la gestante durante el control prenatal es difícil determinar de forma temprana que la presentación fetal en el momento del parto sea de cara-mano o poder definir previamente un prolapso de cordón.

Esta presentación compuesta como se conoce y el prolapso de cordón solo se identifica clínicamente durante el trabajo de parto cuando ya existe dilatación del cuello uterino, y en el caso del prolapso de cordón previamente debe existir una ruptura de membranas.

3. Nos podría dar a conocer cuáles son las etapas que tiene el trabajo de parto normal y en cuál de ellas se puede determinar la presentación fetal mano- cara y el prolapso de cordón?

**RESPUESTA:** los periodos de trabajo de parto son cuatro:

- ❖ **1. DESCENSO Y DILATACIÓN:** caracterizado por inicio de las contracciones uterinas, dilatación, borramiento y descenso de la presentación fetal. Este tiene dos fases, una fase latente y una fase activa, durante la fase latente inicia la actividad uterina con dilataciones tempranas y en la fase activa ya tenemos una actividad más regular con una dilatación mayor de 5cm.

Es en este periodo donde ya se podría identificar una presentación compuesta (mano-cara) y podría presentarse también un prolapso de cordón, si existiera una ruptura de membranas.

- ❖ **2. EXPULSIVO:** caracterizado por una dilatación completa de 10cm, y un descenso de la presentación importante. En las pacientes multigestantes que han tenido más de dos hijos por parto vaginal puede presentarse el prolapso de cordón, en

## ¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

esta fase y generalmente después de la ruptura de membranas. Igualmente se puede identificar en este periodo una presentación compuesta mano-cara.

- ❖ **3. ALUMBRAMIENTO:** es la salida de la placenta, el feto ya ha salido previamente.
- ❖ **4. HEMOSTASIA:** son las dos primeras horas después de la salida de la placenta. Periodo importante porque es aquí donde se producen las hemorragias después de la atención del parto que causan la morbilidad materna

4. La edad gestacional tiene mayor confiabilidad con las ecografías tomadas a temprana edad gestacional o todas las ecografías son válidas para obtener esta información?

**RESPUESTA:** la ecografía obstétrica del final de primer trimestre del embarazo es la ideal para realizar el cálculo de la edad gestacional. Hoy solicitamos en la mayoría de las pacientes gestantes la ecografía de tamizaje genético que se toma a partir de las 11- 14 semanas. Esta ecografía es la que tomamos de referencia para el cálculo de la edad gestacional.

5. Nos puede explicar cómo se realiza y cuál es el objetivo de la realización de monitores fetales. Hay un tiempo establecido por la normatividad vigente de las normas de salud para repetir controles con esta ayuda biomédica?

**RESPUESTA:** el monitoreo fetal es un instrumento que tiene dos conexiones externas. Una se coloca en el fondo del útero que es el tocometro y valora las contracciones uterinas, la otra conexión se coloca en el lado de la madre donde se identifique el dorso del feto, este es el doppler que evaluará la frecuencia cardiaca fetal. (Los latidos del corazón del feto).

La monitorización del feto es una forma de evaluar el bienestar fetal y ayuda a conocer como esta en general la oxigenación del bebe dentro de la cavidad uterina.

La monitorización electrónica fetal es una forma de evaluar la oxigenación fetal que es tan indispensable durante el trabajo de parto. La correcta y oportuna identificación de aquellos fetos que experimentan un compromiso marcado de su oxigenación los expone a un riesgo mayor de morbilidad materna.

El registro electrónico de los latidos cardiacos, se ha convertido en la forma estándar de la evaluación fetal intra parto. Determinados cambios o alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal relación con las contracciones uterinas son consecuencias de la hipoxemia y/o acidemia fetal.

La monitorización electrónica fetal intrauterina es una técnica que consiste en la monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal y de las contracciones uterinas, manteniendo un registro grafico en un papel termo sensible.

Existe una indicación médica para la realización después de las 30 semanas y es cuando la paciente refiere disminución de los movimientos fetales, y también la podemos realizar durante el trabajo de parto.

Durante la realización intraparto se hace en la primera fase generalmente (primer periodo descenso y dilatación). Sin embargo es importante tener en cuenta que en las pacientes que tengan un riesgo alto para el trabajo de parto debería realizarse una monitorización continúa.

6. El antecedente de la paciente ZAIRA PORTILLA (Cirugía previa por quiste de ovario) es un indicador de remisión por urgencia vital o es un indicador de remisión que daría espera a realizar el procedimiento de referencia con col center de EAPB de la usuaria de forma programada?

**RESPUESTA:** el antecedente de la paciente ZAIRA PORTILLA de cirugía previa por quiste de ovario o de un embarazo ectópico resuelto quirúrgicamente (como aparece en la historia clínica) no es una indicación para una remisión de urgencia vital. Inclusive considero que no se consideraría como un factor de riesgo para la atención de parto en nivel I.

7. En su experiencia profesional, cual es la probabilidad de que un médico en la realización de tacto vaginal ocasione una ruptura de membranas?

**RESPUESTA:** no es frecuente que el médico al tactar a la paciente en los periodos iniciales del trabajo de parto rompa las membranas. Si existen situaciones, que favorecen esta ruptura de membranas como son: las infecciones, las membranas que han estado expuestas por mucho tiempo, tactos repetidos. Algunas escuelas como a la que yo pertenezco rompemos las membranas en la fase activa del trabajo de parto (primer periodo del trabajo de parto), la realizamos primero para mejorar la dinámica uterina durante el trabajo de parto y además podemos observar la cantidad y la calidad de líquido amniótico, es decir que podemos observar si el líquido está claro o esta meconiado. Si en algún momento hubiese una ruptura de membranas temprana ósea iniciando el trabajo de parto lo más seguro que no es por una mala técnica del médico que realiza el tacto.

8. Que significado médico tiene el registro de la historia clínica donde se determina que el líquido salió con “meconio” durante el tacto vaginal?

**RESPUESTA:** la presencia de meconio sobre todo de meconio grado III es muy importante. El registro en la historia clínica de la paciente de presencia de meconio grado III es una alarma importante que debemos encender.

Durante el siglo XX se introdujo el concepto de que el pasaje de meconio al líquido amniótico es un indicador potencial de asfixia fetal. El escape de meconio es un signo característico de asfixia eminente. El meconio que es la deposición del feto en el líquido amniótico debido a la relajación de musculo esfínter del ano secundaria a la oxigenación deficiente de la sangre fetal.

Sin embargo, nosotros los obstetras sabemos que la Predicción de sufrimiento fetal o asfixia fetal basada en la presencia de meconio durante el trabajo de parto reviste un valor relativo.

Realmente es un tópico oscuro. Efectivamente, aunque un 12 a 22% de los trabajos de partos se complican por la presencia de líquido amniótico con meconio, solo un pequeño subgrupo de estos se relacionan con la muerte del feto o el neonato.

**MECONIO:** corresponde a las primeras heces eliminadas por un recién nacido poco después del nacimiento.

9. Que complicaciones se pueden desencadenar en las pacientes que presentan ruptura prematura de membranas ovulares?

**RESPUESTA:** la ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto en cualquier estadio de la gestación se conoce con el nombre ruptura prematura de membranas.

La patogenia (causa) de la ruptura de membranas es incierta. Lamentablemente no se ha conseguido avances significativos en la prevención en esta grave complicación del embarazo.

Las complicaciones van a depender de la edad gestacional. Pueden afectar a la madre, al feto o a ambos.

En la madre generalmente aumenta el riesgo de infecciones sistémicas (endometritis, coreoamnionitis, infección generalizada) y en el feto además de la prematuridad también aumenta en el riesgo de infecciones y de problemas respiratorios.

Si tenemos en cuenta una paciente con embarazo a término (embarazo a término: 37 a 41 + 6 semanas) como nuestra gestante, no se consideraría una ruptura prematura de membranas, sino una ruptura intraparto.

En estas gestantes dicha ruptura de membranas puede ocasionar un prolapso de cordón, un desprendimiento de placenta, una embolia de líquido amniótico (líquido amniótico pasa a los pulmones de la madre produciendo una falla respiratoria). Complicaciones tan graves que pueden llevar a un sufrimiento fetal agudo hasta la muerte del feto o del neonato.

10. La presentación mano-cara y el prolapso de cordón son complicaciones que se pueden presentar por la ruptura prematura de membranas?

**RESPUESTA:** Si

11. Que tan frecuente es de acuerdo a su experiencia y a la literatura médica vigente la presentación mano-cara durante el trabajo de parto?

**RESPUESTA:** las presentaciones compuestas (mano-cara, cabeza-brazo) se producen en un 3 a 4% de los partos a término y se pueden identificar más en la fase activa del trabajo de parto donde la dilatación va ser mayor de 5 -6cm.

12. Que tan frecuente es de acuerdo a su experiencia y a la literatura médica vigente el prolapso de cordón durante en trabajo de parto?

**RESPUESTA:** un prolapso de cordón umbilical es cuando este precede al feto a través de la vagina. Se describe en la literatura que puede presentarse en uno de cada mil partos aproximadamente. Es poco frecuente.

Cuando se presenta un prolapso de cordón umbilical el cuerpo del feto puede hacer presión sobre el cordón e interrumpir el riesgo sanguíneo al feto.

El hallazgo más importante de un cordón umbilical prolapsado es verlo en el canal vaginal o sentir la pulsación del cordón antes de que nazca el feto durante la realización del tacto vaginal. El prolapso de cordón se considera una emergencia obstétrica. De no resolverse, la tasa de mortalidad fetal es elevada.

## ¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

**13.** La presentación mano-cara podría ser identificada por médica de urgencias durante tactos vaginales realizados en centro de salud SALUDYA ESE YACUANQUER?

**RESPUESTA:** sí. Las presentaciones compuestas y en general todas las presentaciones se identifican cuando realizamos el tacto vaginal y cuando encontramos ya una dilatación del cuello uterino.

**14.** El prolapso de cordón umbilical podía ser identificado por médica de urgencias durante tactos vaginales realizados en el centro de salud SALUDYA ESE YACUANQUER?

**RESPUESTA:** Si. El prolapso de cordón umbilical se identifica mediante el tacto vaginal, palpando los latidos del cordón y muchas veces observando el cordón umbilical en el canal vaginal.

**15.** Que riesgos o complicaciones pueden presentarse en la madre o recién nacido si se atiende su parto en ambulancia durante traslado asistencial básico?

**RESPUESTA:** si estamos remitiendo a una gestante a un nivel de mayor complejidad es porque hemos encontrado algún factor de riesgo materno fetal o ambos para atender ese parto en un nivel I.

Por ejemplo: si la remisión la realizamos por amenaza de parto pretermino, es porque vamos a necesitar de un pediatra y/o neonatólogo para la atención del recién nacido.

Las ambulancias medicadas aunque no son el mejor lugar y seguro para la atención de un parto deben tener lo necesario para la atención del mismo, los riesgos materno y del recién nacido si atendemos un parto en una ambulancia dependerá del equipamiento tanto del personal médico y para médico y de los elementos necesarios existentes en la ambulancia para la atención del parto.

Por eso es importante identificar el riesgo temprano y hacer la remisión pronta para obtener mejores resultados.

**16.** Para usted, la conducta de la médica de urgencias del centro de salud SALUDYA ESE YACUANQUER de devolverse a la sala de partos de la ese para garantizar un parto institucional seguro cuando aún se encontraba en las calles del municipio se puede considerar una decisión correcta para salvaguardar la vida de la madre y su menor hija?

**RESPUESTA:** Si. De acuerdo a la historia clínica del centro de salud SALUDYA ESE YACUANQUER, el bebe tenía una fetocardia normal y no se describe ninguna otra alteración que podría uno pensar que el bebe no se podría atender en ese nivel; además así como se describen los hallazgos en historia clínica, el parto se hacía inminente.

**17.** Una vez la médica de urgencias determina que el parto se encuentra estacionado no progresa decide nuevamente retomar la remisión como urgencia vital a una institución de mayor complejidad. Esta decisión en su experiencia de acuerdo a la dificultad en la etapa de expulsivo?

**RESPUESTA:** sí. La situación es muy diferente al punto anterior donde la paciente decide regresar al centro de salud para la atención del parto; ya que este momento el médico ha

## ¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

observado el no descenso de la presentación fetal en el periodo expulsivo y fue correcto llevar a otro nivel que podrían resolver este problema.

18. En este caso en particular, podría usted determinar que la presentación fetal mano-cara fue la causa de la no progresión del expulsivo en la señora ZAIRA PORTILLA?

**RESPUESTA:** sí. La presentación compuesta mano-cara es una presentación distosica (difícil) que pudo haber sido la causa para que no haya progresión en el descenso del feto.

19. Según la historia clínica, durante el ingreso de la señora ZAIRA PORTILLA a la clínica Hispanoamérica se hace evidente el prolapso del cordón umbilical por parte de medica de ese, inmediatamente es valorada y atendido su parto por equipo multidisciplinario. Para usted fue oportuna la atención que recibió la señora ZAIRA PORTILLA desde el momento de identificar el prolapso de cordón umbilical?

**RESPUESTA:** considero que la atención de la paciente ZAIRA PORTILLA y del recién nacido en la clínica Hispanoamérica fue oportuno, seguro y ajustado a los protocolos que existen para la atención del parto. No olvidemos que según la historia clínica tanto del lugar de remisión y de la clínica Hispanoamérica que atendió el parto el recién nacido ya estaba obitado cuando llego a esa institución.

20. De acuerdo a la literatura médica el procedimiento denominado KRISTELLER que fue realizado finalmente para lograr el nacimiento de la menor hija de la señora ZAIRA PORTILLA en clínica Hispanoamérica es necesario en la atención del parto?

**RESPUESTA:** Si. Fue un procedimiento necesario para obtener el nacimiento. Según las guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías 11-15.2013 nos habla de evitar la realización de procedimientos como episiotomía y kristeller. Pero es decisión del profesional que atiende el parto de decidir si realizarlas o no.

21. si no se hubiera realizado la maniobra de KRISTELLER (maniobra innecesaria según normatividad vigente) en este caso en particular, la etapa del expulsivo hubiese continuado prolongándose a pesar que la señora ZAIRA PORTILLA se encontraba en un nivel de mayor complejidad?

**RESPUESTA:** Si. Es claro que la realización de la maniobra de KRISTELLER permitió el nacimiento más rápido de la hija de la señora ZAIRA PORTILLA.

Es importante tener en cuenta que para que nazca un feto, a parte de las contracciones y de la posición de la madre es muy necesario el pujo de la gestante

22. cuáles fueron los hallazgos físicos encontrados en la menor hija de la señora ZAIRA PORTILLA en el momento del expulsivo, maniobras de reanimación y posteriormente declarar el fallecimiento de la menor?

**RESPUESTA:** los hallazgos físicos encontrados en la recién nacida hija de la señora ZAIRA PORTILLA fueron:

- ❖ Sexo: femenino
- ❖ Nació: sin signos vitales

## ¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

- ❖ Se observó prolapso de cordón umbilical
  - ❖ Líquido amniótico meconio grado III
  - ❖ Peso recién nacido: 3150gramos talla: 49cm livideces en todo el cuerpo.
- Apenas nace recién nacido, pediatra de la clínica Hispanoamérica realiza maniobras de reanimación cardiopulmonar sin obtener respuesta. Consideran óbito fetal.

**23.** Cuales fueron la causa principal y las causas relacionadas que se determinaron la realización del certificado de defunción. Se registraron por hallazgos físicos o por proceso de necropsia realizada al cuerpo de menor fallecido?

**RESPUESTA:** el certificado de defunción fue realizado por medico patólogo después de realización de la necropsia del recién nacido. Los diagnósticos anatomopatológicos finales fueron:

- ❖ 1. Feto femenino de 38 semanas de edad gestacional por biometría
- ❖ 2. Peso y talla adecuados para la edad gestacional
- ❖ 3. Asfixia intraparto secundaria a prolapso del cordón umbilical
- ❖ 4. Placenta con presencia de histiocitos con pigmento de meconio en el amnios y cordón umbilical, marcada con gestión vascular y hemorragia de la pared vascular y del estomago.
- ❖ 5. Tiempo estimado de la muerte fetal menor a 6 horas

GABRIEL PAZ BURBANO  
Medico Gineco obstetra  
Hospital Universitario Departamental de Nariño.