

Manizales, agosto 26 de 2024

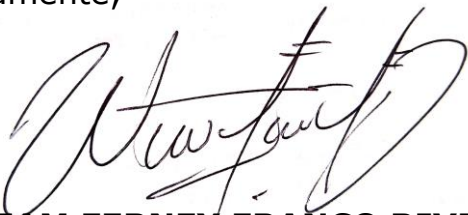
Doctor
JORGE WILDER GIL OSPINA
Juzgado Noveno Administrativo del Circuito
Manizales Caldas

ASUNTO: **APORTA DICTAMEN PERICIAL**
RADICADO: 2020-00045-00
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA – FALLA MÉDICA
Y PRESTACIÓN EN EL SERVICIO
DEMANDANTES: DIANA ISABEL AGUDELO AGUDELO Y OTROS
DEMANDADOS: HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINA Y OTRO

WILLIAM FERNEY FRANCO RIVERA, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía **No. 75.065.897** de Manizales (Caldas), con **T.P. No. 268.080 del C. S. de la J.**, obrando en mi condición de Apoderado Judicial de la señora **DIANA ISABEL AGUDELO AGUDELO Y OTROS**, en contra del **HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINA, Y OTRO**, me permito allegar DICTAMEN PERICIAL, lo anterior, de conformidad con lo ordenado en auto de sustanciación número 292 del 16 de julio del año 2024, el cual concedió un término de 30 días adicionales para allegar el mismo.

Anexo dictamen pericial y anexos en treinta y seis (36) folios en un (1) archivo PDF

Atentamente,



WILLIAM FERNEY FRANCO RIVERA
C.C. 75.065.897 Manizales
T.P 268.080 de C.S. de la J.

Señores

**JUZGADO SEPTIMO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
MANIZALES**

REF. **DICTAMEN PERICIAL** Radicado 2020 - 045

JOSÉ NORMAN SALAZAR GONZALEZ, en mi calidad de médico con formación y experiencia en Medicina Forense, Auxiliar de la Justicia, procedo a rendir DICTAMEN PERICIAL sobre el caso de la atención del embarazo y parto de la señora **DIANA ISABEL AGUDELO AGUDELO**, para presentar como prueba dentro del proceso de la referencia.

Manifiesto, bajo la gravedad del juramento:

- Que la opinión científica y técnica aquí contenida la he realizado con total independencia y corresponde a mi real convicción profesional.
- La labor encomendada la he realizado con objetividad e imparcialidad, teniendo en consideración tanto lo favorable como lo desfavorable para cualquiera de las partes.
- Que desde el año 2009 soy auxiliar de la Justicia y he presentado numerosos dictámenes periciales como médico perito ante diferentes despachos judiciales del país.
- Que NO he realizado antes, dictámenes periciales en la cual las partes hayan intervenido, conforme registro que se encuentra disponible en su momento.
- Prometo desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el cargo de Perito, al contar con los conocimientos necesarios para rendir el dictamen.
- Manifiesto de antemano, que me pongo a disposición, para ratificar el contenido del Dictamen pericial rendido ante autoridad judicial, para rendir las aclaraciones y/o complementaciones que se requieran, y/o para

ser interrogado sobre el Dictamen Pericial por el juez y las partes en la respectiva audiencia.

- No poseo ninguna incompatibilidad o impedimento de las establecidas en la Ley.
- Las evaluaciones, análisis, métodos e investigaciones son idénticas a las que he venido utilizando durante más de 15 años que he ejercido labores de perito, evaluador de atención medica
- Finalmente, manifiesto que adjunto soportes que en forma sucinta, documentan mi formación, experiencia e idoneidad para rendir el presente dictamen.

OBJETIVO DEL DICTAMEN

De acuerdo a lo solicitado, se me ha pedido evaluar la atención de embarazo y parto realizada a la señora DIANA ISABEL AGUDELO AGUDELO, la cual es objeto de análisis en este proceso.

RESUMEN DEL CASO OBJETO DE ESTA EXPERTICIA

Proceso de atención de la señora DIANA ISABEL AGUDELO AGUDELO de 29 años en control de su segundo embarazo (G1/P1/V1) que inicia controles prenatales en el Hospital San Marcos el 17 de agosto de 2017 con una gestación en la cual se desconoce la fecha de ultima menstruación, luego por ecografía tomada el día 22 de septiembre de 2017 se establece edad gestacional de 31 semanas.

Se tuvieron los siguientes controles prenatales:

17 de agosto de 2017 cita con médico general Carlos Mario Arias Trujillo quien remite para el ingreso a programa de control de embarazo.

7 de septiembre de 2017 con enfermera jefe Angelica María Hernández, aquí se ordena todos los paraclínicos: exámenes de sangre.

19 de septiembre de 2017 en esta cita acude a control con reportes de exámenes siendo atendida por la médica general Natalia Alejandra Castro Rocha, se ordena ecografía obstétrica, citología vaginal que fue tomada el 21 de septiembre de 2017 y se solicitó valoración por obstetricia.

22 de septiembre de 2017 es realizada ecografía obstétrica por el especialista en Ginecoobstetricia Carlos Arturo Cifuentes. Y fue la que determina embarazo único de 31 semanas + o - 1 semana.

24 de septiembre de 2017 control con médico gineco obstetra, a pesar de que el medico deja registro de que la paciente no aporte paraclínicos evidencio que en la historia clínica su reporte ya estaba. Destaca alto riesgo obstétrico en embarazo de 31.2 semanas y lo justifica en: ingreso tardío a controles prenatales, control prenatal inadecuado, sin paraclínicos, carece de apoyo de pareja, RM leve. Solicita nuevos paraclínicos de control y nuevo control por ginecología con reportes

16 de octubre de 2017 control con médico general Daniel Santiago Niañez M., esta fue una consulta efectuada cuando la paciente indica que se le están hinchando mucho los pies durante esta se reporta monitoreo fetal realizado en el cual se indica: *"FC basal 140, adecuada variabilidad, adecuados movimientos fetales, no actividad uterina en el trazo, categoría uno"*. Después de un periodo de observación y con un diagnóstico de falso trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación se ordena su salida.

30 de octubre de 2017 atendida por el médico general Benjamín Rafael Moreno se indica control en 15 días.

16 de noviembre de 2017 atendida por el doctor Benjamín Rafael Moreno se ordena monitoreo fetal cada tres días.

El 23 de noviembre de 2017 control con medico gineco obstetra Carlos Arturo Cifuentes quien indica gestación de 39 semanas, al examen no encontró alteraciones y solicita monitoreo fetal electrónico, ecografía obstétrica, cita a admisiones de parto y dan signos de alarma. Destaco que no evidencio que se haya realizado monitoreo fetal y no aparece registro de interpretación en su historia.

El 26 de noviembre de 2017 llega a urgencias a las 06+25 y es atendida a las 7+14 consulta indicando lo siguiente MC "tengo dolores"

"EA paciente de 29 años de edad, secundigestante G2/P1/A0/C0/V1, amenorrea desconocida, con 40.2 semanas de gestación por ecografía obstétrica del 22.09.17 que reporta edad gestacional de 31 semanas, ha asistido a 5 controles prenatales, hemoclasificación O+, trae paraclínicos hepatitis B, VIH, VDRL, Toxoplasma IGM: negativos Osallaban pre: 79mg /DL POS 119mg/dl. Consulta por cuadro clínico de una hora de evolución consistente en dolor tipo contracción, salida de tapón mucoso niega salida de líquido, niega síntomas urinarios o premonitorios, refiere sentir movimientos fetales activos". Al Examen clínico destaco que la presión y signos vitales eran normales útero grávido AU38cm situación longitudinal, presentación cefálico encajado dorso izquierdo FC fetal 146/min, se percibe actividad uterina. TV cuello anterior, dilatación 9 cm borramiento 90%, estación -2 membranas íntegras abombadas ..." fue hospitalizada.

Posteriormente aparece nota de parto a las 8+59 a.m. Con el siguiente registro en la historia clínica:

4

"Objetivo: Previa asepsia y antisepsia de la zona perineal se atiende el parto a las 07+50 horas con 20 minutos de expulsivo durante el cual FOF sin complicaciones se obtiene producto de tipo masculino en presentación cefálica se realiza pinzamiento habitual del cordón umbilical con presencia de tres vasos se limpian secan y aspiran secreciones Apgar al minuto tres al minuto se toman muestras para TSH y hemoclasificación del recién nacido alumbramiento activo con ayuda de 10 U de oxitocina disueltas en 500 cc de SSN que ocurre a los 10 minutos con ayuda de tracción controlada del cordón umbilical masajes uterinos placenta tipo Schultze completa sangrado estimado en 300 CC se realiza episiorrafia con Catgut cromado 20 sin complicaciones alumbramiento supervisado por medico de apoyo recién nacido con Apgar de 3/10 por lo que se pasa a la lámpara de calor radiante para iniciar reanimación del mismo."

Con relación al recién nacido aparece que con Apgar 3/10 por lo que se pasa a lámpara de calor radiante para iniciar reanimación del mismo, se aspiran secreciones, se inicia estimulación táctil se toma FC en 130/minuto, continuo la apnea secundaria, sin esfuerzo respiratorio se pasa a VPP, SAO2 95%.

Con relación a la atención del recién nacido encuentro una nota del médico general Hernán Felipe Tangarife quien expone

"...recién nacido con Apgar de 3/10 por lo que se pasa a la lámpara de calor radiante para iniciar reanimación del mismo.

-Se aspiran secreciones

-Se inicia estimulación táctil

-Se toma FC en 30 x minuto

Continua en apnea secundaria sin esfuerzo respiratorio se pasa a VPP Sa22 95%.

-Posterior cae saturación continua sin ningún esfuerzo respiratorio FC en 55 x MM se pasa a compresiones torácicas + VPP.

-Se recupera FC color sonrosado continuando sin tono ni esfuerzo respiratorio se continua VPP sin mejorar Sa22 N recuperación del neonato por lo que se indica IOT con tubo 3.5 en adecuada posición logrando expansión torácica y mejorando con esto Sa22.

-Posteriormente cae FC a 55 x MM por lo que se requiere ½ ampolla de adrenalina recuperando con esto FC.

-Se canaliza Cordón umbilical

-Se inicia dextrosa al 10% a 2cc KG.

-Se cubre con bolsa plástica.

-Incubadora no funciona.

-Se hace traslado primario del menor a UCI neonatal en ambulancia medicalizada.

Análisis: -Hipoxia neonatal secundaria se pasa menor a calor radiante iniciar reanimación.

Plan de tratamiento: - se pasa menor a calor radiante.

- Se aspiran secreciones.
- Se inicia estimulación táctil
- Se toma FC en 13 x MM
- Continua en apnea secundaria sin esfuerzo respiratorio se pasa a VPP 2a22 95%.
- Posterior cae saturación continua sin ningún esfuerzo respiratorio FC en 55 x MM se pasa a compresiones torácicas + VPP.
- Se recupera FC con color sonrosado continuando sin tono ni esfuerzo respiratorio se continua con VPP sin mejorar Sa22 ni recuperación del neonato por lo que se indica IOT con tubo 3.5 en adecuada posición logrando expansión torácica y mejorando con esto Sa22.
- Posterior cae FC a 55 x MM por lo que requiere ½ ampolla de adrenalina recuperando con esto FC..."

El especialista en ginecoobstetricia interviene mucho tiempo después de la atención del parto, hace un control el 26 de noviembre de 2017 a las 10+32 a.m. nota efectuada por el especialista Carlos Arturo Cifuentes y al día siguiente hay otro control con especialista de gineco obstetricia efectuado el 26 de noviembre a las 10+20 a.m. por el doctor Roque Armando López.

Ya en el SES Hospital de Caldas al cual inicia a las 9+16 a.m. referencia un extenso proceso de atención en muy malas condiciones que en su primer momento describe la siguiente nota.

"Paciente que ingresa a la Unidad por urgencia vital refiere que traslada a neonato que nacimiento sin esfuerzo cianótico e hipotónico que dan ciclo de VPP y no mejora por lo que medico decide realizar intubación endotraqueal cabe anotar que se realizo con tubo endotraqueal con balón en la unidad llega en camilla con bolsa autoinflable que recibe auscultación cardiaca bradicardico se da ciclo con VPP con reanimación pieza en T sin mejoría por lo que pediatra decide retirar tubo nasotraqueal se evidencia neumotaponador se decide cambio de turno endotraqueal por uno TOT # 4.0 se realiza primer intento pediatra refiere que pasa cuerdas vocales pero al inicio de VPP no escucha ventilador ningún campo pulmonar ni movimiento pulmonares se continua con VPP y compresiones por FC menor de 60LPM pediatra decide retirar TOT y nuevamente intentar paso de tubo endotraqueal con mismos hallazgos de laringoscopia que los dos últimos intentos pediatra ordena dosis de atropina se continua VPP por otro ciclo y se coloca nueva dosis de adrenalina se continua con masajes cardiacos y VPP lleva mejoría de trazo de EKG pero ruidos respiratorios abolidos. Pediatra decide paso de peri craneal por dos espacios intra claviclar línea medio claviclar en pulmón derecho e izquierdo, en derecho se alcanza a drenar 150 CC de aire y en izquierdo 95 CC de aire mejoría de ruidos respiratorios, se toma RX de tórax, el cual se corrobora neumotórax que comprime todo el pulmón y parte de izquierdo que continua con reanimación y nueva dosis de adrenalina mejoría de frecuencia cardiaca, se observa espación de tórax se pasa sonda orogástrica por abdomen distendido se conecta ventilador de servocuna PIP 18 PEE 6 FIO2 100% IMV 40, pediatra decide paso de catéter arterial y venoso de catéter

multipropósito PIGTAIL 10 FR x 5 hemotórax derecho se conecta a tubo trampa se procesan gases arteriales acidemia metabólica PH 5.8 PCO2 37 PQ 2 86HCO3 6.3 BE 24 lactato 16 nueva radiografía de tórax bien posicionado y tubo orotraqueal se observa sobre cama por lo que se decide retirar 0.5 CM queda a 11 CM de labio superior. Se traslada a incubadora se conecta a ventilación mecánica de alta frecuencia VAFO + VG para manejo se síndrome de escape aéreo frecuencia de 11 HZ VC 1.6 CCXG VC 6.1 CC relación FE 1.1 FLo2 inicial al 40% amplitud controlada por el volumen objetivo, amplitud máxima de 35 CMH20 queda bajo estricto monitoreo.”

En la hospitalización en el SES el paciente posee condiciones muy inestables se hicieron diagnósticos de manejo de sospecha asfixia perinatal severa en cefalopatía hipóxica isquémica, neumotórax bilateral con tubo de tórax derecho hiponatremia, hipertensión pulmonar, en manejo permanente en la unidad de cuidado intensivo y el 26 de noviembre de 2017 fue trasladado (después de 9 días de cuidado básico neonatal) a Meintegral para continuar su tratamiento y manejo con atenciones hasta el 15 de diciembre de 2017.

DOCUMENTACION ANALIZADA

Para el presente dictamen pericial se me ha presentado los siguientes documentos:

- A) Historia clínica del proceso de atención realizado en IPS Hospital San Marcos del municipio de Chinchiná (Caldas).
- B) Historia clínica del proceso de atención de Luis Alejandro Agudelo Agudelo realizado en IPS SES Hospital de Caldas del municipio de Manizales (Caldas).
- C) Historia clínica del proceso de atención de Luis Alejandro Agudelo Agudelo realizado en IPS Meintegral del municipio de Manizales (Caldas).

CONCLUSIONES Y RESPUESTAS

Visto lo anterior y en relación al objeto del dictamen pericial me permito presentar las siguientes respuestas a preguntas formuladas sobre la atención de la atención del embarazo y parto de la señora **DIANA ISABEL AGUDELO AGUDELO** y el nacimiento del menor **LUIS ALEJANDRO AGUDELO AGUDELO** , para presentar como prueba dentro del proceso de la referencia.:

- 1. ¿De acuerdo a la historia clínica de la señora DIANA ISABEL AGUDELO AGUDELO, tuvo controles prenatales, cuántos?**

RESPUESTA:

Si se tuvieron controles prenatales:

17 de agosto de 2017 cita con médico general Carlos Mario Arias Trujillo quien remite para el ingreso a programa de control de embarazo.

7 de septiembre de 2017 con enfermera jefe Angelica María Hernández, aquí se ordena todos los paraclínicos: exámenes de sangre.

19 de septiembre de 2017 en esta cita acude a control con reportes de exámenes siendo atendida por la médica general Natalia Alejandra Castro Rocha, se ordena ecografía obstétrica, citología vaginal que fue tomada el 21 de septiembre de 2017 y se solicitó valoración por obstetricia.

22 de septiembre de 2017 es realizada ecografía obstétrica por el especialista en Ginecoobstetricia Carlos Arturo Cifuentes. Y fue la que determina embarazo único de 31 semanas + o - 1 semana.

24 de septiembre de 2017 control con médico gineco obstetra, a pesar de que el medico deja registro de que la paciente no aporte paraclínicos evidencio que en la historia clínica su reporte ya estaba. Destaca alto riesgo obstétrico en embarazo de 31.2 semanas y lo justifica en: ingreso tardío a controles prenatales, control prenatal inadecuado, sin paraclínicos, carece de apoyo de pareja, RM leve. Solicita nuevos paraclínicos de control y nuevo control por ginecología con reportes

16 de octubre de 2017 control con médico general Daniel Santiago Niañez M., esta fue una consulta efectuada cuando la paciente indica que se le están hinchando mucho los pies durante esta se reporta monitoreo fetal realizado en el cual se indica: FC basal 140, adecuada variabilidad, adecuados movimientos fetales, no actividad uterina en el trazo, categoría uno. Después de un periodo de observación y con un diagnóstico de falso trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación se ordena su salida.

30 de octubre de 2017 atendida por el médico general Benjamín Rafael Moreno se indica control en 15 días.

16 de noviembre de 2017 atendida por el doctor Benjamín Rafael Moreno se ordena monitoreo fetal cada tres días.

El 23 de noviembre de 2017 control con medico gineco obstetra Carlos Arturo Cifuentes quien indica gestación de 39 semanas, al examen no encontró alteraciones y solicita monitoreo fetal electrónico, ecografía obstétrica, cita a admisiones de parto y dan signos de alarma. Destaco que no evidencio que se haya realizado monitoreo fetal y no aparece registro de interpretación en su historia.

2. ¿Evaluando la historia clínica de los controles prenatales, que factores de riesgos se identificaron?

RESPUESTA

Evidencio que el 24 de septiembre de 2017 se tuvo control con médico ginecoobstetra, en el mismo se encuentra como factores de riesgo para determina el alto riesgo obstétrico: ingreso tardío a controles prenatales, control prenatal inadecuado, sin paraclínicos, carece de apoyo de pareja, RM leve. Y de mi análisis también encuentro el factor de procedencia o residencia en el área rural.

3. ¿Evaluando la historia clínica de los controles prenatales, le fueron realizados los exámenes y ayudas de laboratorio ordenadas por los medico tratantes?

RESPUESTA

Se documenta en la historia clínica los controles de laboratorio que le fueron ordenados dentro del plan de controles prenatales, estos fueron realizados y sus resultados fueron normales.

En consulta médica realizada el 16 de noviembre de 2017 atendida por el doctor Benjamín Rafael Moreno se ordena monitoreo fetal cada tres días, pero no evidencia que los mismos se hayan realizado; y el único monitoreo fetal efectuado durante el embarazo, su interpretación está registrada en la atención efectuada el 16 de octubre de 2017 con médico general Daniel Santiago Niañez M.

4. ¿Qué importancia tiene estos factores de riesgo en el control prenatal, y para el trabajo de parto?

De acuerdo con documentos técnicos científicos, respondo esta pregunta

"Identificación de factores de riesgo El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos. En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la

identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal. Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y pos parto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo.”

5. ¿Qué es un monitoreo fetal?

RESPUESTA

Es un procedimiento electrónico que permite, mediante ultrasonido, captar los latidos cardiacos fetales y llevarlos a un registro escrito, como un electrocardiograma, para el análisis de la actividad cardiaca fetal como manifestación de su reserva de oxígeno. Este procedimiento dura en promedio 20 minutos.

El monitoreo electrónico capta la actividad cardiaca y fetal y la imprime en un papel termo sensible en un trazo específico para ser evaluado por el médico hay dos clases de monitorización.

- a. Interna en el cual los transductores se colocan directamente en la pared de la cavidad uterina y en contacto con el feto.
- b. Externa en la cual los transductores que captan tanto la actividad uterina como la actividad cardiaca fetal se ubican sobre el abdomen de la madre.

Se realiza monitoreo fetal a fetos cuya edad gestacional sea igual o superior a 26 semanas.

Además el monitoreo electrónico fetal se puede realizar:

- Cuando la paciente no presenta contracciones (MEF sin stress)
- Cuando la paciente tiene actividad uterina – contracciones (MEF con stress).

Actualmente los MEF se clasifican en categoría I, II, II

Se habla del MEF con stress categorías I (antes llamado reactivo) cuando en el registro de la actividad cardiaca encuentra.

- Frecuencia cardiaca fetal entre 110 y 16 latidos por minuto.
- Una variabilidad adecuada de la actividad cardiaca fetal

La variabilidad se refiere a las fluctuaciones de la FCF basal (rango de amplitud tipo nadir) que son irregulares en amplitud y frecuencia. La variabilidad ideal es de 6 a 25 latidos minuto a minuto.

La reactividad- aceleraciones que son incrementos abruptos en la FCF por encima de la basal mayor a 15 latidos por minuto durante 15 segundos.

Debe haber mínimo 2 movimientos fetales en 20 minutos y cada movimiento fetal debe asociarse a aceleraciones con FCF de 15 a 25 latidos por minuto durante 15 segundos.

No puede haber descensos- desaceleraciones de la FCF profundas y amplias durante la prueba.

El elemento más importante en la MEF es la presencia de aceleraciones denominadas reactividad – en el registro gráfico.

En el monitoreo fetal electrónico con stress en una prueba de la reserva fetal que mide la capacidad de respuesta del feto ante un stress agudo (hipoxia aguda) que implica cada contracción uterina ósea al trabajo de parto. Nos ayuda a establecer con buena precisión si la cantidad de oxígeno de que dispone el feto en su sangre es suficiente para soportar la baja de oxígeno que implica cada contracción uterina

Todo lo anterior va dirigido a la detección de la insuficiencia uteroplacentaria que puede manifestarse con una asfixia perinatal.

6. ¿De acuerdo con la historia clínica, le fueron ordenados y realizados en forma adecuada monitoreos fetales como forma de diagnosticar antes del parto: situaciones como asfixia perinatal?

RESPUESTA

Evaluando la historia clínica evidencio que no se realizaron.

En consulta médica realizada el 16 de noviembre de 2017 atendida por el doctor Benjamín Rafael Moreno se ordena monitoreo fetal cada tres días, pero no evidencia que los mismos se hayan realizado y el único monitoreo fetal efectuado su interpretación está registrada en la atención efectuada el 16 de octubre de 2017 con médico general Daniel Santiago Niañez M.

7. ¿Para la atención del trabajo de parto y en atención a su alto riesgo obstétrico se adoptaron todas las medidas necesarias para un oportuno y adecuado tratamiento del mismo?

RESPUESTA

Después de evaluar y analizar la historia clínica concluyo que no se adoptaron todas las medidas necesarias para una oportuna y adecuada atención del trabajo de parto, desde el 16 de noviembre de 2017 se ordena monitoreo fetal cada tres días y no hay ninguna evidencia en la historia clínica que se hubiera efectuado.

El 23 de noviembre de 2017 se tuvo control con medico gineco obstetra Carlos Arturo Cifuentes quien solicita monitoreo fetal electrónico y

ecografía obstétrica y no encuentro evidencia en la historia clínica que se hubieran realizado.

Como indicaciones para atención el parto, por el especialista se indica: cita abierta a admisiones de parto y se dan signos de alarma, pero no se tuvo en cuenta su procedencia del área rural de palestina a efectos de recomendar su desplazamiento residencial al área urbana a corto desplazamiento del centro hospitalario

8. ¿El trabajo de parto fue atendido por médico general o dado su alto riesgo obstétrico lo fue por especialista en ginecoobstetricia?

RESPUESTA

La atención del trabajo de parto fue realizada por médico general en el Hospital San Marcos de Chinchina.

9. ¿En qué fecha se produjo el parto y a qué hora intervino el especialista en ginecoobstetricia?

RESPUESTA

El parto se produjo 26 de noviembre de 2017 a las 7: 50 A.M.

El especialista en gineco obstetricia interviene mucho tiempo después de la atención del parto, hace un control el 26 de noviembre de 2017 a las 10+32 a.m. nota efectuada por el especialista Carlos Arturo Cifuentes.

10. ¿Con ocasión del trabajo de parto se hizo apertura y diligencio el partograma?

RESPUESTA

En la documentación analizada no evidencio que se haya diligenciado y realizado registro en el partograma

11. ¿de acuerdo a la historia clínica analizada para el presente caso, fue adecuada la atención del trabajo de parto?

RESPUESTA

Después de haber analizado en forma integral el trabajo de parto de la señora Diana Isabel Agudelo Agudelo concluyo que la atención del trabajo de parto que se produjo el día 26 de noviembre de 2017 no fue adecuada, lo anterior soportado en los siguientes elementos:

- A la paciente no se le realizaron monitoreos fetales electrónicos anteparto que fueron ordenados y no realizados y que buscaban diagnosticar en forma preventiva el análisis de la actividad cardiaca fetal como manifestación de su reserva de oxígeno que ante un trabajo de parto (Stress fisiológico) pudiera desencadenar un sufrimiento fetal agudo o una asfixia perinatal.
- A la paciente no se le indica que dado su alto riesgo obstétrico debía permanecer en área urbana para tener la oportunidad de acceder a un servicio de salud en el menor tiempo posible.

- Durante el trabajo de parto se produjo asfixia perinatal, lo cual fue una complicación que fue documentada en relación a las consecuencias irreversibles sobre el recién nacido.
- En la atención del trabajo de parto no se realizaron los registros adecuados
- No se percibe que frente a una paciente de alto riesgo obstétrico, el trabajo de parto fue acelerado, siendo este el principal factor de riesgo que no se controló y no se adoptaron las medidas encaminadas a tener dispuesto una atención especializada que correspondía a su riesgo detectado.
- La IPS a efectos de la atención de trabajo de parto y en referencia a la atención del recién nacido, no tenía disponibilidad de incubadora
- Un hallazgo incidental durante este peritaje y es una conducta inapropiada en referencia a los registros de la historia clínica: en las notas de enfermería hay una nota clara efectuada el 28 de noviembre de 2017 en donde se indica que las notas de enfermería del día 16 de noviembre de 2017 (atención parto) fue realizada correspondiendo al turno de Rosalba Ocampo y la realizó con el código de Elida Marulanda Hincapié.

12. Que es la asfixia perinatal

RESPUESTA

Es una grave perturbación metabólica fetal ocasionada por una rápida disminución del intercambio gaseoso feto-materno, que da lugar a hipoxia, hipercarbia y a acidosis fetal, provocando lesiones tisulares irreparables, la muerte del feto o comprometiendo la normal adaptación neonatal.

13. ¿El menor Luis Alejandro Agudelo Agudelo sufrió asfixia perinatal al momento de su nacimiento?

RESPUESTA

Si, este diagnóstico está plenamente soportado tanto en la nota médica de la atención del trabajo de parto como en la historia clínica de la atención en la IPS SES Hospital de Caldas y la IPS Meintegral.

14. ¿Cuál fue el origen o momento en el cual se produjo esta asfixia perinatal?

RESPUESTA

Como su nombre lo indica, el origen se produce alrededor de la atención del trabajo de parto siendo una situación de gran stress fisiológico que se tiene por parte del ser viviente en su trance de nacimiento

15. ¿En la historia clínica está documentado que se hayan tomado medidas preventivas a efectos de atenuar o evitar la

asfixia perinatal que se produjo durante el nacimiento del menor Luis Alejandro Agudelo Agudelo?

RESPUESTA

En forma específica no se evidencian acciones o medidas durante el control de la fase final del embarazo y durante el trabajo de parto que hubieran sido encaminadas a tener un efecto tendiente a evitar la presentación de asfixia perinatal o a hacer un diagnóstico antes del parto de factores que pudieran incidir en el mismo.

16. ¿Cuál fue la consecuencia en la vida del menor Luis Alejandro Agudelo Agudelo de esa asfixia perinatal sufrida durante la atención de su trabajo de parto?

RESPUESTA

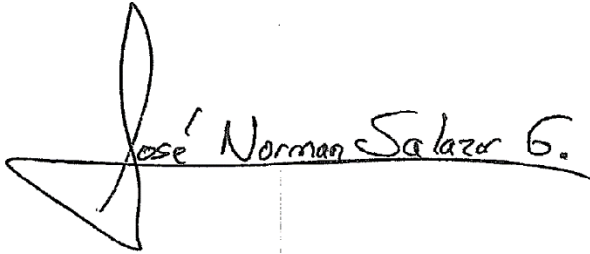
Concluyo y así está documentado en la historia clínica que se produjo daño neurológico, que como su definición lo establece "El daño neurológico perinatal es considerado como la lesión del cerebro que altera la integridad estructural y funcional del sistema nervioso en desarrollo secundario a un evento perinatal." Las manifestaciones documentadas son la de presentación de cuadro de epilepsia, trastorno en su desarrollo psicomotor y trastornos en la esfera cognitiva que a lo largo de su vida se presentara de diferentes formas.

BIBLIOGRAFIA

1. Guías de atención prenatal de la Secretaria de salud Bogotá. Se consultan en este link <https://www.saludcapital.gov.co/dds/publicaciones/guia%201.%20%20control%20prenatal%20y%20factores%20de%20riesgo.pdf>
2. Variaciones alrededor del sufrimiento fetal agudo, Dr. Cesar Bernardo Ospina Arcila, departamento de obstetricia y Ginecología Fac de Medicina Universidad de Antioquia.
3. Guía de sufrimiento fetal agudo, ESE Clínica de maternidad Rafael Calvo C. Se anexa pdf.
4. Daño Neurológico secundario a hipoxia isquémica perinatal. Gabriela Romero Esquiliano y otros. Arch. Neurocién. (Mex., D.F.) v.9 n.3 México sep. 2004

En los anteriores términos, emito el dictamen y quedo presto a cualquier aclaración o complementación

Adjunto hoja de vida, soportes y relación de Dictámenes periciales emitidos



JOSE NORMAN SALAZAR GONZALEZ

Médico Cirujano

Registro medico 5842/1993

Especializado en Medicina Forense

Perito médico – auxiliar de la justicia



SUFRIMIENTO FETAL AGUDO



SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.

Generalidades:

A partir del decimoquinto día de la gestación, el embrión dependerá para su supervivencia del cotidiano aporte de nutrientes y oxígeno provenientes de la madre que por mecanismos de difusión simple o facilitada a través de la placenta son llevados por el cordón umbilical al fetoⁱ.

Cuando este aporte se compromete durante el embarazo por diversas circunstancias, que casi siempre disminuyen gradualmente el aporte de oxígeno y elementos para satisfacer las necesidades nutricionales y respiratorias del feto, provocando la finalización del embarazo en abortos tardíos, un retardo en el crecimiento fetal, su muerte in-utero o un recién nacido mas o menos comprometido; Es lo que se conoce como Síndrome de Insuficiencia Placentaria, en el cual por la instalación lenta pero progresiva del cuadro, permite al feto desarrollar mecanismos de adaptación que le aseguren su supervivencia en este medio hostil al menos durante algún tiempo, pero en desmedro de su normal crecimiento y desarrollo, desencadenando la presencia del complejo sintomático que caracteriza al cuadro denominado como Sufrimiento Fetal Crónico.

Cuando se presentan las contracciones uterinas, durante la primera y segunda etapa del Parto, ellas comprimen los vasos maternos reduciendo el flujo de sangre y a una disminución pasajera de la perfusión utero-placentaria que en condiciones de normalidad es bien tolerada por el feto que se recupera de esta agresión durante el período de circulación normal entre contracciones, pero al presentarse contracciones uterinas anormales conducirán a una disminución aguda del intercambio feto-materno a nivel del espacio intervelloso; En estas mismas circunstancias, frecuentemente la circulación a través del cordón umbilical puede verse comprometida por diversos accidentes. En ambos casos el común denominador, es la instalación súbita de un cuadro de isquemia aguda, que compromete mayormente el intercambio de los gases respiratorios, con deterioro rápido de la homeostasis fetal; presentándose el cuadro conocido como Sufrimiento Fetal Agudoⁱⁱ

En la clínica, es frecuente encontrar en la práctica diaria situaciones que imbrican a ambas situaciones, en las que se agrava, o “agudiza” un sufrimiento fetal crónico.

Actualmente se consideran dos formas de sufrimiento fetal: aguda y crónica. Insistimos en que la forma crónica es debida a una disminución en el aporte de los nutrientes necesarios para el crecimiento fetal intrauterino; y la forma aguda se presenta durante el trabajo de parto, ya que, la contracción uterina representa un estado transitorio de disminución del aporte de O₂ al feto, siendo esta situación bien tolerada por el feto normal, más no por el feto que se encuentra comprometido.

Una vez se establece el S.F. pueden presentarse lesiones que comprometen el S.N.C. e incluso ocasionar la muerte durante el trabajo de parto o en el periodo neonatal; por lo cual es importante un diagnostico y tratamiento oportuno.

DEFINICIÓN

Es una grave perturbación metabólica fetal ocasionada por una rápida disminución del intercambio gaseoso feto-materno, que da lugar a hipoxia, hipercarbia y a acidosis fetal, provocando lesiones tisulares irreparables, la muerte del feto o comprometiendo la normal adaptación neonatal.

INCIDENCIA

Aproximadamente el 20% de los RN presentan valores anormales de la PO_2 , PCO_2 y pH al nacer, sin embargo la mayoría de estos RN no desarrollan ninguna anomalía en el período neonatal.

FISIOPATOLOGÍA

Existen dos causas de acidosis fetal: Alteración en la eliminación del CO_2 y Disminución del aporte de O_2 al feto.

En condiciones normales, la “isquemia transitoria” ocurrida durante cada contracción uterina, es en general bien tolerada por el feto con “buena reserva”, quien mantiene niveles de presión parcial de oxígeno (pO_2), presión parcial de bióxido de carbono (pCO_2) y un pH en límites normales ⁱⁱⁱ.

Cuando se alteran estas condiciones disminuyendo el intercambio gaseoso, se reduce el aporte materno de Oxígeno (O_2), se disminuye la eliminación fetal de dióxido de carbono (CO_2) y consecuentemente aumenta la concentración de hidrogeniones (H^+). Fig. 1.

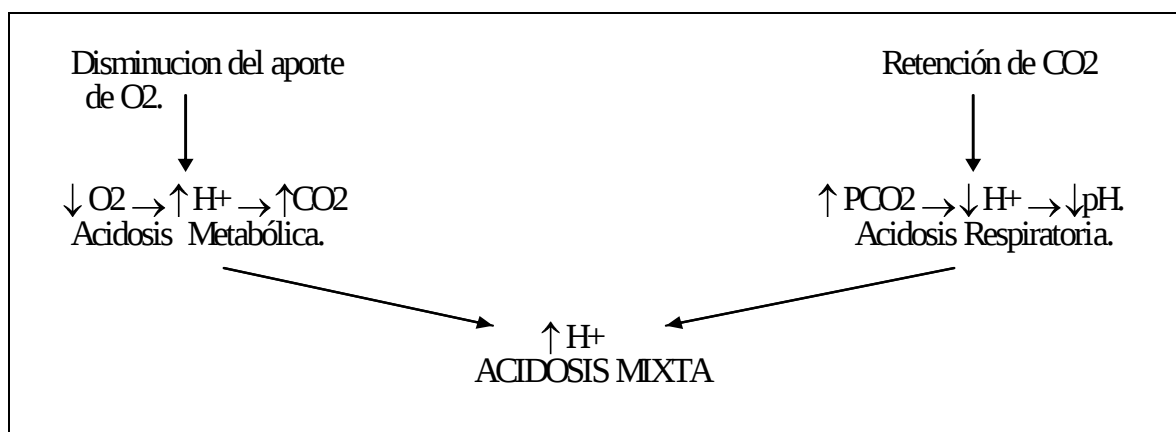


Fig.1. Representación gráfica de los cambios fisiopatológicos que determinan la instauración de la acidosis fetal.

Los gases respiratorios atraviesan la placenta por difusión simple, que depende de la diferencia de presión parcial de los gases en uno y otro lado y del grosor de la membrana placentaria. La pCO_2 medida en cuero cabelludo fetal es de 38-44 mmHg, mientras que la materna es de 18-24 mmHg ^{iv}.

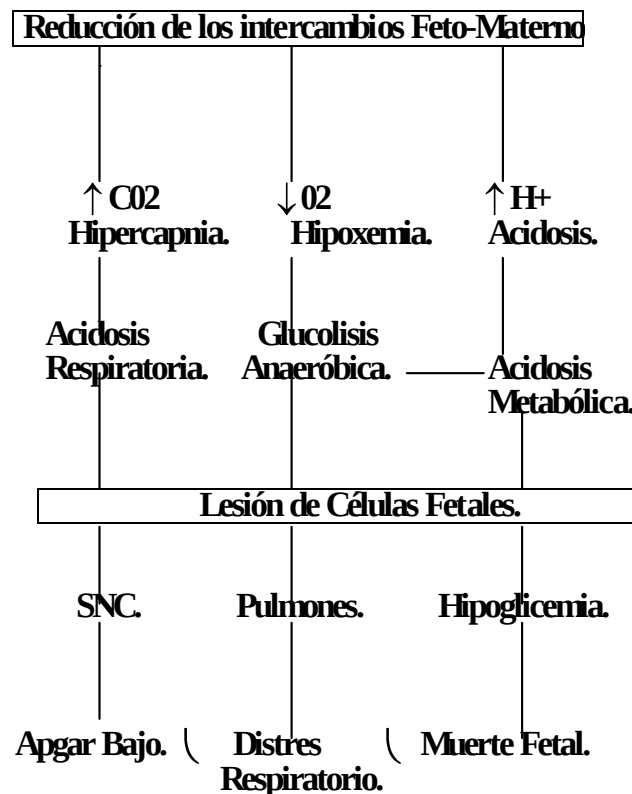
La pO_2 fetal normal es de 20 a 25 mmHg frente a una de 100 mmHg materna; La hemoglobina en la sangre fetal tiene mucha más afinidad que la materna para el O_2 ; Como consecuencia de ello la curva de disociación de la oxihemoglobina fetal está desplazada a la izquierda de la materna. Esta propiedad disminuye la pO_2 del lado fetal y mantiene el gradiente de presión a ambos lados de la membrana placentaria aún cuando el contenido de O_2 de ambas sangres sea el mismo ^v.

La sangre fetal llega a la placenta cargada de metabolitos ácidos y su pH entonces es de 7,24, y la curva de disociación de la Hemoglobina (Hb) se encuentra desplazada hacia la derecha, de forma que prácticamente coincide con la correspondiente a la de la sangre materna a un pH de 7,4. A medida que la sangre fetal se libera de estos metabolitos su pH aumenta y la sangre materna que los recibe, lo disminuye, ante esto, ambas curvas de

disociación de la HbO₂ se desplazan en sentido contrario, la materna a la derecha y la fetal a la izquierda. Si el pH de ambas sangres se equilibra en 7,33 la sangre fetal conduce algo mas de 15 volúmenes de O₂ por 100 ml y la materna sólo 13 volúmenes a la misma presión de 35 mmHg por ejemplo ^{vi}.

El balance normal del estado ácido-base fetal radica principalmente en un sistema tampón o buffer de bicarbonato, sistema que no es tan eficaz intra-uterinamente al no existir la capacidad de eliminar directamente CO₂ hacia la atmósfera.

La retención de CO₂, conduce a un aumento de la pCO₂ fetal (hipercarbia) y a una desviación de la ecuación ácido-base hacia la izquierda con la formación de hidrogeniones, situación conocida como acidosis respiratoria ^{vii}.



Un feto normal necesita 5-10 ml O₂/Kg/min para un desarrollo, crecimiento y pH normales. La disminución del aporte de O₂, conduce a una caída de la pO₂ en la sangre fetal (hipoxemia) que de persistir o agravarse producirá una disminución de la concentración de O₂ en los tejidos (hipoxia). El resultado de la hipoxia es el establecimiento de un metabolismo anaeróbico a nivel celular, generándose 2 moles de lactato y 2 moles de ion hidrógeno por cada mol de glucosa. La producción excesiva de iones hidrógeno, desvían la ecuación ácido-base hacia la derecha con un incremento de la pCO₂, reducen la concentración del buffer (ion bicarbonato y proteínas), originándose un cuadro inicial de acidosis metabólica. También se altera la relación lactato-piruvato con predominio del lactato. La caída del pH interfiere en el funcionamiento de las enzimas. La glucólisis anaeróbica produce 12 veces menos energía que la aeróbica, lo que se compensa aumentando el consumo de glucógeno de reserva y agotándolo; La inhibición de enzimas, el agotamiento de las reservas de glucógeno, y la hipoxia conducen a daño celular que llegarían a ser irreparables. Todos estos constituyen mecanismos de compensación a los

cuales recurre el feto para “salvarse”, pero que originan graves daños en los órganos y en la adaptación del recién nacido^{viii}.

El agotamiento de glucógeno es mucho más rápido a nivel cardíaco, lo cual junto con las interferencias enzimáticas, sobre todo con los que intervienen en la bomba de sodio-potasio y la persistencia de la hipoxia, producen una falla cardíaca grave que empeorará el cuadro general y conduciendo al feto a la muerte.

Las características mismas del equilibrio ácido-base del feto hacen que la mayoría de los casos de Sufrimiento fetal Agudo que cursan con acidosis, se encuentren componentes de ambos tipos: metabólica y respiratoria. Ver Figura 2.

CORRELACIÓN CLÍNICA.

En circunstancias en las cuales existe un feto comprometido crónicamente o bien cuando existe disminución aguda de la perfusión utero-placentaria, se produce isquemia y caída de la pO₂ hasta niveles críticos de 17 a 18 mmHg, momento en el cual son estimulados los quimiorreceptores en las arterias carótidas. Por un mecanismo reflejo, mediado por el sistema autónomo los receptores estimulados envían mensajes al tallo cerebral, el cual mediante estimulación simpática alfa, produce taquicardia fetal y constricción de los vasos de resistencia en extremidades y visceral (Aumento del peristaltismo intestinal y expulsión intrauterina de meconio; Isquemia pulmonar = SDR del recién nacido), asegurando de esta manera una perfusión adecuada al nivel de cerebro y corazón. Al agravarse o aumentar la hipoxia, los barorreceptores reaccionan con un vínculo aferente al tallo encefálico y desencadenan una respuesta vagal eferente, que se traduce en la aparición de los DIPS II y en episodios de bradicardia, cada vez de mayor amplitud y más persistentes. Al ponerse en marcha el metabolismo anaerobio, el feto se torna acidótico y en este estado el tallo cerebral responde menos a los estímulos apareciendo la hiporreflexia del sistema nervioso central (baja puntuación en la calificación de apgar); en este punto deja de funcionar el mecanismo reflejo del tallo sobre el corazón. Cuando la hipoxia a nivel del SNC es intensa se presentan cuadros de hemorragias Cerebral que de ser intensa y sobre todo agudas se acompañan de hemorragias intraventriculares.

Al agravarse la acidosis, se agotan las reservas de glucógeno, sobre todo en la célula miocárdica, y esto junto con la perturbación que la caída del pH produce en las enzimas de la membrana celular que regulan el equilibrio del potasio conducen a la depresión directa del miocardio con aumento en la profundidad de los DIPS II y de la bradicardia, que en estas circunstancias se acompañan de la pérdida de la variabilidad de la fcf registrada en el monitoreo electrónico.

ETIOLOGÍA Y PATOGENESIS:

Los intercambios entre feto y madre en condiciones normales dependen de los siguientes requisitos:

1. Aporte de sangre al útero normal en calidad y en cantidad.
2. Aporte adecuado de sangre materna al espacio intervilloso a través del útero.
3. Intercambio normal a través de la membrana placentaria.
4. La capacidad del feto de transportar sangre en cantidad y calidad suficiente:
 - 4.1. Alas vellosidades coriales para que se realicen los intercambios feto-maternos.

4.2. A los demás tejidos fetales para satisfacer sus necesidades metabólicas.

En procura de una categorización que permita una rápida clasificación fisiopatológica del SFA que facilite y oriente el manejo clínico, exponemos la siguiente; Sin embargo es importante aclarar que en la práctica es frecuente observar la interacción de dos o más alteraciones en un mismo paciente.

1. Disminución del aporte sanguíneo al útero en cantidad o calidad

Se considera que el valor del gasto cardíaco en el útero grávido en el tercer trimestre corresponde a 10 ml por cada 100 gr, por minuto. Nótese que las causas que originan la disminución se intrincan y su manejo variado y complejo, pero absolutamente prevenible.

1.1. Disminución del gasto cardíaco materno:

- Shock Hipovolémico.
- Síndrome Supino hipotensivo.
- Hipotensión Materna. (Anestesias peridurales, por drogas, deshidratación, etc.

1.1.2. Compresión de la Aorta y vasos ilíacos (efecto Poseiro), en el decúbito dorsal.

1.1.3. Por vaso constricción periférica. (Toxemia, Hipertensión crónica, vasculares periféricas, esclerosis de vasos uterinos, etc.).

1.2. Alteración en la calidad de la Sangre Materna:

- Cardiopatía.
- Neumopatías.
- Status Asmático.
- Síndrome Anémicos.

2. Alteración del Aporte adecuado de sangre materna al espacio intervelloso a través del útero.

- Alteración por hipertoniá uterina:
- Hiperdinamia uterina. (Polisistolia, hipersistolia, hipertoniá).
- Trabajo de parto prolongado.

3. Disminución del intercambio feto-materno por alteraciones placentarias:

- Hipertensión arterial con o sin toxemia agregada.
- Isoinmunización por Rh.
- Diabetes.
- Infartos placentarios.
- Placenta senescente.
- Placenta Previa.
- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta.

4. Disminución del intercambio feto-materno por alteraciones del cordón y de la sangre fetal:

- Circulares, nudos, procidencias, compresiones, Tumores, Ruptura por Vasa previa.
- Anemia fetal. (Isoinmunización, Hidrops,
- Modificaciones del equilibrio ácido-base fetal.

DIAGNOSTICO:

Es muy importante la identificación correcta y oportuna del S.F.A. debido al riesgo de lesión neurológica permanente, falla orgánica multisistémica y muerte. Actualmente contamos con indicadores clínicos, biofísicos y bioquímicos que permiten detectar el compromiso fetal temprano y establecer un tratamiento adecuado.

I. INDICADORES CLINICOS:

1. Presencia de Meconio en líquido amniótico.

En la actualidad se tiende a restar importancia a la presencia de meconio en L.A.; debido a que es un hallazgo inespecífico que puede asociarse a otros problemas fetales diferentes a la hipoxia, como son: malformaciones fetales cardiovasculares, Isoinmunización Rh, Corioamnionitis, preeclampsia, etc.

Se considera el meconio como predictor de hipoxia cuando ocurre en pacientes de alto riesgo y su aspecto es grumoso y de color verde oscuro.

2. Desaceleraciones de la FCF después de la contracción uterina (DIPS II).

Existen 3 tipos de desaceleraciones de la FCF.

DIPS I: Asociado a la contracción uterina, y es debido a compresión de la cabeza fetal. Más frecuentes durante el período expulsivo y cuando existe Ruptura Prematura de Membranas.

DIPS II: Se presentan después de la contracción uterina debido a alteraciones en la reserva de O₂ fetal. Es uno de los signos más confiables de compromiso fetal metabólico.

DIPS III: Asociado o no a la contracción uterina. Es debido a la compresión del cordón umbilical. Se caracteriza por formar imágenes en W en el monitoreo fetal.

La presencia del DIP II con toda las contracciones uterinas es signo de alarma que obliga a descartar la presencia de S.F.A., Se relaciona con hipoxemia y no con acidosis. Su sensibilidad es mayor, especialmente cuando se asocia a la presencia del meconio y disminución de la variabilidad.

La vigilancia fetal con auscultación periódica de la F.C.F. durante el trabajo de parto y partograma son métodos clínicos excelentes para determinar la presencia de S.F.A.

II. METODOS BIOFÍSICOS:

1. MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA. Los elementos a tener en cuenta el trazado de monitoreo son:

1.1. Frecuencia Cardíaca Fetal Basal (FCF Basal):

- Normalmente entre 120-160 lat/min.
- Bradicardia: Menor de 120 lat/min Bradicardia intensa. < 100 lat/min

- Taquicardia > 160 lat/min

1.2. Variabilidad: Oscilaciones de la FCF por encima y debajo de la línea basal. Se expresa en lat/min. Traducen integridad del S.N.C. y de la reserva fetal del O₂.

- Ausente: 0 a 2.
- Mínima: 3 a 5.
- Moderada: 6 a 25.
- Notoria o Aumentada: Más de 25.

1.3. Aceleraciones de la FCF: Relacionados con movimientos fetales y contracciones uterinas. Son elevaciones de 15 lat/min de la FCF por encima de la basal y una duración de 25 seg.

1.4. Desaceleraciones Tardías o DIPS tipo II: Es la caída transitoria de la FCF que se presenta después del acmé de la contracción. Su frecuencia, duración y amplitud se relacionan con hipoxia fetal; pero cuando se dan junto con la pérdida de la variabilidad o con bradicardia, se relaciona íntimamente con acidosis fetal y compromiso serio del SNC.

1.5. Desaceleraciones variables o DIPS III. Es características patología del cordón umbilical. Y su presentación puede coincidir o no con la contracción uterina y su forma muy diversa, de allí su nombre.

- Leve: Duración menor a 30 seg. y una amplitud mayor de 80 lat/min.
- Moderada: Duración de 30 a 60 seg. y amplitud menor a 80 lat/min.
- Severa: Duración mayor de 60 seg. y amplitud menor de 60 lat/min.

Características de la FCF de un feto normal:

1. FCF basal entre 120 a 160 lat/min.
2. Variabilidad mínima a moderada.
3. Presencia de 2 o más aceleraciones en 10 min.

Características de “Alarma” de la FCF:

1. Taquicardia.
2. Bradicardia, con variabilidad conservada.
3. Ausencia de aceleraciones con variabilidad disminuida.
4. Desaceleraciones tardías (DIPS II) con variabilidad conservada.
5. Desaceleraciones variables moderadas o intensas con variabilidad conservada.

Características o Patrón Ominoso en el SFA:

1. Bradicardia Intensa.

2. Ausencia persistente de la variabilidad.
3. Dips II con ausencia de la variabilidad.
4. Dips III moderado o intenso con ausencia de la variabilidad.

Ante el SFA como las reservas de O₂ fetoplacentarias están comprometidas, el registro de la FCF se caracteriza por la presencia de desaceleraciones después de las contracciones (DIP II) y una vez se establece la acidosis, estas desaceleraciones desaparecen y se presenta bradicardia con disminución de la variabilidad.

2 - PERIL BIOFÍSICO FETAL (PBF): Esta prueba determina la presencia o ausencia de asfixia fetal valorando ecográficamente varios parámetros; unos indicadores de compromiso fetal agudo como son: reactividad fetal, movimientos respiratorios, movimientos corporales y otro indicador de compromiso fetal crónico como es el volumen de líquido amniótico. El valor predictivo de esta prueba es alto; sin embargo, *su utilidad es mayor en el control del embarazo de alto riesgo.*

Actualmente también contamos con el PBF modificado como la mejor prueba para *control fetal primario* que combina PNS + EVA (indicador de compromiso agudo) y volumen de L.A. (indicador de compromiso crónico) pero en cuanto a resultados y tasas de intervención muy similares a la monitorización de la FCF con C.U. y al PBF.

III. INDICADORES BIOQUÍMICOS:

Se considera la presencia de asfixia fetal cuando los gases arteriales están por debajo del percentil 5 de la población normal; *son concluyentes y definitivos para establecer en últimas el diagnóstico de SFA.* Es así, como hoy en día se considera universalmente que los valores indicadores de asfixia fetal son los siguientes: pH igual o inferior a 7.12; una pO₂ de 6,5 mmHg o menor, pCO₂ igual o mayor de 71,2 mmHg y un exceso de base menor a -10.

Siendo el pH normal de 7.25 a 7.35, valores entre 7,20 y 7,25 se consideran preacidóticos. Si es menor de 7,20 es concluyente de acidosis fetal.

El nivel crítico de PO₂ es de 18 mmHg (V.N. 20-25 mmHg), por debajo de este se establece la acidosis. Niveles de PO₂ menores o iguales a 10 mmHg se relacionan firmemente con un pH fetal de 7,10 ó menos.

Los valores normales de PCO₂ oscilan entre 40-50 mmHg. Y el exceso de base superar < -10.

Las muestras se pueden obtener de sangre del cuero cabelludo o del cordón umbilical.

La acidosis fetal se desarrolla como resultado de la hipoxia y esta se cuantifica mejor por pH que por determinaciones de oxígeno.

MANEJO:

Al establecer el diagnóstico de S.F.A. deben considerarse las siguientes medidas:

1. Paciente en decúbito lateral: con esta posición, si confirmamos la persistencia del patrón ominoso de la FCF tendremos la gran sospecha de estar ante el S.F.A., además esta posición mejora la perfusión útero placentaria y disminuye la intensidad de las contracciones uterinas.

2. Oxigenación adecuada de la madre.

3. L.E.V.: Prefiriendo los cristaloides.

4. Uteroinhibición: esta es con el fin de tratar de desaparecer las contracciones uterinas que son las que agravan la hipoxia, mejorar la perfusión útero placentaria (al disminuir la cu) y el gasto cardíaco del feto.

Entre las drogas uteroinhibidoras utilizadas están los betamiméticos y siendo de ellos el más empleado la terbutalina 5-10 mcg/min y/o fenoterol 1-4 mcg/min, de este último no se dispone en Colombia de la presentación parenteral. Estas en infusión intravenosa continua, precedidas de una dosis IV de ataque.

Con estas drogas debe tenerse en cuenta:

a) Buscar dosis mínimas para inhibir las contracciones uterinas.

b) Evitar taquicardias mayores de 120 lat/min.

c) Evitar variaciones de la presión arterial superiores al 15% de los valores previos a la administración de la droga.

En caso de SFA se trata de estabilizar la homeostasis fetal antes de su extracción, por lo tanto solo es necesario la administración de una dosis de ataque bien sea terbutalina 1 mg IV Lento diluido en 8 cc de A.D. y pasar a razón de 1cc por minuto ó 250 mcg S.C., ó fenoterol 2,5 mg S.L.

Una vez se toman estas medidas que permiten la recuperación intrauterina del feto (aproximadamente en 40 minutos) debe elegirse la vía del parto, la cual solo será por parto vaginal instrumentado si se alcanzan a llenar los requisitos para la aplicación del forceps, en caso contrario se realizará siempre CST.

HOJA DE VIDA JOSE NORMAN SALAZAR GONZALEZ PERITO MEDICO

DATOS PERSONALES

Nombre: JOSE NORMAN
Apellidos: SALAZAR GONZALEZ
Fecha de nacimiento: septiembre 13 de 1964
Lugar de nacimiento: Aránzazu (Caldas)
Cedula 10.265.957 Registro medico: 01 5842/1993
Dirección oficina: calle 20 No. 22-27 Of 406 Edificio Cumanday
Dirección Consultorio: Centro médico de la Clínica Sam Marcel
Consultorio 407
Teléfonos oficina: 8828319 - 3127425145
Teléfono Celular Personal: 310 - 3909971
Títulos Profesionales: Medico Cirujano
Abogado
Email: josenormansalazar@yahoo.es
Skype: josenormansalazar

INFORMACIÓN ACADEMICA

Estudios Primarios: Escuela Restrepo Maya- Manizales
Estudios secundarios. Instituto Universitario de Caldas
Estudios universitarios Universidad de Caldas, Facultad de Medicina
Grado en 1992
Universidad de Manizales, Facultad de Derecho
Grado en 2001
Postgrado: Derecho del trabajo y seguridad Social, Universidad Pontificia
Bolivariana, Grado en 2004
Master en Medicina Forense, Universidad de Valencia (España)
Especialización Prestaciones Económicas de la Seguridad social CEDDET
(España)/ Organización Interamericana de seguridad social OISS

Otros estudios: - Diplomado en Gerencia Social con énfasis en
Economía Solidaria.
- Diplomado en Medicina del trabajo.
- Diplomado Docencia Universitaria
- Diplomado gerencia Social Universidad Icesi

Cursos: Diversos cursos de sistemas, legislación en salud, asistencia a seminarios, Seminario de Ética empresarial, II congreso de Derecho medico, Congresos médicos, etc.

Curso superior de economía Solidaria, Armenia 2004

DISTINCIONES ACADEMICAS

Monitor Académico distinguido, Universidad de Caldas, Facultad de Medicina, 1991.

Candidato a Ejecutivo Joven del Año en Caldas, 2002

INFORMACIÓN LABORAL

Centro de Salud
Corregimiento de san Diego – Samaná
Febrero – mayo 1992

Hospital Santa Ana
Palestina Caldas
Médico rural
Mayo 1992 – mayo 1993

Instituto de Los Seguros Sociales
Medico de planta: 1993- 2008

Universidad de Manizales Consultorio Jurídico
Asistente Docente 2001- 2002
Docente catedrático 2008, ocasional 2011

Coasmedas
Gerente Seccional Manizales 2001- 2003

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE
Coordinador Científico Regional Caldas
2003 – 2010

Universidad de Caldas
Docente catedrático

Perito Medico – Auxiliar de la Justicia
Desde el año 2009- 2019

Consultor privado en Derecho Medico
Desde el año 2010

Centro Colombiano de Derecho Medico
Coordinador académico

Abogado Litigante en Derecho Civil, Administrativo, laboral,
Disciplinario. Asesor jurídico en diferentes empresas.

Consulta Médica - particular

EXPERIENCIA DOCENTE

Docente catedrático American Bussiness Scool 2003 - 2004
Capacitador el Cooperativismo y legislación Cooperativa, múltiples cursos.

Docente catedrático: Universidad de Caldas, Universidad de Manizales,
Escuela de Carabineros Alejandro Gutiérrez

Conferencista Responsabilidad medica

ACTIVIDADES ACTUALES EN ASOCIACIONES

Academia de Medicina de Caldas, Académico de número, desde 2009.

Colegio Médico de Caldas
Junta directiva, vocal

Integrante de la Red Iberoamericana de Expertos en Seguridad Social
(Ceddet- OISS- Fundación carolina)

Integrante de la Red iberoamericana Salud Derecho
Banco Mundial

CARGOS DIRECTIVOS

Consejo Superior, Universidad de Caldas integrante en representación
de los egresados 2014 - 2016

Consejo Superior Académico, Universidad de Caldas 1986- 1991

Consejo de facultad, facultad de medicina Universidad de Caldas, 1986-1991, y 1995- 1997

Consejo de facultad, facultad de derecho, Universidad de Manizales, 1995- 1997.

Consejo de facultad, facultad de Ciencias para la salud, Universidad de Caldas, 2014 – 2016.

Junta de Vigilancia Coofes 1995- 1997

Consejo de administración Coofes 1999- 2018

Delegado Coomeva: 1995 – 2001 y 2004 al 2007

Miembro y presidente Comité zonal de administración- Coomeva Manizales 1996- 2001.

Miembro y Presidente Comité Regional de administración, Coomeva eje cafetero, 1996- 2000

Integrante de comités: reforma estatutos, planeación, educación, crédito de Coomeva, en diferentes épocas.

Miembro Junta Directiva Coomeva medicina Prepagada, 1998 – 2001, 2005

Presidente Colegio Médico de Caldas 2007- 2014

Integrante y Presidente del Comité de Ética en Investigaciones Clínicas, Fundación Cardiomet Eje Cafetero. 2009 - 2016

Academia de Medicina de Caldas

Académico de número

Integrante Junta directiva 2017 -2018

Corporación Coetika

Comité de Ética en Investigaciones Clínicas

Presidente 2015- 2018

ACTIVIDADES ACTUALES

Miembro de Tribunal de Ética de Grupo Empresarial COOMEVA 2006 – 2022.

Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Caldas, Conjuez 2013 - 2020

Tribunal de ética médica de Caldas, conjuez 2016 -2019.

Academia de Medicina de Caldas
Presidente 2018-2022

Perito médico y Valoración daño Corporal.

Investigación Forense y criminalística IFC
Perito Medico

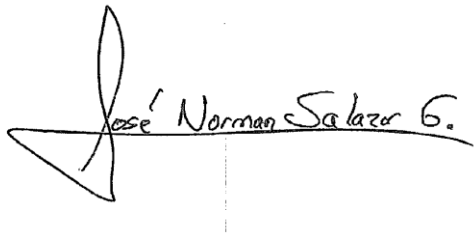
Centro Colombiano de Derecho Medico, Coordinador Académico

Corporación Coetika
Comité de Ética en Investigaciones Clínicas

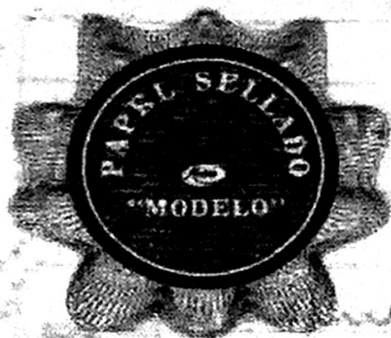
Corporación para las investigaciones biológica CIB
Medellín
Integrante Comité de ética en Investigaciones

Consultor científico
Responsabilidad Médica

Abogado Litigante – consultor jurídico

A handwritten signature in black ink, reading "José Norman Salazar G.". The signature is written in a cursive style with a large, stylized initial 'J'.

JOSE NORMAN SALAZAR GONZALEZ



AA 0401583

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
UNIVERSIDAD DE CALDAS

ACTA DE GRADO N° 000

SESION DE GRADO N° 001

Facultad de **MEDICINA**

Fecha: **31.01.92**

En ceremonia presidida por el Rector de la Universidad de Caldas **RODRIGO RESTREPO GALLEG0**

del Decano **de la Facultad**

de Medicina TULIO MARULANDA MEJIA

y del Secretario General de la Universidad

ARTURO PALACIO JARAMILLO

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS en

nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, confirió

el título profesional de **MEDICO Y CIRUJANO**

a(l) (la)

exalumno(a) **JOSE NORMAN SALAZAR GONZALEZ**

identificado con la

cédula de ciudadanía N° **10.265.957** de **Manizales**

y Libreta Militar

N° **10.265.957** del Distrito **31** por haber cumplido con todos los requisitos

legales y reglamentarios de conformidad con Resolución de Decanatura N° **003**

de **24.01.92** y previo juramento en el que el graduando se comprometió a cumplir fiel y

lealmente la Constitución, las leyes de la República, la ética y los deberes de su profesión. El Rector hizo entrega

del diploma y de las Actas de Grado que le acreditan y habilitan para el ejercicio de la profesión de **MEDICINA**

Y CIRUGIA

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales a los

treinta

días del mes de **enero**

de mil novecientos **noventa y dos.**

RECTOR



DECANO



SECRETARIO GENERAL

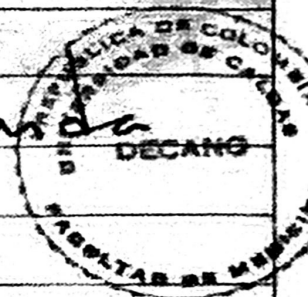


Monitor Distinguido según Resolución 023 del 20.12.91, emanado del Consejo de la Facultad de Medicina.

RECTOR



DECANO



SECRETARIO GENERAL



24.12.91

24.12.91

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIO GENERAL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUCIÓN ÚNICA DEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Registro No.

01 5842/1993

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

SALAZAR GONZALEZ JOSE NORMAN

C.C. y C.E.

CC 18269957

Formación de Educación

UNIV. DE CALDAS

Código 73835/17

De

MANZALES

Código

MANZALES

Fecha de Expedición **29/01/2013**

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1485 DE 1992 Y 4187 DE 2011, QUE
SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.



Máster en Medicina Forense



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Fernando Verdú Pascual con NIF 19.821.628-K, Profesor Titular acreditado a Catedrático de Universidad del área de Medicina Legal y Forense, como Director del Máster en Medicina Forense de la Universitat de Valencia (España)

CERTIFICA

Que don JOSE NORMAN SALAZAR GONZALEZ ha cursado a plena satisfacción las materias impartidas en la duodécima edición del Máster, desde octubre de 2014 hasta julio de 2015, lo que implica una carga horaria de 60 Créditos ECTS, equivalentes a 1.650 horas.

Tras haber superado los cuestionarios y tareas propuestos para evaluar la progresión de sus conocimientos, se encuentra en disposición de solicitar que le sea expedido el Título Propio de la Universitat de Valencia que acreditará su condición de

Máster en Medicina Forense

Para que así conste donde convenga, se expide la presente certificación en Valencia el 29 de julio de 2015.

FERNANDO ALEJO|
VERDÚ|PASCUAL
2015.07.29
07:11:07 +02'00'

DICTAMENES MEDICOS RENDIDOS POR JOSE NORMAN SALAZAR GONZALEZ

JUZGADO	rad	DEMANDANTE	DEMANDADO	PETICIONARIO	OBJETO DICTAMEN	TEMA MEDICO
3º Laboral del circuito	2014-00392	Liliana Patricia Martínez Toro	Junta Nacional de Calificaciones de Invalidez	Juzgado 3º laboral	Calificar PCL	
5º Civil del circuito	2016-631	Daniel Felipe Valencia T.	Suramericana de Seguros	Dr. Jorge E. Cadavid H.	Valoración Daño Corporal	Valoración secuelas
3º Laboral del Circuito Adjunto	2010-620	Luis Enrique Gomez Muño	Gustavo Adolfo Jaramillo y CHEC	Juzgado	Valoración Daño Corporal	Valoración secuelas
Tribunal Con.Administrativo	2012-00242	María Emilia Ospina y otros	Municipio de Manizales y otro	Tribunal	Valoración Daño Corporal	Valoración secuelas
Civil del circuito Anserma		Carlos Arturo Agudelo B.	Julio César Botero Serna	Juzgado	Valoración Daño Corporal	Valoración secuelas
8º Civil Municipal		Luz Margarita Arenas Berrio	Cosmitet Ltda.	Juzgado	Valoración Atención médica	Valoración atención
Prejudicial Area Penal			Andrés Felipe Quintero J.	José Manuel Ríos Castaño	Valoracion Daño Victima	ValoraciónDaños
4º Civil Municipal	2011-0047	María Lyda Barco de Murillo	Aseguradora de vida Colseguros S.A.	Juzgado	Valoración estado de salud	Pre existencias
Prejudicial - Reparación Directa		Yaritza Galvis Montes	Policia Nacional	Victor Hugo López	Valoración Daño Corporal	Valoración secueas
Promiscuo del Cto Pvania	2009-0092	Leonel de Jesús Arias y otros	La CHEC y Otra Aseguradora	Juzgado	Valoracion Daño Corporal	Valoración secuelas
2º Civil del Circuito	2012-0242	Campo E. Sánchez y otros	EPS Cafesalud y EPS Saludcoop	Juzgado	Valoracion Daño Corporal	Valoración secuelas
Prejudicial		Mario Humberto Villa Arcila		Dr Hugo Mario Vargas	Valoración Daño Corporal	Valoración Secuelas
Prejudicial		Luis Carlos Peláez		Dr Hugo Mario Vargas	Valoración Daño Corporal	Valoración secuelas
Prejudicial		Lucila Salgado	SES Hospital de Caldas		Valoración necropsia	Valoración necropsia
		José Mauricio Taborda A.	EPS y Medicina Prepagada Suramericana		Valoración atención medica	Valoración atención
4ºAdtivo de Descongest.	2007-0071	Beatriz Dolores Galindo y otros	Instituto de Seguros sociales	Juzgado	Valoración atención medica	Valoración Atención
Civil del circuito Anserma	2014-0108	Jorge Eliecer Duque García	Luz Elena Montoya Villa	Juzgado	Valoración Daño Corporal	Valoración secuelas
		Brayan Andrés Sánchez	Cafesalud	Prejudicial		
Tribunal Cont. Adtivo	2005-2339	Nohelia Martínez		Tribunal	Valoración Daño Corporal	Valoración secuelas
8º Adminisatrativo del Circuito	2014-0382	Luz ensueño Serna Salazar	Hospital San Vicente de Paul y otros	Dra. María Elena quintero	Valoración daño Corporal	Valoración necropsia
2º Promiscuo Municipal		María A. Martínez González		Juzgado	Valoración Daño Corporal	Valoración secuelas

5ª Ativa Descongestión Cto.	2008-822 y 2010	Jorge Andrés Hernández Montoya		Juzgado	Valoración Daño Corporal	Valoración secuelas
5º Civil Municipal	2012-00453	Diana Marcela Bustamante F.	Wilfor Quiroga	Juzgado	Evaluación estado salud	Valoracion Secuelas
8º Civil Municipal	2012-00664	María Maryori Buitrago G.	Liberty Seguros S.A.	Juzgado	Evaluación estado salud	Pre existencias
1º Civil del circuito		Alfredo de J. Piedrahita R.	Diacorsa S.A.	Juzgado	Valoración Daño Corporal	Evaluación secuelas
8º Civil Municipal	2012-00688	Carlos Mario Arenas A.	BBVA Seguros de Vida y BBVA Banco	Juzgado	Evaluación estado Salud	Pre existencias
4º penal del circuito Cali	2013-0462	Fiscalia	James Arana Castrillón	Dra. Ana Milena Díaz G.	Evaluación atención médica	Atención Urgencias
2º Laboral del Circuito	2015-00088	Cesar Augusto Aguirre Osorio	Willis Colombia corredores de Seguros S.A.	Juzgado	Determinación PCL	Dictamen PCL
Civil del circuito Tulua	2014-038	Cándida Esneda Sánchez Torres y otros	Clínica Sigma Odontologica y otros	Dra. Ana Milena Diaz G.	Evaluación atención médica	Atención Urgencias
2 Administrativo	2014-00246	Ángela Yaneth Henao López	ASSBASALUD y otros	Dr. Ernesto Cardona Tamayo	Evaluación atención médica	Atención urgencias
3 Administrativo de Pereira	2017-334	Sindy Tatiana Jimenez y otros	Francisco Jose Duran Palacio	Dra. Rosario Puerta Bula	Evaluación atención médica	Bronquitis/neumonía
2ª Administrativo de Cartago	2015-784	Adriana Dueñas Montoya y otros	María Angelica Serna Ramírez y otros	Dra. Rosario Puera Bula	Evaluación Proceso atención	Atención Urgencias
Juez Laboral de Reparto	2017-0117	Edelmira Arango	Colpensiones Junta Nacional de Calificaciones de invalidez	Dr. Ernesto Cardona Tamayo	Determinación PCL	Dictamen PCL
3º Civil Circuito Pereira		Carlos Mario Villa	Claudia Patricia Ocampo Velasco	Dra. Rosario Puerta Bula	Evaluación Proceso atención	Cirugía Estétioca
1º Penal Municipal Conocimiento	2013-2161	Jhon Wilder Castaño A.		Jhon Wilder Castaño	Valoración Daño Corporal	Valoración Secuelas
1º Penal del Circuito Chinchiná	2017-80035	Luz Mery Soto Castrillon	Fiscalia	Dr. Javier Orlando Trejos	Evaluación Estado Salud	Necropsia
3º Civil del circuito	2016-00323	José Ramiro Aristizabal M.	Nueva EPS y Clinica Versalles	Juzgado 3 Civil Circuito	Evaluación Proceso atención	Sind Coronario A.
1º Civil del circuito	2017-00354	Diana Marcela Jiménez y otro	Salud Total EPS Clinica Versalles	Dr. Nestor Jimenez	Evaluación Proceso atención	Complicación quirúrgica
6 Administrativo del Cto.	2013-00683	Jhon Fredy Moreno cortes	Clinica la Dorada, Federico Llegas Ibagué	Juzgado	Evaluación Proceso atención	Atención Urgencias
Prejudicial		Celema	Junta Calificadora de invalidez de Caldas	Dr, Carlos Vinasco	Pérdida Capacidad Laboral	Dictamen PCL
2 Civil del circuito	2018-0262	Martha Adriana Giraldo Alzate y otros	Salud Total EPS de Régimen contributivo y Régimen Subsidiado	Dra. Manuela Osorio	Evaluación atención médica	Oportunidad Atención

2 Civil del circuito	2018-0074	Javier E. Gómez Quintero y otros	Suramericana EPS, y Medicina Prepagada y Centro de diagnóstico Urol.	Dr. Sergio Brand	Evaluación atención médica	Infección nosocomial
3 Civil del circuito	2018-010	Yaqueline Marín Díaz y otros	Salud Total EPS. Y Clinica Versalles	Dr. Ernesto Cardona Tamayo	Análisis atención paciente	Cáncer de mama
6 Administrativo del Circuito de Pereira	2018-069	Alicia María Monroy Zapata y otros	ESE Salud Pereira, Salud Total y otros	Dra. Rosario Puerta Bula	Atención Médica de menor	Tosferina/Neumonía
8 Civil Municipal	2019-00055	Luz Amparo Muñoz	Seguros de Vida del Estado	Dr. Hugo Mario Vargas	Determinació PCL	Estado de Invalidez
	2018-0032	Guillermo Arango T.	Carlos Guillermo Ospina y otro	Dr. Cadavid	Valoración daño corporal	Valoración Daño
1 Laboral del Circuito	2014-00032	Hernando Laguna Rubio	Ma. Leonor Castañeda Acosta	1 Laboral del Circuito	Cuantificación honorarios	
5 Administrativo Pereira	2018 -163	Rosario Puerta Bula	Maribel Pelaez Mendez	5 Administrativo Pereira	Evaluación atención médica	Dolor abdominal
Prejudicial		Ivone Karina Orozco L	Leon Jaime Piedrahita		Determinacion PCL	Estado de Invalidez