



## DICTAMEN PERICIAL

### A. NOMBRE Y PERFIL DEL PERITO:

DAIRO GUTIERREZ CUELLO

**Cedula de ciudadanía:** 15.025.844 de Loricá- Córdoba

**Registro Medico:** 761796

**Tiempo de experiencia en atención médica:** 29 años

**Tiempo de experiencia en peritaje médico:** 8 años

**Dirección, teléfono y correo electrónico:** Carrera 34 #25-40 Tuluá Valle, cel. 3155700682, correo: perimedicaldelvalle@gmail.com

**ESTUDIOS:** Médico General de la Universidad Autónoma Metropolitana de México DF, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Autónoma de México (UNAM); adiestramiento en Ecografía en Ginecología y Obstetricia PERIVAL y SAUMB Argentina.

### MIEMBRO ACTIVO DE:

- Sociedad de Vallecaucana de Ginecología y Obstetricia (SOVOGIN)
- Federación Colombiana de Ginecología (FECOLSOG)
- Sociedad Española de Ginecología (SEGO)
- Colegio Médico Colombiano
- Colegio de abogados en Derecho Médico de Colombia.

**EXPERIENCIA:** Profesor universitario de Pregrado desde hace 20 años y de posgrado y maestría desde hace 8 años.

### B. PERITAJE MEDICO SOLICITADO POR:

La Fundación Hospital San José de Buga, solicita el presente dictamen médico de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS CC 1.115.066.970 con el fin de aportarlo dentro del proceso de responsabilidad médica como medio de prueba.

**Fuente de información para el peritaje médico:** Historia clínica de la paciente KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, así como literatura médica, medicina evidencial, protocolos de manejo, Guías de práctica clínica, experiencia.

### De conformidad con lo dispuesto por el Código General del Proceso en su artículo 226, me permito hacer las siguientes declaraciones:

1.- Actúo con completa autonomía e independencia profesional, de manera tal que

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional sobre la materia de la experticia.

2.- El dictamen fue elaborado directamente por este servidor.

3.- He realizado publicaciones científicas sobre la materia en los últimos diez años, pero no están relacionadas con este dictamen.

4.- He sido designado como Perito en casos o procesos judiciales en 40 ocasiones (adjunto listado).

5.- No he sido designado como perito para procesos de responsabilidad médica con anterioridad por parte del solicitante.

6.- No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 del CGP.

7.- Los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas no son diferentes respecto de los que he utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias.

8.- Los exámenes, métodos, y parámetros de análisis utilizados para evaluar el caso y soportar mi opinión profesional para el dictamen, corresponden a los que utilizo de manera sistemática y usual para el ejercicio de mi profesión.

9.- Para notificaciones me ubico en la Carrera 34 #25-40 Tuluá Valle, Teléfono celular 3116553132 y mi email para comunicaciones es el: perimedicaldelvalle@gmail.com

10.- Acompaño a la presente, copia de los documentos que acreditan mi idoneidad sobre la materia objeto del dictamen.

**FUNDAMENTO:** Efectúo el presente dictamen médico especializado con base en las fuentes relacionadas, en particular, las copias de las historias clínicas de la paciente KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS que en su momento pertenecía al régimen contributivo de la EPS SOS y cubre su atención médica desde la consulta para el día 21 de octubre del 2013, hasta el parto el día 22 de octubre del 2013. En

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



dicha historia clínica describe la atención médica en el Hospital San José de Buga.

### **C.- APLICACIÓN DEL MÉTODO CIENTÍFICO**

Para la realización de este Dictamen, se debe tener presente que equivale a una investigación de carácter científico en el cual se emplea un método, que consiste en la manera como se aborda la investigación con un carácter objetivo y sistemático, que lo convierta en verificable, reproducible y fundamentado en un razonamiento claro, exhaustivo, detallado, preciso y riguroso.

El método científico nos permite observar, pensar y resolver problemas de manera objetiva y sistemática, por lo cual es importante su aplicación, puesto que es el procedimiento mediante el cual podemos dar respuesta a cada problema del conocimiento permitiéndonos comprobar una hipótesis.

Para la realización del presente dictamen, apliqué el método científico, en el cual existen variaciones en la literatura en cuanto a los pasos a seguir para su aplicación, y que de manera general se resumen en cuatro pasos, los cuales apliqué de la siguiente manera:

#### **1.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS**

El ejercicio de la medicina, nos lleva al planteamiento de interrogantes tales como si existió o no responsabilidad durante el control, la atención del parto y resultado adverso perinatal.

Es claro que, es una profesión de medios y no de resultados, por lo cual, el profesional está obligado a utilizar los medios y técnicas más adecuadas y acorde con el avance de la ciencia, para evitar complicaciones y lesiones iatrogénicas.

El control del trabajo de parto, y la atención del mismo, que, por su constante presentación, en la actualidad, nos obliga a mantener la actualización de los conocimientos para un manejo responsable.

La violación de la *lex artis* está dada por una situación de impericia, imprudencia o negligencia, en donde encontramos resultados que no fueron previsibles, que no se contemplaron, siendo evitables con un actuar responsable.

Para este dictamen se plantea el problema, teniendo en cuenta, la atención del parto, su complicación y los hallazgos encontrados en su historia clínica, en donde se puede evidenciar el actuar del galeno. Por lo cual se hace el siguiente planteamiento del problema:

#### **TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



- 1.1.- ¿El bienestar fetal preparto, se puede objetivar a través de los métodos biofísicos como la CTG (cardiotocografía) y el PBF perfil biofísico fetal)?
- 1.2.- ¿La CTG y el PBF predicen bienestar fetal?
- 1.3.- ¿El embarazo considerado en vías de prolongación es una indicación para la realización de cesárea?
- 1.4.- ¿Es pertinente realizar inducción de parto en embarazo en vías de prolongación?

## OBJETIVO

El objeto de la presente pericia que se ofrece, es emitir la opinión científica sobre la atención médica otorgada en el Hospital San José de Buga, realizada a la Sra. KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, así como para explicar cuál es la verdad científica y medica sobre si se observaron los deberes exigibles en lo que concierne a la actuación médica y si existe relación de causalidad entre el control y la atención del parto y el resultado adverso perinatal, así como si este hecho era previsible y/o evitable.

Constatar si la atención medica prestada por el Hospital San José de Buga fue oportuna, adecuada, eficaz, cumpliendo con los estándares de calidad, determinando la actuación de los médicos en particular y determinar la causa del resultado adverso perinatal.

## 2.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

- 2.1. - Si no existe EFI y las condiciones obstétricas son favorables se realizará inducción del parto con monitorización estricta.
- 2.2. - La gestación que sobrepasa las 40 semanas, ya sea por embarazos posfechados, en vías de prolongación, o los prolongados son susceptibles de evaluar mediante métodos clínicos y biofísicos para determinar el bienestar fetal.
- 2.3.- Los trazados de FCF de categoría I de CTG se consideran son normales. Son firmemente predictivos de estado acido-base fetal normal en el momento de la observación. No precisan controles especiales y basta con observación rutinaria

## 3.- OBTENCIÓN DE LINEAMIENTOS DE LA HIPÓTESIS

La técnica utilizada para verificar o descartar las hipótesis planteadas se estableció a

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



partir del análisis detallado de la historia clínica de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, resultado de los estudios clínicos, ecográficos, valoraciones médicas, revisión bibliográfica.

#### **4.- EMPLEO DE TÉCNICAS EMPÍRICAS.**

Debido a que mi participación se basa principalmente en documentales que integran la historia clínica en el presente caso, debo mencionar que para la revisión metodológica de las mismas se emplean los siguientes métodos: inductivo, deductivo, analógico, retrospectivo, con la intención de esclarecer de acuerdo a la lógica de tiempo y modo, apegado a la deontología, ética y lex artis médica, apoyándome en la literatura médica mundial aceptada en la materia de obstetricia.

El conocimiento empírico es el obtenido con el uso de los sentidos del ser humano, a partir de la experimentación o la observación que, para este caso, lo es sobre la historia clínica de la paciente KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, donde reposan los datos que me llevarán a dar respuesta a interrogantes y a una conclusión final. Utilicé los métodos antes descritos, demostrando un gran valor científico mediante la revisión detallada de la historia clínica, las técnicas de investigación documental, los referentes teóricos de guías de práctica clínica, protocolos de manejo y medicina evidencial, así como artículos médicos y bibliografías que contienen datos estadísticos.

#### **RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA**

Se trata de paciente de 26 años, G1 P0, que consulta el día 21 de octubre del 2013 a las 8:46 am, con embarazo de 40.6 semanas por FUR (8 de enero 2013), con nota de enfermería a las 9:00 am donde se comenta que fue valorada por médico general quien ordene se realice monitoria fetal, se reportan signos vitales normales. Otra nota a las 10:30 am del médico general avalado por ginecólogo a las 10:30 am, exploración física FU de 29 cm, FCF 140 lpm, al TV cérvix posterior, cerrado, no amniorrea. Se ordena CTG que reporta categoría I, se solicita PBF, ecografía obstétrica para iniciar inducción del T de P.

Valorada por Ginecólogo a las 14:41 horas: la ecografía obstétrica reporta embarazo de 37 semanas, PFE 3110 grs, ILA 10.7, PBF de 8/10, se ordena hospitalización para inducción del T de P.

A las 16:00 horas, valorada nuevamente por ginecólogo, se ordena el suministro de la primera dosis de misoprostol 50 mcg vía vaginal.

A las 19:40 horas, con signos vitales normales, FCF 158 lpm, TV cérvix blando,

#### **TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



posterior, permeable a un dedo, membranas integras, se ordena vigilancia del T de P.  
A las 22:15 horas: TV 2 cm, B 50%, cérvix intermedio, FCF 144 lpm.

El día 22 de octubre del 2013, a las 1:30 am: TV D2 cm, B 60%, E -2, Membranas integras, FCF 148 lpm,

A las 3:00 am FCF 148 lpm, D 3 cm, B80%, E-1, Membranas rotas con líquido amniótico normal.

A las 4:15 am: TV D 4-5 cm, B80%, E-1, Membranas rotas líquido amniótico normal. FCF 136 lpm, se ordena monitoria intraparto que se reporta como categoría I.

A las 5:45 am: TV 10 cm, B100%, E +1, FCF 128 lpm. Se pasa a sala de expulsión.

A las 6:15 am se evidencia mala dinámica uterina, con FCF 120 lpm, se ordena refuerzo con 3 u de oxitocina.

Nace producto masculino a las 6:27 am, con líquido amniótico meconial, FCF <100 lpm, se llama a neonatólogo, apgar 2 al minuto, 4 a los 5 minutos, se realiza laringoscopia con escasa cantidad de meconio en vía aérea. Se hace diagnóstico de asfixia perinatal. Se pasa a UCI neonatal a cargo del servicio de neonatología.

Relaciono las cuantificaciones de la FCF durante el trabajo de parto:

1. 16:00 horas: Frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto
2. 19:40 horas: Frecuencia cardiaca fetal de 158 latidos por minuto
3. 22:15 horas: Frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto
4. 1:30 horas: Frecuencia cardiaca fetal de 154 latidos por minuto
5. 3:00 horas: Frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto
6. 4:15 horas: Frecuencia cardiaca fetal de 136 latidos por minuto
7. Monitoria Fetal normal
8. 5:45 horas: Frecuencia cardiaca fetal de 128 latidos por minuto
9. 6:15 horas: Frecuencia cardiaca fetal de 120 latidos por minuto
10. 6:27 horas: nacimiento.

### PRESENTACION DE LA LITERATURA MÉDICA RELACIONADA CON ATENCION DEL PARTO Y ASFIXIA PERINATAL

Basado en la historia clínica de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, se observa que el hecho más relevante es el control, la atención del parto y el resultado perinatal adverso, me permito hacer las siguientes precisiones con base en la literatura:

Es necesario primero indicar que el trabajo de parto tiene tres etapas, a saber:

**1. LA DILATACIÓN:** El Periodo de Dilatación abarca desde el comienzo del trabajo

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



de Parto hasta los 10 cm de dilatación del cuello uterino y el tiempo del mismo difiere si la mujer es primigestante o múltipara y se divide en dos fases:

- **Fase Latente:** Abarca desde el inicio de las contracciones hasta lograr dilatación de 4 cm del cuello uterino, la duración de esta fase va de 6 a 10 horas en las nulíparas y de 4 a 8 horas en las múltiparas. En esta fase se destaca el reblandecimiento cervical, aumento en el número de receptores para oxitocina.

- **Fase Activa:** es la etapa dinámica del trabajo de parto, y se acepta que inicia con 4 cm de dilatación y avanza a una velocidad de 1.5 cm en múltipara y 1 cm por hora en nulípara, para un total aproximado de 4 horas en múltipara y 6 en nulíparas.

**2. EXPULSIVO:** Es el periodo que inicia desde el momento en que la paciente tiene dilatación (10 cm) y finaliza con la expulsión del feto. Duración del Periodo Expulsivo: - En Nulíparas: Hasta 120 minutos (Promedio 50 minutos) - En Múltiparas: Hasta 30 minutos

**3. ALUMBRAMIENTO:** Es el periodo en el que ocurre la expulsión de la placenta.

#### VALORES NORMALES PARA CADA UNA DE LAS ETAPAS DEL PARTO

ETAPA	FASE	PARIDAD	TIEMPOS
<b>Primera etapa</b>	Latente	Nulípara	< 20 horas
		Múltipara	<14 horas
	Activa	Nulípara	≤ 5 horas
		Múltipara	< 3 horas
<b>Segunda etapa</b>	Expulsivo	Nulípara	<3 horas - promedio 2 horas

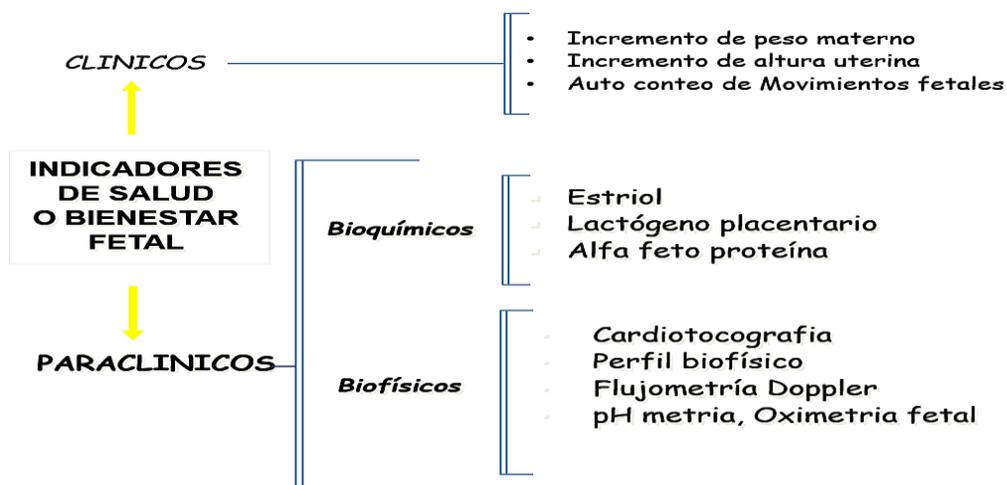
<sup>32</sup> <https://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/evaluacin-del-trabajo-de-parto>

<sup>33</sup> Guía perinatal 2015 – Programa Nacional Salud de la Mujer Ministerio de Salud Gobierno de Chile – Evaluación del trabajo de parto.

Por otra parte, para la vigilancia fetal en embarazo que sobrepasan las 40 semanas, se requiere de valoración clínica, así como de valoración biofísica como la CTG, el PBF, el doppler obstétrico.



## EVALUACIÓN BIENESTAR FETAL



Así que, al referirnos a la CTG, su resultado se indicara en categorías, siendo la categoría I la normal, la II sospechosa y la III la francamente patológica, denotando alteración del bienestar fetal.

Patrón	Normal (Categoría I)	Indeterminado (Categoría II)	Anormal (Categoría III)
FCFB lpm	110-160	Bradicardia (sin variabilidad ausente) Taquicardia	Sinusoidal Bradicardia
Variabilidad	6-25 lpm (moderada)	Ausente, pero sin desaceleraciones Mínima ( 1 a 5 ) Marcada ( >25 )	Ausente
Aceleraciones	Presentes o ausentes	Ausencia de aceleraciones inducidas luego de estimulación fetal	
Desaceleraciones	Precoces presentes o ausentes	Variables recurrentes (con variabilidad mínima o moderada) Desaceleración prolongada 2-10 min Desaceleraciones tardía (con variabilidad mínima o moderada) Desaceleraciones variables "con otras características"	Variables o Tardías recurrentes
ACCIÓN	Continuar monitoreo	Evaluación e intervención	Evaluación, intervención y Parto expedito

Categoría I Los trazados de FCF de categoría I son normales. Son firmemente predictivos de estado acido-base fetal normal en el momento de la observación. No

### TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



precisan controles especiales y basta con observación rutinaria.

En cuanto al PBF se evaluará teniendo en cuenta los aspectos CTG y ecográficos, cuya puntuación será:

- 8 - 10 puntos: feto normal. Bajo riesgo de asfixia.
- 4 - 6 puntos: sospecha de asfixia crónica
- 0 - 2 puntos: fuerte sospecha de asfixia crónica.

Ahora bien, en lo relacionado con el embarazo prolongado, es conveniente identificar la siguiente clasificación emitida por la OMS:

**EMBARAZO POSTFECHADO:** Embarazo que ha sobrepasado la fecha probable de parto 40 semanas /280 días a partir del 1er día de la FUR

**EMBARAZO POSTERMINO:** embarazo que llega o supera las 42 semanas de gestación / 294 días a partir del 1er día de la FUR

El embarazo **EN VÍAS DE PROLONGACIÓN** se usa para referirse a aquellas gestaciones entre las 41 y 42 semanas de amenorrea.

El embarazo cronológicamente prolongado tradicionalmente, se ha relacionado con una mayor incidencia de partos distócicos, de hemorragia materna y de morbilidad perinatal. En general, se acepta que si el estado del cuello uterino de la mujer es favorable, la actitud más razonable es la inducción del parto, pero hay autores que sostienen que tanto la inducción como la actitud expectante dan lugar a similar resultado materno fetal. Sin embargo, el tratamiento del embarazo prolongado con cuello uterino desfavorable es mucho más controvertido, ya que puede variar desde una actitud expectante a la de inducción sistemática del parto, independientemente del estado del cuello uterino.

El embarazo prolongado, generalmente es una condición benigna desde el punto de vista de las perspectivas perinatales, aunque está asociado con significativa ansiedad por parte de los familiares cercanos a la gestante.

La importancia del EP(embarazo prolongado) se relaciona con la morbilidad perinatal y materna, que se elevan en la medida en que el embarazo avanza más

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



allá de las 42 semanas y esto constituye un riesgo, tanto para la madre como para el feto. El EP presenta actualmente 2 grandes problemas como son: su realidad y su alta mortalidad perinatal, lo cual constituye un problema aún por resolver. Los diversos criterios para definir el tema son de orden matemático o basado en criterios clínicos biológicos secundarios a insuficiencia placentaria o signos de posmadurez en el recién nacido (RN).

Sin embargo, el mayor problema del EP es el gran riesgo vital para el feto antes del parto, en el período expulsivo, y en los primeros días de vida extrauterina. La causa fundamental de estos riesgos es: la anoxia, que, para la mayoría de los autores, está ligada a la senescencia placentaria, proceso fisiológico que se acentúa con el devenir del tiempo, y que una vez presente, requiere cuidados especiales perinatales. La literatura destaca la alta presencia de meconio en estos embarazos. El diagnóstico precoz, basado en el dato exacto de la fecha de última menstruación, y un buen control prenatal con ultrasonografía temprana determinarán la fecha probable de parto y la fecha límite para el nacimiento.

De igual forma es importante definir en qué casos está indicada la cesárea y si contar con 41 de gestación es criterio suficiente para terminar el embarazo mediante cesárea.

El EP se considera de alto riesgo, debiéndose tomar las siguientes medidas:

**HOSPITALIZACIÓN:** a las 41 semanas, para confirmar el diagnóstico y realizar estudios de bienestar fetal.

**PRUEBAS DE VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL:** se inicia a las 41 semanas, a fin de establecer la madurez y vitalidad fetal (descarte de EFI), y para estudiar el grado de madurez placentaria.

- \* Recuento diario de Movimiento Fetal
- \* Evaluación clínica del tamaño fetal, Vol. L A.
- \* Cardiotocografía externa: CARDIOTOCOGRAFIA 2 veces por semana.
- \* ECOGRAFIA:
  - Perfil biofísico.
  - Madurez placentaria.
  - Volumen de L A (Descarte de Oligohidramnios).

**VALORACION DE LA MADUREZ CERVICAL.**

Sin embargo, se debe tener un poco de cuidado cuando la gestación sobrepasa los 40 semanas, ya que los embarazos posfechados, los en vías de prolongación, así

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

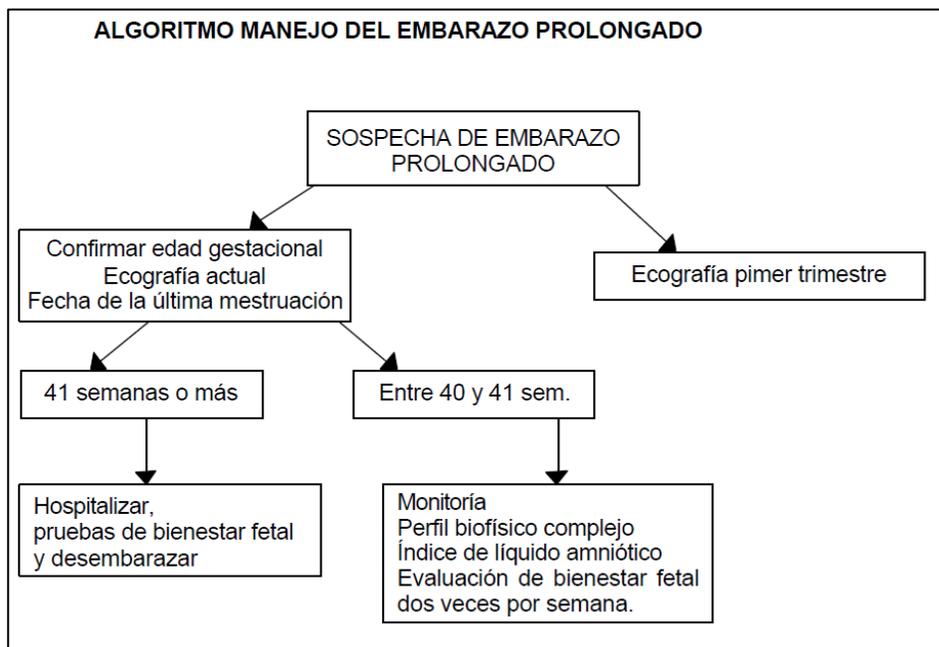
Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



como los prolongados son susceptibles de evaluar mediante métodos clínicos y biofísicos para determinar el bienestar fetal.



En todo caso para inducir el embarazo se debera tener en cuenta:



En caso de cesárea se deberá tener en cuenta las indicaciones precisas, a saber:



ILA menor que 5 cm, con cérvix desfavorable.

Peso fetal estimado mayor de 4000 gramos.

Restricción del Crecimiento fetal, con  
cérvix desfavorable.

Inducción fallida durante dos días en un cérvix  
previamente madurado.

Presencia de meconio espeso.

Si no existe EFI y las condiciones obstétricas son favorables se realizará inducción del parto con monitorización estricta.

#### **ANALISIS DE LOS HECHOS:**

Una vez analizada la historia clínica de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, procedí a la aplicación del método científico, observando que se trata de una paciente de 26 años, que acude a la consulta por embarazo de 40.6 semanas por FUR, sin T de P.

Efectuándose, en esta institución, lo pertinente a fin de establecer el estado de salud del feto in útero, realizando PBF que reporta 8/10, CGT reportando categoría I, ecografía obstétrica con embarazo de 37 semanas, ILA 10.5 cm. Lo anterior denotando un adecuado bienestar materno fetal, lo cual no contraindica la inducción del T de P. Inicialmente se realiza maduración cervical con misoprostol, una vez había ocurrido maduración cervical, se indica la conducción con oxitocina, con adecuado seguimiento, vigilancia estricta de la FCF, incluso con monitoria fetal a las 3:00 am que se reporta categoría I, que confirma una vez más el bienestar fetal.

Una vez se realiza la conducción, es decir en fase activa del T de P (4 cm de dilatación), este dura 3 horas hasta el expulsivo que ocurre a las 6:27 am, es necesario indicar que la dilatación en las primigestantes ocurre a razón de 1 cm por hora, lo que indica que esta trascurrió dentro de los límites señalados por las GPC.

Para una mejor ilustración del caso me permito realizar una reconstrucción de la evolución

#### **TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

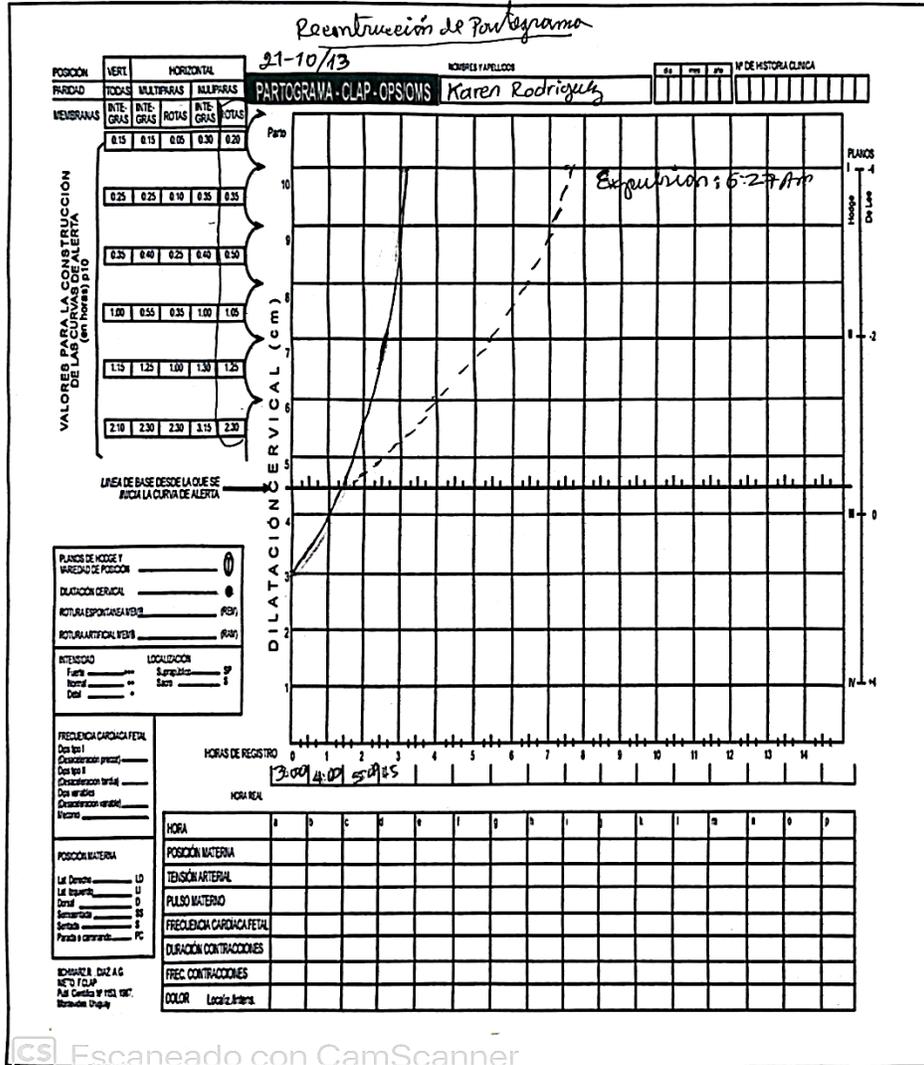
Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



del T de P, a través del partograma:



En la cual se ilustra una línea discontinua que identifica la evolución teórica del T de P, y la línea continua la evolución real, lo que permite evidenciar que el trascurso del T de P se realiza dentro del percentil 90, y de acuerdo a lo establecido por las guías de práctica clínica.

No existe una explicación contundente para justificar la condición en la que nace este feto, ya que se realiza lo pertinente de acuerdo a las GPC, con vigilancia estricta de la FCF, incluso el líquido amniótico (que denota el bienestar fetal) todo el tiempo, durante las



valoraciones en el del T de P se mostró sin meconio; solo al momento del expulsivo se evidencia liquido meconiado.

La CTG negativa es sinónimo de bienestar fetal, indicando que el feto tiene bajo riesgo de mortalidad fetal durante los siete días siguientes a la prueba.

Cuando se produce un estado fetal no satisfactorio o la muerte fetal en la semana siguiente a la prueba de oxitocina negativa, generalmente es debido a anomalías congénitas, desprendimiento precoz de placenta, accidente de cordón umbilical, o a cambios súbitos del estado metabólico materno fetal, situación todas difícilmente predecibles con las pruebas que tenemos a nuestro alcance para la evaluación del estado fetal anteparto.

Siendo esta manifestación del comportamiento fetal absolutamente impredecible, encuadrándose en una alea médica.

### REFUTACIÓN DE DICTAMEN APORTADO

En lo relacionado al dictamen presentado por la Dra. Gladys Amparo Ramírez Mejía en cuanto a los hallazgos y cotejo de las atenciones me permito realizar refutación en los siguientes aspectos:

La paciente ingresa a las 8:46 am, existe una nota de enfermería de las 9:00 am donde se le ordena realizar CTG, con posterior nota del médico General y ginecólogo a las 10:30 am. En ninguna parte de las notas de la historia clínica se utiliza el término "alto riesgo", este es una aseveración personal de la perito.

HORA	CUIDADOS Y OBSERVACIONES
08:46	Ingresos paciente de 26 años de edad
09:00	al consultorio de admisiones de Ginecología
	Consiente orientada en sus tres embarazos
	Compañía de familiar G P A Embarazo de 40.6
	semanas que consulta por tener el tiempo de gestación completa
	refiere movimientos fetales positivos dolor bajito niega pérdidas
	vaginales con previo lavado de manos se toman signos vitales
	TA 120/70 P 80 F-20 T° 36.3 FCF 138X'. Se toma monitoria fetal
	paciente valorada por la Doctora Andrade quien ordena tomar
	Ecografía más perfil biofísico para definir conducta para
	inducción del trabajo de parto

"9+00

21-10-13 Ingresos paciente de 26 años de edad al consultorio de admisiones de Ginecología consistente, orientada en sus tres embarazos en compañía de familiar G P A Embarazo de 40.6 semanas que consulta por tener el tiempo de gestación completa refiere movimientos fetales positivos dolor bajito niega pérdidas vaginales con previo lavado de manos se toman signos vitales TA 120/70 P 80 F-20 T° 36.3 FCF 138X'. Se toma monitoria fetal paciente valorada por la Doctora Andrade quien ordena tomar Ecografía más perfil biofísico para definir conducta para inducción del trabajo de parto"

No es cierto que la paciente haya recibido atención del especialista a las 14:45 horas, ya

### TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



# PERIMEDICAL DEL VALLE S.A.S

Nit: 901484034-5  
"NUESTRO COMPROMISO ES EQUIDAD CON ETICA"



que existe una nota de las 10:30 am del médico general, avalada por el ginecólogo, y otra a las 14:45 horas. Es decir, no es cierto que hayan transcurrido 6 horas sin atención.

Fecha de Ingreso: <u>21/04/13</u> Hora de Ingreso: <u>10:30</u>																																																																	
Evaluación: <u>promotora de repa</u>																																																																	
Motivo de Consulta: <u>tenido 41 SS</u>																																																																	
Enfermedad Actual: <u>parto a 37ss con embo de 41 SS x electrocardiograma</u>																																																																	
Historia: <u>20/monio/2013 Última cesárea 24/Jul/2013</u>																																																																	
Pena: <u>28/2 SS propiata 257869 y pleurodia pleuroy</u>																																																																	
Oviedo tr: <u>28/2 SS, repuro edo del tipo contracción</u>																																																																	
Tova: <u>NO pruides vaginales, NO otros sistemas</u>																																																																	
Condiciones de la Usuario: Embarazada <input type="checkbox"/> 1 Trám. <input type="checkbox"/> 1 Trám. <input type="checkbox"/> 1 Trám. <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Antecedentes Personales</th> <th colspan="3">Antecedentes Personales</th> </tr> <tr> <th>Nombre</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>Nombre</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Patologías</td> <td></td> <td></td> <td>Patologías</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hospitalarios</td> <td></td> <td></td> <td>Hospitalarios</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Quirúrgicos</td> <td></td> <td></td> <td>Quirúrgicos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alérgicos</td> <td></td> <td></td> <td>Alérgicos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Traumáticos</td> <td></td> <td></td> <td>Traumáticos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Antecedentes Personales			Antecedentes Personales			Nombre	SI	NO	Nombre	SI	NO	Patologías			Patologías			Hospitalarios			Hospitalarios			Quirúrgicos			Quirúrgicos			Alérgicos			Alérgicos			Traumáticos			Traumáticos			Otros			Otros																		
Antecedentes Personales			Antecedentes Personales																																																														
Nombre	SI	NO	Nombre	SI	NO																																																												
Patologías			Patologías																																																														
Hospitalarios			Hospitalarios																																																														
Quirúrgicos			Quirúrgicos																																																														
Alérgicos			Alérgicos																																																														
Traumáticos			Traumáticos																																																														
Otros			Otros																																																														
<p>CAUSA EXTERNA</p> <p><input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Otro Accidente <input type="checkbox"/> Lesión por Agresión <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito <input type="checkbox"/> Evento Catastrófico <input type="checkbox"/> Lesión Auto Infligida <input type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Otro</p>																																																																	
Examen Físico: TA: <u>124</u> FC: <u>80</u> X PR: <u>10</u> X TEMP: <u>36.1</u> °C PESO: <u>73.59</u> Kg																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SISTEMA</th> <th>N</th> <th>A</th> <th>Especificidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cardíaco y Circu</td> <td></td> <td></td> <td><u>200-110 en brazos (cardiaco) ... Generalia</u></td> </tr> <tr> <td>Ojos</td> <td></td> <td></td> <td><u>con mulesos humados, yacidos</u></td> </tr> <tr> <td>ORL</td> <td></td> <td></td> <td><u>(P) (S) (S) No supra mut no sangrado</u></td> </tr> <tr> <td>Oído</td> <td></td> <td></td> <td><u>Abdomen Grande 20-29 cm otro normal</u></td> </tr> <tr> <td>Espiara</td> <td></td> <td></td> <td><u>NO repudo</u></td> </tr> <tr> <td>Torax</td> <td></td> <td></td> <td><u>TU: Cuanto posterior (cavado), NO amierro</u></td> </tr> <tr> <td>Corazon</td> <td></td> <td></td> <td><u>No sangrado</u></td> </tr> <tr> <td>Pulmones</td> <td></td> <td></td> <td><u>JNC: sin almona, ext. ples #</u></td> </tr> <tr> <td>Abdomen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Genito Linarino</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Genito y Pélvis</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extremidades</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ENQ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PIR</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SISTEMA	N	A	Especificidad	Cardíaco y Circu			<u>200-110 en brazos (cardiaco) ... Generalia</u>	Ojos			<u>con mulesos humados, yacidos</u>	ORL			<u>(P) (S) (S) No supra mut no sangrado</u>	Oído			<u>Abdomen Grande 20-29 cm otro normal</u>	Espiara			<u>NO repudo</u>	Torax			<u>TU: Cuanto posterior (cavado), NO amierro</u>	Corazon			<u>No sangrado</u>	Pulmones			<u>JNC: sin almona, ext. ples #</u>	Abdomen				Genito Linarino				Genito y Pélvis				Extremidades				ENQ				PIR				Otros			
SISTEMA	N	A	Especificidad																																																														
Cardíaco y Circu			<u>200-110 en brazos (cardiaco) ... Generalia</u>																																																														
Ojos			<u>con mulesos humados, yacidos</u>																																																														
ORL			<u>(P) (S) (S) No supra mut no sangrado</u>																																																														
Oído			<u>Abdomen Grande 20-29 cm otro normal</u>																																																														
Espiara			<u>NO repudo</u>																																																														
Torax			<u>TU: Cuanto posterior (cavado), NO amierro</u>																																																														
Corazon			<u>No sangrado</u>																																																														
Pulmones			<u>JNC: sin almona, ext. ples #</u>																																																														
Abdomen																																																																	
Genito Linarino																																																																	
Genito y Pélvis																																																																	
Extremidades																																																																	
ENQ																																																																	
PIR																																																																	
Otros																																																																	
<p>DIAGNOSTICO DE INGRESO</p> <p>1. <u>GAPO</u> CODIGO <u>7359</u></p> <p>2. <u>em. de 41 SS x E.O.</u> CODIGO <u>0287</u></p> <p>3. <u>em. pos-dorado</u> CODIGO</p> <p>4. <u>em. pos-dorado</u> CODIGO</p>																																																																	
<p>Dx. DIFERENCIAL</p> <p>1. <u>em. pos-dorado</u></p> <p>2. <u>em. pos-dorado</u></p> <p>3. <u>em. pos-dorado</u></p>																																																																	
<p>NOMBRE DEL MEDICO: _____ FIRMA: <u>[Firma]</u> REGISTRO N°: _____</p>																																																																	

### RESUMEN ATENCIONES

Especialidad: \_\_\_\_\_ Nombre Médico: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Nombre Médico: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: parto con Embarazo prolongado 41SS x E.O

en parto, sin actividad uterina

Monitoria Categoría I

A/ S/S Ecografía + PR.F

para inducción del TP

PROCEDIMIENTOS: 14+45

REO: = = F.O. M.B.T.

Dr. Julio César Pardo Flores  
OBSTETRA  
19 507 02  
18000910



PROCEDIMIENTOS:  
14+45  
ECONOMIA DE FCO OBST.  
Biometrias: 37, PFE: 8/10, ICA: 10, 7  
Placenta Corporal Grado III.  
PLAN: Hospitalizar para inducción del T de parto

VALORES DIAGNOSTICOS Y RESULTADOS RELEVANTES:  
Inducción del T de parto  
P.F. 8/10 + Monitorio - CATEGORIA 10/10

1	Bif	CODIGO	2370
2	EMB 4/11 x 8/11	CODIGO	2370
3	EMB 8/11 + 8/11	CODIGO	
4	FUCC	CODIGO	

**"PROCEDIMIENTOS:**

14+45

Reporte de Eco Obst

Biometrias. 37, PFE

3.110g ILA: (Índice de

Líquido Amniótico) 10.7

Placenta corporal Grado III

PLAN: Hospitalizar para inducción del T de parto.

PBF: (Prueba de bienestar fetal) 8/10 y Monitorio Fetal Categoría I

10/10

En cuanto al tiempo de labor de trabajo de parto, se debe diferenciar entre fase latente y fase activa: esta paciente duro en fase latente 12 horas (desde las 16:00 en que se suministró el misoprostol, hasta las 4:15 am en que tenía 4-5 cm de dilatación) y en fase activa 3-4 horas (desde los 4-5 cm de dilatación hasta el expulsivo), situación que está muy lejos de la realizada anotada por la perito, donde anota 14 horas en T de P.

No es pertinente sumar las dos fases, lo relevante es el tiempo que dure en fase activa y este fue de 3-4 horas, que es la etapa en que el feto está sometido al estrés de las contracciones.

4+15hr Act utero 3/10' /+++ /30"

FCF 136x1.

TV: D 4-5cm 1080% 8-1, -2.

ulo rta: CA normal

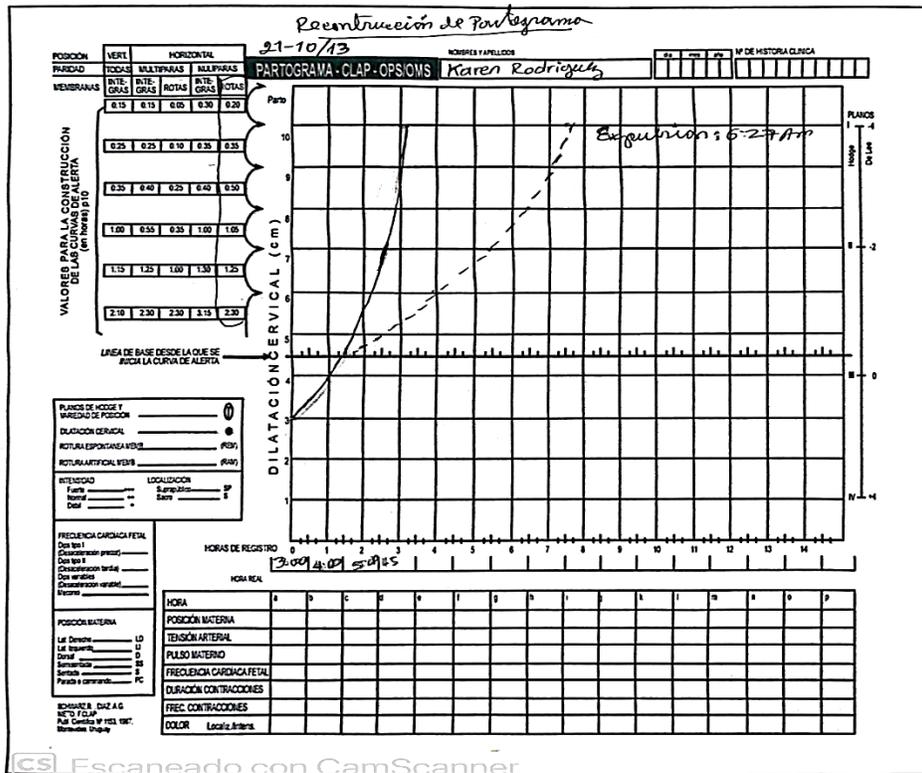
alen muestra interista 4/11

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



La paciente desde su ingreso se le solicitaron los métodos biofísicos para evaluar bienestar fetal, a saber: CTG, PBF, ecografía resultando todos ellos normales, que se ajusta a la lex artis.

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA  
E-mail: hsanjose@univweb.net.co

1115066920  
NO. DE HISTORIA  
RODRIGUEZ KAREN  
Primer Apellido Nombre  
Servicio Cama

**ORDENES MÉDICAS**

Fecha	Hora	SIRVASE NUMERAR CADA ORDEN	FIRMA MÉDICO
OCT 21/13	15:00	1 Hospitalizar en sala de partos	
		2 Monitoria fetal	
		3 Ecografía Obstétrica + P.B.F	
		4 S.S. Serología	
		5 LEV SSN 500 CC Para cada 6 horas	
		6 Trasladar a sala de partos	
		7 Misoprostol tab 200 mcg Administrar 1/4 tab 50mcg	
		8 CSV AC	

"OCT/21/13  
15+00

1. Hospitalizar en partos
2. Monitoria fetal
3. Ecografía Obstétrica + P.B.F
4. S.S. Serología
5. LEV SSN 500 CC Para cada 6 horas
6. Trasladar a sala de partos
7. Misoprostol tab 200 mcg Administrar 1/4 tab 50mcg
8. CSV AC



**Se copia resultado de la Ecografía Obstétrica (Ultrasonido -  
realizado a la paciente el día 21 de octubre de 2013:**



**UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL  
ULTRASONIDO - OBSTETRICO**

**IDENTIFICACIÓN**

Fecha: Lunec, 21 de octubre de 2013

Nombre: KAREN RODRIGUEZ  
N.C: 1115066970

FUR: 00010013  
Edad Gestacional: 40,6 semanas

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se proceso ultrasonido ecográfico obstétrico:

Feto único, vivo en situación longitudinal presentación cefálica enlazado dorso izquierdo posterior al momento del examen.

BIOMETRIA FETAL	en mm		Frecuencia Cardiaca Fetal:		154 /min
		P.G. (semanas)			E.C. (semanas)
DBP	99,8	36,8	Circunferencia abdominal	336,8	37,8
DBPc	90,8	36,8	Hemur	69,2	38,6
DOF	110,2	36,6	Tibia	Evaluada	
CC	254,8	38,3	Húmero	60,0	34,8
Cerebro			Cubito	Evaluada	
Altum	mm				
Cáizena magna	mm				
LF/GA	20,5	Normal	Indice Cefálico	78,1	Normal
CC/GA	1,0	Normal	Peso Estimado Fetal	3.110 +/-	249 gramos
			Talla Estimada Fetal	47,0 cm	

**PLACENTA, CORDON Y LÍQUIDO AMNÍOTICO**

Localización: CORPORA, ANTERIOR  
Madurez: grado III Espesor: mm Córdón: 3 vasos  
Índice Amniótico: 10,7 Normal

**EXAMEN FISICO**

Cabeza: Ventriculos laterales normales, Plejos Cerebros sin alteraciones, Talamos y Pedunculos Cerebrales Normales.  
Cark: Orbitas normales, Cristallinos Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.  
Corazon: Corazon Sin Solitus, Corte de Cuatro Camaras, Tronco de Salida y Tres Vasos normales.  
Torax: Expansibilidad Pulmonar normal, Reja Costal normal.  
Abdomen: Camara Gástrica y Vejiga Visibles, Riñon Derecho y Riñon izquierdo normales, Pared Abdominal Intgra.  
Extremidades: Movilidad y Tono normal, Columna Visible en toda su extensión.

**OBSERVACIONES**

**CONCLUSIONES**

1. EMBARAZO DE 40,6 SEMANAS POR BIOMETRIA
2. BIENESTAR FETAL.

*Claudia Juliana Peraranda O.*  
Ginecóloga

Dra. CLAUDIA JULIANA PERARANDA  
Ginecóloga

La responsabilidad diagnóstica para el diagnóstico de las anomalías congénitas alcanza al 70% para un caso con todas las etapas y con las condiciones individuales de cada paciente.



**Se copia resultado del Perfil Biofísico realizado el día 21 de octubre de 2013:**



**UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL**

**PERFIL BIOFISICO**

FECHA: lunes, 21 de octubre de 2013

Nombre: KAREN RODRIGUEZ

FUR: 08/01/2013

Edad Gestacional: 40,6 semanas

**PERFIL BIOFISICO**

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia y monitoría electrónica se practicó perfil biofísico encontrando:

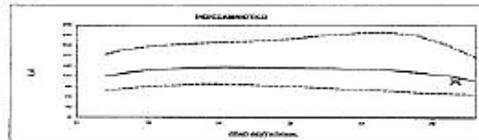
Feto único, vivo. Movimientos fetales activos. Actividad cardíaca rítmica Normal.

**Monitoría Fetal**

Movimientos Fetales	2
Movimientos Respiratorios	2
Tono Fetal	2
Líquido Amniótico	2

**PUNTAJE TOTAL** 8 / 10

Índice Amniótico: 10,7 Normal



**CONCLUSIONES**

1. Bienestar fetal en el momento del examen

*Claudia Bibiana Peñaranda O.*

**Dra. Claudia Bibiana Peñaranda**  
Ginecóloga

La perito de manera forzada encuadra la definición de embarazo prolongado a su antojo, sin verificar que la OMS indica que el embarazo prolongado es el que haya sobrepasado las 42 semanas, y para el caso que nos ocupa tenía 40.6 por FUR y 41 semanas por ecografía, lo que indica que no se trata de embarazo prolongado, sino de embarazo posfechado, término que son confundidos por la perito, ya que los utiliza de manera indiscriminada.

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



# PERIMEDICAL DEL VALLE S.A.S

Nit: 901484034-5  
"NUESTRO COMPROMISO ES EQUIDAD CON ETICA"



Fecha de Ingreso: 21/12/13 Hora de Ingreso: 10:30  
 Nueva Primera Voz:  Repetida en el año:  Causación: *prematuro de parto*  
 Remitido de: *NO*

Motivo de Consulta: *parto a G1P0 con emb de 41ss x eco temprana*  
 Enfermedad Actual: *parto a G1P0 con emb de 41ss x eco temprana*  
*20/marzo/2013 Última ecografía 24/Jul/2013*  
*para 28,2 ss peso fetal 1.186gr y placenta previa*  
*grado II. ILA 15,7, no otros dolores tipo contracción*  
*leve, NO pérdidas vaginales, NO otros síntomas*

Condición de la Usuario: Embarazada:  Titul.:  Titul.:  No aplica

Antecedentes Patológicos		Antecedentes Personales	
Nombre	Si/NO	Nombre	Si/NO
Exposición		Partos	
Respiratorio		Abortos	
Cardíaco		Enfermedades	
Alérgicos		Alcohol	
Tronco		Tabaco	
Coloanal		Otros	

CAUSA EXTERNA:  Accidente de Trabajo  Otro Accidente  Lesión por Agresión  Maltrato  Enfermedad  Accidente de Tránsito  Evento Catastrófico  Lesión Auto Infligida  Intoxicación  Enfermedad General  Otro

Examen Físico: TA: 120/70 FC: 80 X FR: 20 X TEMP: 36,5°C PEGO:

SISTEMA	N	A	Especificación
Cabeza y Cara			<i>parto con burbujas latificantes, Granular</i>
Ojos			<i>Oligomúscos, Redondos, Yerdos</i>
Ora			<i>PARSIAL No supur, ni ut no sangra</i>
Tronco			<i>Abdomen Grávido 29,29 cm utero normotónico</i>
Coloanal			<i>NO rectorio</i>
Pulmones			<i>TU: cuello posterior cerrado, no amniorrea</i>
Algodor			<i>NO sangrado</i>
Genito Urinario			<i>NO sangrado</i>
Sistema y Piel			<i>JNC: sin alteraciones, ext. pulso ++</i>
Enfermedades			
SNC			
PIR			
Otros			

DIAGNOSTICO DE INGRESO: 1. G1P0 CODIGO: 7359  
 2. emb de 41ss x eco CODIGO: 048X  
 3. emb postdatado CODIGO:   
 4. parto

RESUMEN ATENCIONES

TRATAMIENTO: *parto con Embarazo prolongado 41ss x eco*  
*en parto, sin actividad uterina*  
*Monitoria Categoría I*  
*A/ s/s Ecografía + PBF*  
*para inducción del T.P.*

PROCEDIMIENTOS: *14+4T*  
*VEGAS DE FCO ORT*

Para 28,2 ss peso fetal 1.186 gr placenta anterior Grado II ILA 15,7 refiere dolor tipo contracción leve, no pérdidas vaginales, no otros síntomas.

Examen Físico: TA: 120/70 FC: 80X FR: 20X TEMP: 36,5°C.

Especifique:

Paciente en buenas condiciones generales

ORL: Mucosas húmedas, rosadas

RSCS no soplos mv (murmullo vesicular) no agregados

Abdomen Grávido AU (Altura uterina) 29 cm utero normotónico

No reactivo

TV: (tacto vaginal), Cuello posterior cerrado, no amniorrea

No sangrado

SNC (Sistema Nervioso Central): Sin alteraciones, Ext: pulso ++

DIAGNOSTICO DE INGRESO: 1. G1P0

2. Emb de 41ss x eco

3. Emb postdatado

4. Parto

TRATAMIENTO: Paciente con embarazo prolongado 41ss x eco en parto sin actividad uterina

Monitoria categoría I

P/ s/s Ecografía + PBF

Para inducción del T.P.

Dra. Anyela Andrade Rangel - Medicina General"

Siendo esta la clasificación avalada por la OMS:

**EMBARAZO POSTFECHADO:** Embarazo que ha sobrepasado la fecha probable de parto 40 semanas /280 días a partir del 1er día de la FUR

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



**EMBARAZO POSTERMINO:** embarazo que llega o supera las 42 semanas de gestación / 294 días a partir del 1er día de la FUR

El embarazo **EN VÍAS DE PROLONGACIÓN** se usa para referirse a aquellas gestaciones entre las 41 y 42 semanas de amenorrea.

Por todo lo anterior no existe manera de pensar que existió déficit de controles del bienestar fetal.

La paciente es pasada a sala de parto en óptimas condiciones del binomio madre e hijo:

44.5hr Act	Medico Educativo del Hospital Tecnológico de Pereira	10' / 11' / 511'
(5+5hr) Fcr 103x1		
TV D 10cm 10,00%		E+1
globo vesical se percibe		

Fecha	Sírvase firmar legiblemente todas las anotaciones que escriba
cesarea de parto	 Martha Isabel Hincapié García Cc. General R.M. 752805 U. Perinatología de Pereira

### SE ME PLANTEA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO

1.- ¿El hecho de contar con 40.6 semanas de gestación por FUR y/o 41 semanas de gestación por Ecografía, como en el caso de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, constituye por sí mismo un riesgo para el bienestar del binomio madre-hijo? ¿Podría considerarse éste un embarazo de Alto Riesgo por el número de semanas de gestación?

**Rta:** No se considera como embarazo de alto riesgo obstétrico, por cuanto a esa edad gestacional aún no se tiene el calificativo de embarazo prolongado.

2.- ¿Contar con 40.6 semanas de gestación por FUR y/o 41 semanas de gestación por Ecografía, como en el caso de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, constituye un criterio para la interrupción del embarazo por cesárea?

**Rta:** No es criterio para interrupción del embarazo vía cesárea; el protocolo de manejo indica que se deberá realizar pruebas de bienestar fetal.

3.- ¿Cuáles son los criterios que ha establecido la literatura médica para la interrupción del embarazo vía cesárea?

### TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



**Rta:** La decisión para la realización de una cesárea se debe tomar antes del momento del parto o a su inicio, y esta puede ser por indicación materna o fetal:

Indicación Materna:

- Dos o más cesáreas previas
- Cirugía previa sobre el útero
- Una cesárea previa, donde se repita la condición por la que se realiza la primera.
- Enfermedad materna grave (cáncer, cardiopatía, etc.)
- Cáncer de cérvix uterino.
- Desproporción feto pélvica.

Indicaciones fetales:

- Gestación múltiple
- Malformación fetal que dificulte el trabajo de parto
- Situación transversa u oblicua fetal
- Presentación podálica con feto grande
- Para prevenir infección del canal del parto y caso de VIH, Herpes, Condilomas, etc.

En caso de urgencias la decisión se debe tomar una vez iniciado el trabajo de parto o antes del inicio del mismo. No puede haber retraso entre la decisión de cesárea y su realización:

- Prolapso de cordón.
- Desprendimiento prematuro de placenta noinserta
- Placenta previa con abundante sangrado.
- Sospecha de estado fetal no satisfactorio.
- Sospecha de ruptura uterina.
- Embarazo prolongado, con alteración de las pruebas de bienestar fetal.

**4.- ¿De acuerdo con el número de semanas de gestación que tenía la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ, su embarazo era prolongado, post fechado, o post término?**

**Rta:** De acuerdo a la clasificación de la OMS, se trata de un caso de embarazo posfechado.

**5.- ¿El uso de misoprostol para la inducción del trabajo de parto y de oxitocina para mejorar las contracciones está indicado? ¿Existe algún riesgo en su uso? ¿Alguno de estos medicamentos generó alguna alteración no satisfactoria en el binomio madre-hijo durante el trabajo de parto de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS?**

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



**Rta:** El misoprostol es un medicamento análogo sintético de la prostaglandina E1, aprobado inicialmente por FDA en 1988 para el tratamiento de las úlceras gástricas. El efecto del medicamento se asoció con un efecto uterotónico, lo cual estimuló el desarrollo de estudios para determinar su efecto en el inicio del trabajo de parto, lo cual fue aceptado. Las prostaglandinas producen en el cuello uterino cambios tisulares similares a los que ocurren durante el trabajo del parto espontáneo, como la disolución de los haces de fibras de colágeno y el agua submucosa produciendo maduración cervical. La respuesta del útero a las prostaglandinas no se relaciona con la edad gestacional como sucede con la oxitocina ya que cualquier momento las fibras musculares se contraen al estimular los receptores E2 y E3. En la actualidad el misoprostol se ha convertido en una importante droga en la práctica obstétrica.

Por su parte la oxitocina es una hormona producida normalmente en el cerebro. Actúa estimulando el músculo liso del útero hacia el final del embarazo, durante el parto y después del parto. En este periodo, el útero es más sensible al efecto de la oxitocina. Aumenta la amplitud y la frecuencia de las contracciones del útero.

Por lo anterior el misoprostol se utiliza para ejercer maduración cervical (inducción) y la oxitocina para conducir el trabajo de parto, es decir seguirlo cuando ya se ha iniciado y el cérvix está maduro o conductible.

De tal manera que el uso del misoprostol estaba indicado por estar el cérvix inmaduro; el uso de estos medicamentos genera riesgo de hiperdinamia uterina lo que obliga al médico a ejercer vigilancia estricta. Para este caso el uso de estos medicamentos no generó estado fetal insatisfactorio, debido a que no se evidenció en la auscultación intermitente, ni en la cardiotocografía signos característicos de esta condición, habiéndose realizado lo correcto.

**6.- ¿Los tiempos y periodicidad en que se realizaron las auscultaciones a la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ y la realización de las monitorias a las frecuencias cardiacas fetales, fueron las adecuadas e indicadas durante su trabajo de parto?**

**Rta:** A continuación, cito la frecuencia de auscultación intermitente del feto in útero

1. 16:00 horas: FCF fetal de 138 latidos por minuto
2. 19:40 horas: FCF de 158 latidos por minuto
3. 22:15 horas: FCF de 148 lpm
4. 1:30 horas: FCF de 154 lpm
5. 3:00 horas: FCF de 148 lpm
6. 4:15 horas: FCF de 136 lpm
7. Monitoria Fetal normal

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



- 8. 5:45 horas: FCF de 128 lpm
- 9. 6:15 horas: FCF de 120 lpm
- 10. 6:27 horas: nacimiento.

Lo cual demuestra que me mantuvo en vigilancia estrecha, además se realiza cardiotocografía a las 10:30 am. Otra a las 3:00 am del día siguiente resultando ambas categoría I que es normal,

**7.- ¿Durante el proceso de trabajo de parto se presentó alguna complicación que indicara que el bebé de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ estuviera sufriendo un estado fetal no satisfactorio (sufrimiento fetal agudo)?**

**Rta:** No existió ningún signo que denotara estado fetal insatisfactorio, a saber: auscultación intermitente con FCF dentro de la normalidad, CTG categorías I normal, PBF 10/10 normal, líquido amniótico claro al producirse la amniotomía espontánea.

**8.- ¿Para qué sirve y que miden la Cardiotocografía (CTG) y el Perfil Biofísico, en un proceso de trabajo de parto?**

**Rta:** La cardiotocografía (CTG) es un método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos corporales fetales y las contracciones uterina, lo cual permite al obstetra valorar los latidos cardiacos fetales durante la última etapa de la gestación y la respuesta del feto a las contracciones durante el trabajo de parto y hasta el nacimiento. En suma, el objetivo es valorar el bienestar fetal mediante la graficación de la frecuencia cardíaca fetal e intensidad de las contracciones uterina y la respuesta fetal. Una CTG negativa es sinónimo de bienestar fetal, indicando que el feto tiene bajo riesgo de mortalidad fetal durante los siete días siguientes a la prueba.

Por otra parte, el perfil biofísico combina dos pruebas para controlar la salud general del feto por nacer: una cardiotocografía y una ecografía. Con la segunda se evalúan 4 parámetros (movimiento corporal, movimiento respiratorio, tono, ILA). Cuyo puntaje va desde 0 hasta 10, siendo 8 o más valores de normalidad. Teniendo esta prueba biofísica mayor sensibilidad.

De manera tal que estas dos pruebas biofísicas son las indicadas para la vigilancia del bienestar fetal en casos especiales del trabajo de parto.

**9.- ¿Cuántas Cardiotografías (CTG) y cuantos perfiles biofísicos se le realizaron a la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, durante su trabajo de parto? ¿Eran los exámenes indicados y los suficientes? ¿Qué resultados arrojaron dichos exámenes luego de practicados a la paciente?**

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



**Rta:** A esta paciente se le realizaron dos cardiotocografías una el día 21 de octubre a las 10:30 y otra el 22 de octubre a las 3 am, y un perfil biofísico fetal a las 10:30 am. Estos exámenes son los indicados en caso de intentar inductoconduccion en embarazos posfechados. Todos resultaron normales, demostrando bienestar fetal.

**10.- ¿En el caso de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS estaba indicado y era necesario la práctica de una Ecografía Doppler?**

**Rta:** No existía la necesidad de ecografía doppler por cuando no existía trastorno de crecimiento fetal.

**11.- ¿Existieron signos sugestivos de Estado Fetal No Satisfactorio (sufrimiento fetal agudo) durante el proceso de parto y trabajo de parto?**

**Rta:** No existieron signos clínicos, ni biofísicos de estado fetal no satisfactorio durante el parto, ni el trabajo de parto de esta paciente.

**12.- ¿Es previsible por parte del médico Obstetra un estado fetal no satisfactorio en el periodo expulsivo del feto?**

**Rta:** No es previsible por cuanto puede ser debido a cambios súbitos del estado metabólico materno fetal, situación difícilmente predecible con las pruebas que tenemos a nuestro alcance para la evaluación del estado fetal anteparto.

### CONCLUSIONES

Atendiendo el estudio de la historia clínica de la señora KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS, y de los hechos apuntados y los razonamientos anteriormente expuestos se deduce las siguientes conclusiones:

- 1.- Se trata de paciente de 26 años, G1- P0, que consulta por embarazo de 40.6 semanas por FUR y 41 semanas por ecografía.
- 2.- Se realiza valoración clínica y biofísica a través de PBF, CTG y ecografía encaminada a realizar inducción del T de P, resultando todos normales, es decir sin compromiso fetal.
- 3.- Se realiza inducción del T de P con Misoprostol a las 16:00 horas
- 4.- Monitorización de la FCF normal durante la inducción.

### TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



5.- Se presenta parto vaginal a las 6:27 am, con feto deprimido, es reanimado por neonatólogo, los cuales hacen el diagnóstico de asfixia perinatal.

6.- La duración de la fase activa del T de P fue de 3 horas. Expulsivo de 45 minutos.

7.- Cuando se produce un estado fetal no satisfactorio en la semana siguiente a la CTG normal, sin alteraciones aparentes, generalmente resulta secundario a cambios súbitos del estado metabólico materno fetal, situación difícilmente predecible con las pruebas que tenemos a nuestro alcance para la evaluación del estado fetal anteparto.

8.- No existe relación de causalidad entre el control y la atención del parto con el resultado perinatal adverso. Ajustándose el manejo a las guías de práctica clínica, siendo consecuente con la lex artis.

### ANEXOS

Con este dictamen pericial, estoy anexando mi hoja de vida y copia de documentos que me sirvieron de soporte para la elaboración del dictamen.

### GLOSARIO

**AMNIORREA:** Salida de líquido amniótico a través de la vagina.

**INDUCCION DEL T de P:** Es la estimulación del útero para que se contraiga antes de que el trabajo de parto comience por sí solo para lograr un parto vaginal.

**MISOPROSTOL:** es un tipo de prostaglandina que se puede tomar en dosis bajas por vía oral para inducir el trabajo de parto. Las prostaglandinas son compuestos similares a las hormonas que el organismo fabrica para diversas funciones (entre ellas, el inicio natural del trabajo de parto).

**LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO:** El meconio corresponde a las primeras heces eliminadas por un recién nacido poco después del nacimiento, antes de que el bebé empieza a digerir leche materna o leche maternizada en polvo. En algunos casos, el bebé elimina meconio mientras aún está dentro del útero. Cuando esto sucede, el líquido amniótico y el meconio se mezclan para formar un líquido espeso y tintado de verde. El síndrome de aspiración meconial puede aparecer si el bebé jadea o inhala durante el parto, lo que hace que la mezcla de meconio sea aspirada hacia los pulmones.

### TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



**DECLARACIÓN JURAMENTADA:** declaro bajo juramento que el presente informe es independiente y corresponde a mi real convicción profesional, así como también, que toda la información es la contenida en la historia clínica que se me puso de presente

### BIBLIOGRAFIA

Se consultó múltiples artículos y capítulos de textos de la literatura médica respecto a la atención del parto y la asfixia perinatal. Enumero los más representativos y consultados.

- 1.- Clinic Barcelona, protocolo: manejo de la gestación de > 41 semanas, 2007
- 2.- Guía de atención del embarazo prolongado, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (AsBog), 2013
- 3.- Guías de práctica clínica, Ministerio de Salud, Colombia, 2013, p 54-59

Atentamente:

**Dr. DAIRO GUTIÉRREZ CUELLO**  
MD Ginecólogo  
Cc#15.025.844 de Lórica Córdoba  
Registro Médico 761796

**PERIMEDICAL  
DEL  
VALLE**

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 311 655 3132- 321 567 4724

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)