

ENTREGA DICTAMEN PERICIAL- DDA RC-KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS VS FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA RAD. 2022-00069-00

Gloria P. Hurtado <juridico@fhsjb.org>

Jue 18/04/2024 8:19

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Valle del Cauca - Guadalajara De Buga <j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>; marioalfonsocm <marioalfonsocm@gmail.com>; Diana Vanessa BENJUMEA FLOREZ <notificacionesjudiciales@axacolpatria.co>; notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>

 10 archivos adjuntos (8 MB)

MEMORIAL APORTA DICTAMEN PERICIAL-DDA RC-KAREN RODRIGUEZ VS FHSJB.pdf; 1. OFICIO REMISORIO PARA ENTREGA DE DICTAMEN -HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA.pdf; 2. Hoja de vida Dr. gutierrez.pdf; 2.2 Tarjeta Medico Especialista.pdf; 2.1 ANEXOS HV DR. GUTIERREZ.pdf; 1.1 Dictamen Hospital San Jose de Buga.pdf; CERTIFICADO CALIDAD PERIMEDICAL DEL VALLE.pdf; GPC 2013.pdf; GUIA 4. ATENCION DEL EMBARAZO PROLONGADO(1).pdf; Embarazo prolongado. Clinic Barcelona.pdf;

Guadalajara de Buga, 18 de abril de 2024.

Señores

JUEZ TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA

j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

ASUNTO: APORTA DICTAMEN PERICIAL
PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
DEMANDANTES: KAREN TATIANA RODRÍGUEZ CUARTAS Y OTROS.
DEMANDADO: FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
RADICACIÓN: 76-111-31-03-003-2022-00069-00

GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA, persona mayor de edad y vecina de Buga (V), identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 66.972.412 de Cali (Valle), abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 110.530 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de apoderada judicial de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, por medio del presente escrito y encontrándome dentro del termino concedido, me permito dirigirme a usted para aportar el Dictamen Pericial conforme las exigencias establecidas en el Artículo 226 del Código General del Proceso.

El Dictamen Pericial contiene los siguientes documentos adjuntos:

- Oficio entrega Dictamen Pericial con información de contacto del perito.
- Hoja de Vida del perito Doctor Dairo Gutiérrez Cuello
- Tarjeta de Médico Especialista
- Anexos de la Hoja de Vida
- Dictamen Pericial
- Certificado de Calidad de PERIMEDICAL S. A. S.
- GPC 2013
- Guía de Atención del Embarazo Prolongado
- Protocolo Manejo de la Gestación de 41 Semanas

Lo anterior, de conformidad lo decretado por el señor Juez en la Audiencia Inicial que se celebró el pasado 21 de marzo del año en curso, en donde se concedió un término de quince (15) días hábiles para la presentación del Dictamen por parte de la Fundación Hospital San José de Buga.

Así mismo, procedo a enviar de forma simultánea el presente correo al apoderado de la parte demandante y a los llamados en garantía por parte de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

Atentamente,

GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA

C.C. No. 66.972.412 de Cali

T.P. No. 110.530 del C.S.J.

juridico@fhsjb.org

Guadalajara de Buga, 17 de abril de 2024.

Señores

JUEZ TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA

j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

ASUNTO: APORTA DICTAMEN PERICIAL
PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
DEMANDANTES: KAREN TATIANA RODRÍGUEZ CUARTAS Y OTROS.
DEMANDADO: FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
RADICACIÓN: 76-111-31-03-003-2022-00069-00

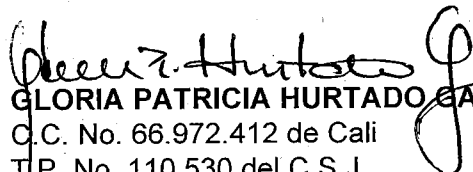
GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA, persona mayor de edad y vecina de Buga (V), identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 66.972.412 de Cali (Valle), abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 110.530 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de apoderada judicial de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, por medio del presente escrito y encontrándome dentro del termino concedido, me permito dirigirme a usted para aportar el Dictamen Pericial conforme las exigencias establecidas en el Artículo 226 del Código General del Proceso.

El Dictamen Pericial contiene los siguientes documentos adjuntos:

- Oficio entrega Dictamen Pericial con información de contacto del perito.
- Hoja de Vida del perito Doctor Dairo Gutiérrez Cuello
- Tarjeta de Médico Especialista
- Anexos de la Hoja de Vida
- Dictamen Pericial
- Certificado de Calidad de PERIMEDICAL S. A. S.
- GPC 2013
- Guía de Atención del Embarazo Prolongado
- Protocolo Manejo de la Gestación de 41 Semanas

Lo anterior, de conformidad lo decretado por el señor Juez en la Audiencia Inicial que se celebró el pasado 21 de marzo del año en curso, en donde se concedió un término de quince (15) días hábiles para la presentación del Dictamen por parte de la Fundación Hospital San José de Buga.

Atentamente,


GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA
C.C. No. 66.972.412 de Cali
T.P. No. 110.530 del C.S.J.
juridico@fhsjb.org



Tuluá Valle del Cauca.
17 abril del 2024.

Doctora:

GLORIA PATRICIA HURTADO GARCIA

Apodera.

ASUNTO: Entrega Dictamen Médico Pericial- **KAREN TATIANA RODRIGUEZ CUARTAS CC 1.115.066.970**

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado por usted. Dicha experticia es rendida por PERIMEDICAL DEL VALLE SAS, empresa legalmente constituida y certificada en Calidad ISO 9001:2015; a través del Doctor **DAIRO GUTIERREZ CUELLO**, Especialista en Ginecología de la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO (UNAM), con más de 28 años de experiencia en el ejercicio de la profesión y perito adscrito a nuestra empresa.

De manera formal solicitamos que, para la sustentación del dictamen en la audiencia pública de manera virtual, nos notifiquen por cualquier medio sea físico o electrónico a través de: perimedicaldelvalle@gmail.com; o en la ciudad de Tuluá Valle, Cra 34 #25-40 o a través del celular: 3116553132- 3215674724, esto con la finalidad de agendar al especialista.

Nota: En caso de requerir la presencialidad del perito en la audiencia, los gastos del traslado estarán a cargo del solicitante del dictamen en su totalidad. Así mismo, en caso de requerir la asistencia del perito a otra audiencia en la misma instancia o en una superior, deberá pagar el valor asignado por PERIMEDICAL DEL VALLE SAS.

Se anexan certificaciones académicas y profesionales de los especialistas que elaboran el dictamen.

Con toda atención,

DRA. CLAUDIA RAYO RADA.

Gerente.

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

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

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com

HOJA DE VIDA



DAIRO DE JESUS GUTIERREZ CUELLO

DATOS PERSONALES:

- **FECHA DE NACIMIENTO:** 31 DE JULIO DE 1965 EN LORICA (CÓRDOBA)
- **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** C.C 15.025.844 DE LORICA - CÓRDOBA.
- **ESTADO CIVIL:** CASADO.
- **TELÉFONO:** 315-5700682 - 2240462
- **DIRECCIÓN:** CALLE 26 No.35 - 24 OFICINA.
- **CIUDAD:** TULUÁ -VALLE
- **LIBRETA MILITAR:** 002841 DISTRITO N° 13.

Dairo de Jesús Gutiérrez Cuello.

ESTUDIOS REALIZADOS:

SECUNDARIA:

ENTIDAD: LACIDES C. BERSAL
AÑOS CURSADOS: 1977 – 1982.
TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
CIUDAD: LORICA – CORDOBA.

UNIVERSITARIO:

1. ENTIDAD: UNIVERSIDAD AUTONOMA
METROPOLITANA.
TÍTULO OBTENIDO: MEDICO Y CIRUJANO.
CIUDAD: MEXICO – D.F (1985- 1990).

2. ENTIDAD: UNIDAD CENTRAL DEL VALLE.
(UCEVA)
TÍTULO OBTENIDO: ABOGADO.
CIUDAD: TULUA – VALLE (2.002 – 2.008).

Dairo de Jesús Gutiérrez Cuello.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

1. ESPECIALIDAD:

ENTIDAD:

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO (UNAM).
(HOSPITAL “LUIS CASTELAZO AYALA”)

TITULO OBTENIDO:

GINECO-OBSTETRA.

CIUDAD:

MEXICO D.F (1991 – 1993).

2. ESPECIALIDAD:

ENTIDAD:

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE
COLOMBIA.

TITULO OBTENIDO:

ESPECIALISTA EN DERECHO MEDICO

CIUDAD:

BOGOTÁ D.C (2008-2009).

3. ESPECIALIDAD:

ENTIDAD:

UNIVERSIDAD ANDINA

TITULO OBTENIDO:

**ESPECIALISTA EN PEDAGOGÍA Y
DOCENCIA**

CIUDAD:

PEREIRA 2019

4. ESPECIALIDAD:

ENTIDAD:

UNIVERSIDAD LIBRE

TITULO OBTENIDO:

**ESPECIALISTA EN DERECHO PROCESAL,
PROBATORIO Y ORALIDAD (ACTUALMENTE
CURSANDO 1 ER SEMESTRE)**

CIUDAD:

PEREIRA 2020

5. MAESTRIA:

ENTIDAD:

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE
COLOMBIA.

TÍTULO OBTENIDO:

MAGISTER EN DERECHO MEDICO

CIUDAD:

BOGOTÁ D.C (2015-2017).

Daíro de Jesús Gutiérrez Cuello.

1. **ADIESTRAMIENTO:**

ENTIDAD: HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA.
CURSO: **ULTRASONIDO EN ECOGRAFIA Y OBSTETRICIA.**
CIUDAD: MEXICO DF. MARZO – MAYO 1995,

ENTIDAD: MIAMI ULTRASOUND INSTITUTE.
CURSO: **DIAGNOSTIC OBSTETRICAL ULTRASOUND AND FETAL MALFORMATIONS.**
CIUDAD: MIAMI FLORIDA. 22-24 SEPT (2005)

ENTIDAD: MIAMI ULTRASOUND INSTITUTE.
CURSO: **DIAGNOSTIC OBSTETRICAL ULTRASOUND AND FETAL MALFORMATIONS.**
CIUDAD: MIAMI FLORIDA ENERO (2011)

ENTIDAD: THE FETAL MEDICINE FOUNDATION
CURSO: **Curso teórico de competencia en el examen ecográfico de las 11 a las 14 semanas.**
CIUDAD: MIAMI-FLORIDA. 25 SEPT 2005

ENTIDAD: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS
TITULO OBTENIDO: **Neurosonografista Fetal Avanzado**
CIUDAD: BOGOTÁ DC Marzo- Julio 2009

Entidad: SAUMB (sociedad argentina de ultrasonido Y ciencias biológicas)
Curso: **Ecografía Doppler en obstetricia y Ginecologia**
Ciudad: Oct. 2- 6 del 2010, Buenos Aires Argentina

Dairo de Jesús Gutiérrez Cuello.

Curso:	Diagnostico prenatal por imágenes
Ciudad:	Modalidad e- learning
Entidad:	SAUMB (sociedad argentina de ultrasonido Y ciencias biológicas)
Curso:	Ecocardiografia fetal nivel 1
Ciudad:	Modalidad e learning mayo- junio 2012
Entidad:	CENCIME (Centro de Entrenamiento de Cirugía Mínimamente invasiva)
Curso:	Video cirugía “HANDS ON” Experimental Mínimamente invasiva
Ciudad:	Modalidad presencial Lima Perú, Octubre 2013
Entidad:	Sociedad Brasileira de laser en medicina y cirugía
Curso:	Tutorial de Vaginoplastia con laser
Ciudad:	Modalidad presencial Bogota-2013
Entidad:	SAUMB (sociedad argentina de ultrasonido Y ciencias biológicas)
Curso:	Ecografía Mamaria
Ciudad:	Modalidad e learning Agosto-sept 2015
Entidad:	SAUMB (sociedad argentina de ultrasonido Y ciencias biológicas)
Curso:	Superior Intensivo y Formativo de Ultrasonografía e Intervencionismo Mamario Modalidad presencial.
Ciudad:	Buenos Aires Argentina Sept.2015.
Entidad:	SAUMB (sociedad argentina de ultrasonido y ciencias biológicas)

Dairo de Jesús Gutiérrez Cuello.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

DIPLOMADO:

ENTIDAD: Universidad Santiago de Cali- Escuela de Gobierno.
TEMA: **Gerencia y gestión para organización Del sector Salud.**
CIUDAD: CALI- VALLE COLOMBIA Marzo- Julio 1999.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS:

1. ENTIDAD: Sociedad de Ginecólogos del Valle. (SOVOGINE).
Vocal de la junta directiva de 2006-10
MIEMBRO ACTIVO DESDE 1997

2.- ENTIDAD: *COLEGIO MÉDICO DEL VALLE.*
MIEMBRO DE NÚMERO

3.- ENTIDAD *SEGO (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)*

4.- ENTIDAD *FECOLSOG (FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA)*

RESPONSABILIDAD CIVIL:

1. ENTIDAD: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. (SCARE-FEPASDE).
AFILIADO DESDE OCT 31/1995

Daíro de Jesús Gutiérrez Cuello.

EXPERIENCIA LABORAL:

1. EMPRESA:	CENTRO MEDICO QUIRÚRGICA ALVERNIA LTDA
CARGO:	Gineco-obstetra – Propietario
TIEMPO LABORADO:	25 años, ACTUALMENTE
TELÉFONO:	2240462
CIUDAD:	Tulúa Valle

2. EMPRESA:	CLINICA SAN FRANCISCO
CARGO:	Ecografista en ginecología y obstetricia
TIEMPO LABORADO:	10 años.
TELEFONO:	2262222 EXT. 149
CIUDAD:	Tuluá Valle

3. EMPRESA:	TRIBUNAL DE ETICA MÉDICA DEL VALLE
CARGO:	Ex Magistrado – Ex Presidente
TIEMPO LABORADO:	5 años
CIUDAD:	Cali- Valle- Colombia

4. EMPRESA:	ECOFEMM SAS
CARGO:	Gerente
TIEMPO LABORADO:	4 años, ACTUALMENTE
TELÉFONO:	2240462 – 315 3293434
CIUDAD:	Tuluá Valle

Daíro de Jesús Gutiérrez Cuello.

EXPERIENCIA DOCENTE:

5. EMPRESA:

Unidad Central del Valle (UCEVA)

Tulua- Valle

CARGO:

Ex Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Profesor Hora cátedra de:

- Internado Rotatorio.

-9 semestre de Medicina (ginecología)

- 4to semestre de medicina (Derecho Médico)

- 9 semestre de Derecho (Medicina Legal y Ciencias forenses)

TIEMPO LABORADO:

15 años, **ACTUALMENTE**

CIUDAD:

Tuluá – Valle.

6. EMPRESA:

USACA (universidad Santiago de Calí)

CARGO:

PROFESOR DE MAESTRÍA

EN DERECHO MEDICO

TIEMPO LABORADO:

2 años

CIUDAD:

Cali- Valle- Colombia

7.- EMPRESA:

UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA

CARGO:

PROFESOR DE POSGRADO EN

RESPONSABILIDAD MÉDICA

TIEMPO LABORADO:

2 AÑO

CIUDAD:

PEREIRA (RISARALDA)

8.- EMPRESA:

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

CARGO:

PROFESOR DE POSGRADO EN

DERECHO MEDICO

TIEMPO LABORADO:

1 SEMESTRE

CIUDAD:

CARTAGENA (BOLIVAR)

9.- EMPRESA:

UNIVERSIDAD NAVARRA

CARGO:

PROFESOR DE POSGRADO EN

DERECHO MEDICO

TIEMPO LABORADO:

1 SEMESTRE

CIUDAD:

NEIVA- HUILA

Dairo de Jesús Gutiérrez Cuello.

CONFERENCISTA EN VARIOS EVENTOS ACADEMICOS EN EL VALLE DEL CAUCA.

VARIAS PUBLICACIONES EN REVISTA TRIBUNA MEDICA (TRIBUNAL DE ÉTICA MEDICA DEL VALLE)

Autor de libros:

“CURSO DE MEDICINA FORENSE” 2019

“MANUAL DE DERECHO MEDICO Y SUS APLICACIONES” 2020

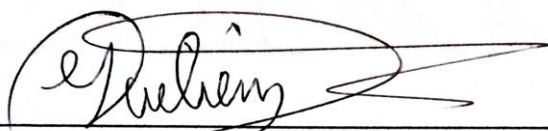
REFERENCIAS:

PERSONALES Y LABORALES:

NOMBRE:	DR. Ana I. Bravo Carvajal
OCUPACIÓN:	Ginecóloga perinatologa.
TELÉFONO:	315 5718113
CIUDAD	TULUÁ- VALLE

NOMBRE:	LUIS GERARDO SALCEDO P.
OCUPACIÓN:	EX magistrado
	Tribunal de ética médica
TELÉFONO:	3212416026
CIUDAD:	BUGA - VALLE

Para todos los efectos legales, certifico que toda la información anotada por mí en la presente hoja de vida es verás y autorizo la solicitud plena de los datos aquí impresos. C.S.T. Art. 61 No. 10 Legislación Laboral



DAIRO DE JESÚS GUTIERREZ CUELLO.
C.C No. 15.025.844 DE LORICA CÓRDOBA.

Dairo de Jesús Gutiérrez Cuello.

Daíro de Jesús Gutiérrez Cuello.





La Universidad Nacional Autónoma
de México



otorga a
Dairo de Jesús Gutiérrez Cuello
el diploma de especialidad en
Ginecología y Obstetricia

en atención a que demostró tener hechos los estudios conforme a los planes autorizados por el Consejo Universitario y haber sido aprobado en el examen final del curso de especialización que sustentó el día 29 de abril de 1994, según constancias archivadas en la misma Universidad.

Por mi Raza hablará el Espíritu
Dado en la ciudad de México, Distrito Federal,
el día 14 de marzo de 1996. 240-77

El Secretario General

J. Fortuelli

Dr. Jaime Martuscelli Quintana

El Rector

Dr. José Sarukhán

Dr. José Sarukhán

7547

POR ACUERDO DEL C. SECRETARIO DE GOBERNACION, la C. Profra. Laura Elena Castillo Saldaña, Subdirectora de Formalización y Control de la Dirección de Coordinación Política con los Poderes de la Unión, CERTIFICA: que los CC. Doctores José Sarukhán y Jaime Martuscelli Quintana, eran Rector y Secretario General respectivamente de la Universidad Nacional Autónoma de México, el día 14 de marzo último y cuyas las firmas que calzan el presente Diploma.

México, D.F., 2 de mayo de 1996.

REGISTRO No. 7547
DER. PAG. \$ 119.00
S/BOLETA No. 7326853

Laura Elena Castillo
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Esta Secretaría no se hace responsable del contenido de este documento.

gag*

SECRETARIA DE GOBERNACION
DIRECCION GENERAL DE GOBIERNO



F. 8 (Consular)

Nº 174697

LA SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES CERTIFICA:
que LA C. PROFRA. LAURA ELENA CASTILLO SALDAÑA, ERA
SUBDIRECTORA DE FORMALIZACION Y CONTROL DE LA DIRECCION
DE COORDINACION POLITICA CON LOS PODERES DE LA UNION EL
2 MAYO 1996

y que es suya la firma que antecede.

Tlatelolco, D. F. de 7 MAYO 1996 de 19...

P.O. DEL C. SECRETARIO

EL DELEGADO

ALVARO RIVERA ESTRADA.

ESTA SECRETARIA NO ASUME
RESPONSABILIDAD ALGUNA
POR EL CONTENIDO DEL
DOCUMENTO QUE SE LEGALIZA



No. 1530... Fecha 7 MAYO 1996

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA
EN MEXICO

Prevía la confrontación correspondiente DA FE
de que la firma que aparece en este documento
es autografa y REGISTRADA aquí por

Alvaro Rivera Estrada



Casa abierta al tiempo

LA UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

EXPIDE EL TITULO DE
MEDICO CIRUJANO

A
DAIRO DE JESUS GUTIERREZ CUELLO

EN VIRTUD DE HABER REALIZADO
LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES
EN LA UNIDAD XOCHIMILCO
CONFORME A LOS PLANES
Y PROGRAMAS APROBADOS
POR EL COLEGIO ACADEMICO.

RECTOR GENERAL
Dr. Gustavo A. Chapela Castañares

SECRETARIO GENERAL
Dr. Enrique Fernández Fassnacht



RECTOR DE LA UNIDAD
Dr. Avelis Aznavulian

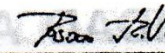
México, D. F., a 20 de Marzo de 1991.



Se hace constar que cumplió con los requisitos
establecidos en el Reglamento de Estudios Superiores
a nivel de Licenciatura para la obtención del título.

México, D. F. a 18 de MARZO de 1991.


firma.


Mtro. Roberto Rodríguez Vélez.
Director de Sistemas Escolares.

título número:
012857
024790

Registrado en la Dirección de Sistemas Escolares
a 117 fojas del libro U.X. 23 CBS
el día 22 de MARZO de 1991.

SECRETARIA DE GOBIERNO

DIRECCION GENERAL
DE CONTENCION

SECRETARIA
DIRECCION



Hoja de Vida



REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

RESOLUCION NUMERO 76-1796 DE 1996

(17 JUL. 1996)

Por medio de la cual se inscribe y registra un título.

EL SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA, en ejercicio de la delegación conferida por el Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y,

CONSIDERANDO:

Que **DAIRO DE JESUS GUTIERREZ CUELLO** ----- identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **15.025.844** ----- expedida en **LORICA CORDOBA** ha solicitado el registro de su **TITULO** de **MEDICO Y CIRUJANO**.

Que le otorgó **LA UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA** ----- el **20-03-91**.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación de **ICFES RES. 1050** ----- al Folio ----- del Libro ----- el **27-04-95**.

Que cumplió con el **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO** en **EL HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** ----- Departamento de **VALLE DEL CAUCA** ----- durante el tiempo comprendido entre el **01-07-95** ----- y el **01-07-96**.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **DAIRO DE JESUS GUTIERREZ CUELLO** ----- para ejercer la profesión de **MEDICO Y CIRUJANO** ----- en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE:

Santiago de Cali, de

de 199

DILLIAN FRANCISCA TORO TORRES
SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

BETTY HERNANDEZ ESCOBAR
JEFE DIVISION JURIDICA

Jacqueline G.



SECRETARIA GENERAL

RESOLUCION No. (942) DE 19

(28 JUN. 1996)

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior

EL SECRETARIO GENERAL del

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de la delegación de funciones conferidas por la Resolución 0317 del 20 de febrero de 1995 y en especial de las atribuciones conferidas por la ley 30 de 1992 y el decreto 2589 de 1993, y

C O N S I D E R A N D O :

Que DAIRO DE JESUS GUTIERREZ CUELLO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 15.025.844 de Lórica (Córdoba), presentó ante este Instituto el título de ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, otorgado el 14 de marzo de 1996, por LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, México, D.F., México para su convalidación;

Que además presenta el título de MEDICO CIRUJANO, expedido el 20 de marzo de 1991, por La Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F., México, convalidado por el ICFES, mediante resolución 1050 del 27 de abril de 1995;

Que el Director General del ICFES, mediante comunicación 000436 del 5 de marzo de 1996, dispuso la convalidación de títulos sin evaluación previa, salvo casos excepcionales sobre los cuales no hay precedentes o donde la modalidad de estudios, lo inusual del título o algún otro factor extraordinario exija recaudar un concepto especializado.

Que la Pontificia Universidad Javeriana, en su oportunidad evaluó un caso similar al considerado en el presente acto administrativo.

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a DAIRO DE JESUS GUTIERREZ CUELLO

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada:

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, otorgado el 14 de marzo de 1996, por LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, México, D.F., México, a DAIRO DE JESUS GUTIERREZ CUELLO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 15.025.844 de Lorica (Córdoba), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición en la vía gubernativa, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los

28 JUN. 1996

ORIGINAL FIRMADO POR

GERMAN SILVA GARCIA

GERMAN SILVA GARCIA

Secretario General, encargado de las funciones del Subdirector General Jurídico


ADRIANA MARIA LOPERA HERNANDEZ
Jefe (e) Oficina de Relaciones Internacionales

NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE TULUA
CERTIFICA:
Que la presente fotocopia corresponde al original que se tiene a la vista.
23 OCT 1996

CAMILO BUSTAMANTE ALVAREZ
Notario Tercero


0-04

RESOLUCION No. **1050** DE 19

(27 ABR. 1995)

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior

EL SECRETARIO GENERAL del

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de la delegación de funciones conferidas por la Resolución 0317 del 20 de febrero de 1995 y en especial de las atribuciones conferidas por la ley 30 de 1992 y el decreto 2589 de 1993. y

C O N S I D E R A N D O :

Que DAIRD DE JESUS GUTIERREZ CUELLO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 15.025.844 de Lorica (Córdoba), presentó ante este Instituto el título de MEDICO CIRUJANO, otorgado el 20 de marzo de 1991, por LA UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA, México, D.F., México para su convalidación, registro y posterior inscripción;

Que para esta convalidación se aplica el Convenio Regional de Convalidación de Estudios, títulos y diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe, suscrito en México el 19 de julio de 1974 y ratificado por ley 8a. de 1977;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada:

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a DAIRO DE JESUS GUTIERREZ CUELLO

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de MEDICO CIRUJANO, otorgado el 20 de marzo de 1991, por LA UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA, México, D.F., México, a DAIRO DE JESUS GUTIERREZ CUELLO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 15.025.844 de Lórica (Córdoba), como equivalente al título de MEDICO Y CIRUJANO, que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- Ordenar a la Oficina de Relaciones Internacionales de este Instituto, el registro de dicho título y para tal efecto presentarse el original del diploma.

PARAGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley que regula el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTICULO TERCERO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición en la vía gubernativa, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá a los

27 ABR. 1995

ORIGINAL FIRMADO POR
PATRICIA LINARES PRIETO

PATRICIA LINARES PRIETO
Secretario General

EDUARDO NORIEGA DE LA HOZ
EL Subdirector General Jurídico

CERTIFICA:

la presente fotocopia corresponde
al original que se tiene a la vista

23 OCT 1996

JORGE MIGUEL MAGDANIEL ROSADO
Jefe Oficina de Relaciones
Internacionales

CAMILO BUSTAMANTE ALVAREZ
Notario Tercero

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N°

1796/96

Firma Médica

Nombre y Apellido

DAIRO DE JESUS GUTIERREZ C.

C.C.

Q.E. C 15025844 De LORICA

Universidad

Ciudad

BETROPOLIT.

MEXICO

Código

16396/

Fecha de Expedición

08/12/96

FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD AL DECRETO N° 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE
DE 1992.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE SALUD.

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



PERIMEDICAL DEL VALLE S.A.S
Nit: 901484034-5
"NUESTRO COMPROMISO ES EQUIDAD CON ETICA"



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

dicha historia clínica sedescribe la atención médica en la 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 sistémico, 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:

- 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

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,

posterior, permeable a un dedo, membranas integra, 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 integra, 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

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

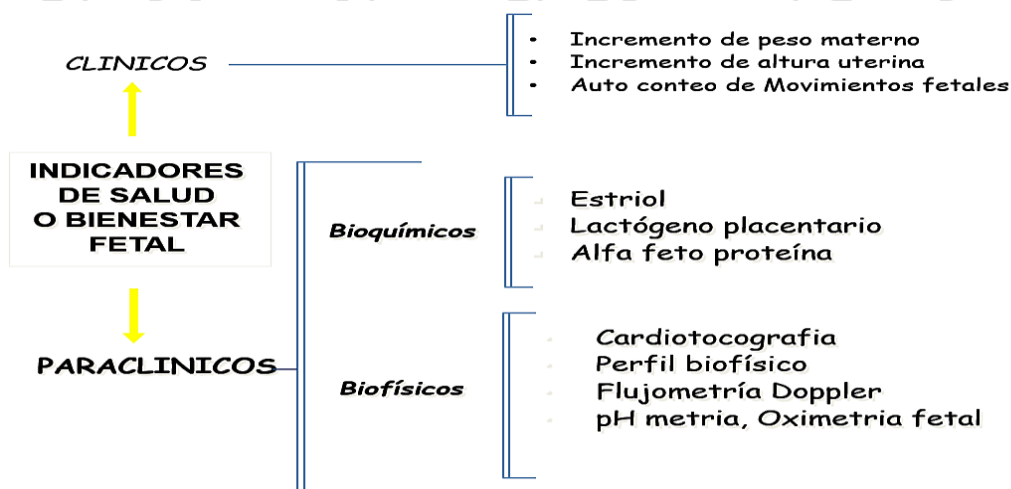
ETAPA	FASE	PARIDAD	TIEMPOS
Primera etapa	Latente	Nulípara	< 20 horas
		Múltipara	<14 horas
	Activa	Nulípara	≤ 5 horas
		Múltipara	< 3 horas
Segunda etapa	Expulsivo	Nulípara	<3 horas - promedio 2 horas

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

³³ 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

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

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.

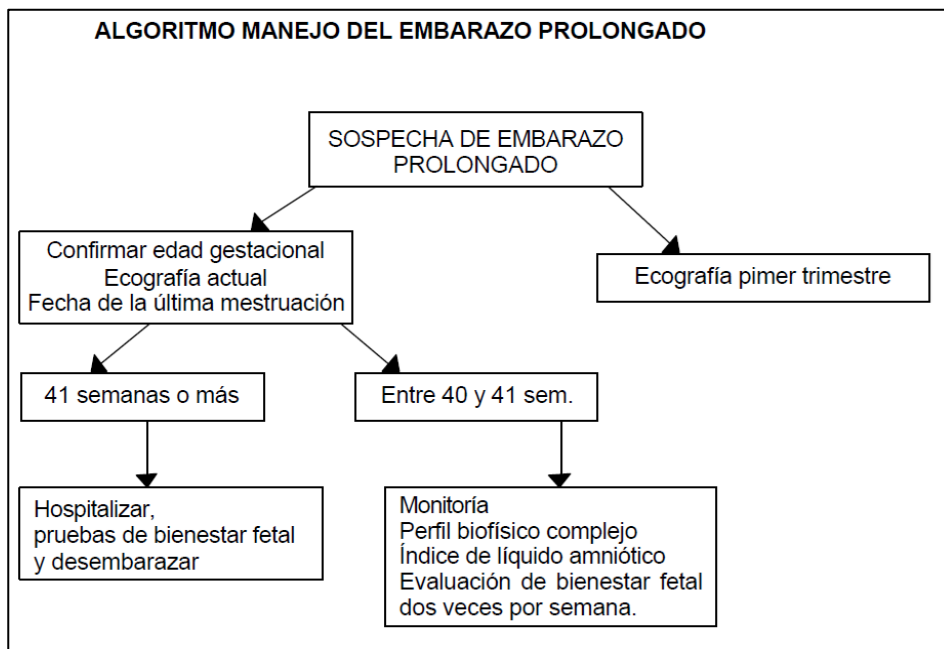
PRUEBAS DE VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL: se inicia a las 41 semanas, a fin de establecer la madurez y vitalidad fetal (descarte de EFI), y para estudiar el grado de madurez placentaria.

- * 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).

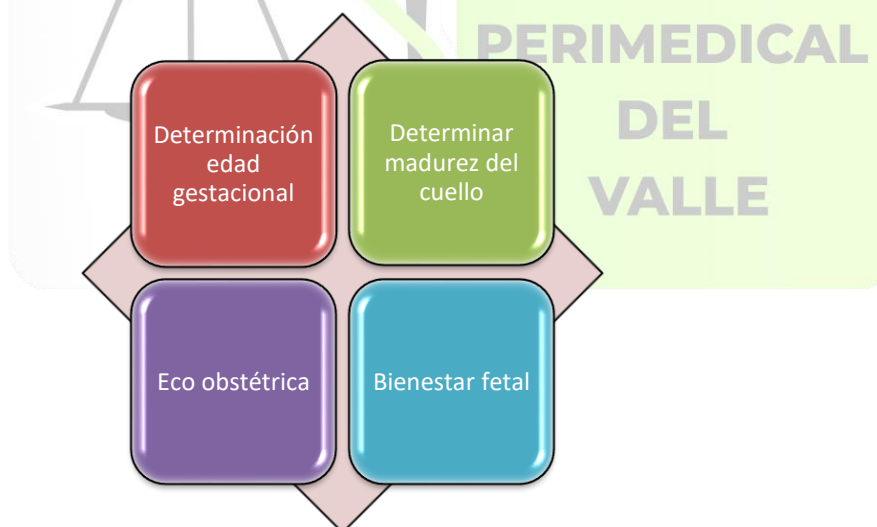
VALORACION DE LA MADUREZ CERVICAL.

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

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.

ANÁLISIS 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 transcurrió dentro de los límites señalados por las GPC.

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

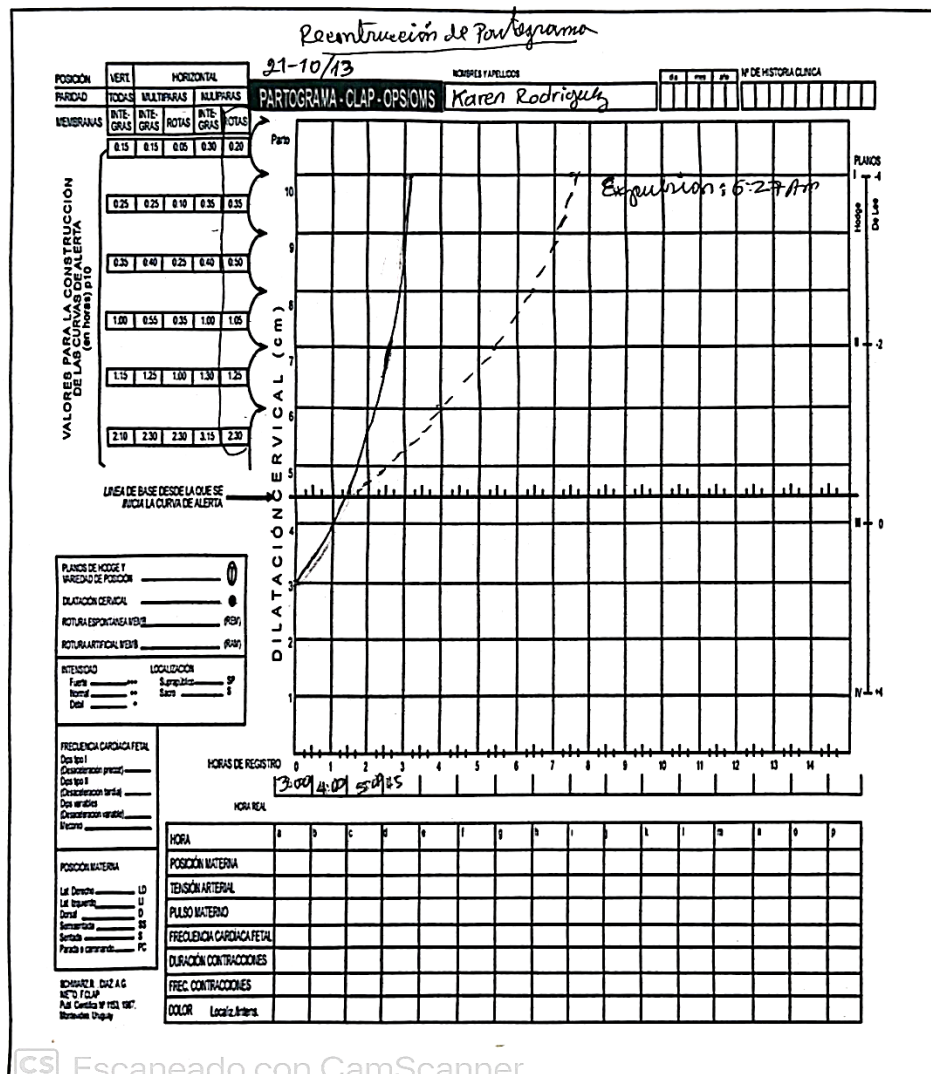
TULUÁ VALLE DEL CAUCA

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

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com

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

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

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

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



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 al consultorio de evaluaciones de Ginecología
09:00	Consiente en ser atendida en sus tres esferas 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
10:30	Se toma monitoria fetal
10:45	Se toma monitoria fetal
11:00	Se toma monitoria fetal
11:15	Se toma monitoria fetal
11:30	Se toma monitoria fetal
11:45	Se toma monitoria fetal
12:00	Se toma monitoria fetal
12:15	Se toma monitoria fetal
12:30	Se toma monitoria fetal
12:45	Se toma monitoria fetal
13:00	Se toma monitoria fetal
13:15	Se toma monitoria fetal
13:30	Se toma monitoria fetal
13:45	Se toma monitoria fetal
14:00	Se toma monitoria fetal
14:15	Se toma monitoria fetal
14:30	Se toma monitoria fetal
14:45	Se toma monitoria fetal
15:00	Se toma monitoria fetal
15:15	Se toma monitoria fetal
15:30	Se toma monitoria fetal
15:45	Se toma monitoria fetal
16:00	Se toma monitoria fetal
16:15	Se toma monitoria fetal
16:30	Se toma monitoria fetal
16:45	Se toma monitoria fetal
17:00	Se toma monitoria fetal
17:15	Se toma monitoria fetal
17:30	Se toma monitoria fetal
17:45	Se toma monitoria fetal
18:00	Se toma monitoria fetal
18:15	Se toma monitoria fetal
18:30	Se toma monitoria fetal
18:45	Se toma monitoria fetal
19:00	Se toma monitoria fetal
19:15	Se toma monitoria fetal
19:30	Se toma monitoria fetal
19:45	Se toma monitoria fetal
20:00	Se toma monitoria fetal
20:15	Se toma monitoria fetal
20:30	Se toma monitoria fetal
20:45	Se toma monitoria fetal
21:00	Se toma monitoria fetal
21:15	Se toma monitoria fetal
21:30	Se toma monitoria fetal
21:45	Se toma monitoria fetal
22:00	Se toma monitoria fetal
22:15	Se toma monitoria fetal
22:30	Se toma monitoria fetal
22:45	Se toma monitoria fetal
23:00	Se toma monitoria fetal
23:15	Se toma monitoria fetal
23:30	Se toma monitoria fetal
23:45	Se toma monitoria fetal
24:00	Se toma monitoria fetal

"9+00

21-10-13 Ingresos paciente de 26 años de edad al consultorio de admisiones de Ginecología consiente, orientada en sus tres esferas 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: 21/04/13 Hora de Ingreso: 10:30
 Asista Primera Vez: ☒ Repetida en el año: ☐ Causa: promotora de repa
 Remitido de: NO
 Motivo de Consulta: tenso 41.55
 Enfermedad Actual: durante 4 días con em de 41.55 x 60 mm
20/monio/2013 Última ecografía 24/04/2013
para 28/2.55, propiata 31.869 y placenta previa
Gravida II, 15, 7, repunta de dolor tipo contracción
leve, NO pérdidas vaginales, NO otros síntomas
 Condición de la Usaria: Embarazada ☐ 1 Trám. ☐ 1 Trám. ☐ 1 Trám. ☐ No aplica ☐
 Antecedentes Personales:

Nombre	SI	NO	Especificación
Patologías			(13/5/11/13)
Respiratorias			Auto unco 4, 25
Cardíacas			CV 0.39
Alérgicas			0.4 3.9 AST 75
Otras			

 Antecedentes Personales:

Nombre	SI	NO	Especificación
Patologías			HOB 4.5 (7/6/11/13)
Respiratorias			PO (-)
Cardíacas			WH (-) 16/13/11/13
Alérgicas			Sorología (-) 16/13/11/13
Otras			

 CAUSA EXTERNA:
☐ Accidente de Trabajo ☐ Otro Accidente ☐ Evento Catastrófico ☐ Lesión por Agresión ☐ Lesión Auto Infligida ☐ Maltrato ☐ Enfermedad General ☐ Enfermedad Otra
 Examen Físico: TA: 120/80 FC: 80 X PR: 10 X TEMP: 36.5 °C PESO: 73.59 Kg

SISTEMA	N	A	Especificación
Capoza y Cera			capoza en brazos, Cardíaca, General
Ojos			con mulesa, humedades, yacido
ORE			
Oído			
Espeja			(PASCASA) No supra, ni t no sangrado
Torax			
Corazón			Abdomen Gravidia 20-29 cm otro normal
Pulmones			
Abdomen			NO repando
Genito Urinario			TU: curado posterior, curado, no amigra
Endem y Pelvis			No sangrado
Extremidades			
END			JNC: sin AITAVANA, ext. pulso ++
PIPI			
Otras			

 DIAGNOSTICO DE INGRESO:
 1. GAPO CODIGO 7359
 2. em de 41.55 x 60 CODIGO 048X
 3. em pos-dorado CODIGO
 Dx. DIFERENCIAL:
 @ propiata
 NOMBRE DEL MEDICO: _____ FIRMA: _____ REGISTRO N°: _____

RESUMEN ATENCIONES

Especialidad: _____ Nombre Médico: _____ Hora: _____
 Especialidad: _____ Nombre Médico: _____ Hora: _____

TRATAMIENTO: durante con Embarazo, prolongado 41.55 x 60
on parto, sin actividad uterina
Monitoria Categoría I
pl s/s Ecografía + PR f
para inducción del TP

PROCEDIMIENTOS:
14+45
DESUAS = 22 FOLIO 08.11
 Dr. Julio César Pardo Flores, Ginecólogo, OBSTETRA
 C.E. 5037-02
 C.G. 16500-910

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

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

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



PROCEDIMIENTOS:

14441

RECIBO DE FICIONARIO
BIOQUÍMICO 370, PFEI 3104, ICA 10, 7.
Pacientes concurri. Paso. m.

Plan: Hospitalización para

ANÁLISIS DIAGNÓSTICOS Y RESULTADOS RELEVANTES: Inducción de

Fase parte

Forja H. Corral
MEDICO GENERAL
C.R. 1987-1988
C.R. 1989-1990

P.A.F. 810 + 1 Montañas
CATEGORÍA

1010

DAGNOSTICO DE EGRESO

De DIFERENCIAL

1. B.P. CODIGO

2. EMB 411 x EMB CODIGO 2370

3. EMB 401 + RAZON CODIGO

4. FUE CODIGO

“PROCEDIMIENTOS:

14+45

Reporte de Eco Obst

Biometrias. 37, PFE

Liquido Amniotico) **10.7**

Placenta corporal Grado III

PLAN: Hospitalizar para inducción del T de parto.

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

10/10

3.110g ILA: (Indice de

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.

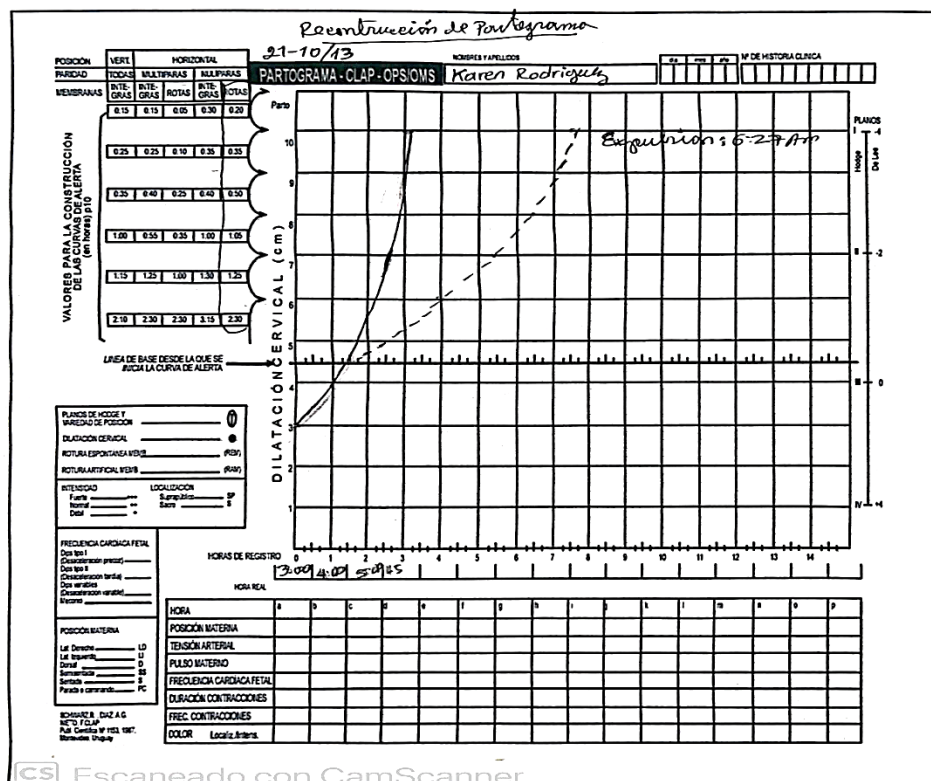
4+15hr Act utero 3/10' /+++80"
FCF 136x'.
TV: D 9-5cm 1080% 8-1, -2.
ulo rats CA sound
plan. monitor in tank + + +

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

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

perimedicaldelvalle@gmail.com

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	ISSN 0068790	
E-mail: hsanjose@univweb.net.co		Nº DE HISTORIA KAREN	
ORDENES MÉDICAS		Nombre NARENA	
		Servicio G.O.	
		Cama	
Fecha	Hora	SIRVASE NUMERAR CADA ORDEN	FIRMA MÉDICO
OCT 14 1993	15:30	(1) Hospitalización en Pantu	
		(2) Monitorial Fetal YA	
		(3) Mx1 Ecografía Obstétrica + P.R.F. YA	
		(4) + Serología YA	
		(5) LqV SSM 500cc	
		(6) Camo CA22 G Lu... transcisión de ...	
		(7) Mx2 Ecografía TA3+ 200mg administrar 1/4 IA3 50mg via vaginal YA.	
		(8) Rx - Xc Rolo Nucleasa fena	
		 Dr. Jorge R. Carrón Médico General C.E. Hospital de Buga Buga, Colombia	

“OCT/21/13
15+00

1. Hospitalizar en partos
2. Monitoria fetal
3. Ecografia Obstetrica
+ P.B.F
4. S.S. Serología
5. LEV SSN 500 CC
Para cada 6 horas
6. Trasladar a sala de partos
7. Misoprostol tabt 200 mcg
Administrar $\frac{1}{4}$ tab 50mcg
8. CSV AC

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"



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: Lunes, 21 de octubre de 2013

Nombre: KAREN RODRIGUEZ
N.C: 111006970

FUR: 00010013
Edad Gestacional: 40,5 semanas

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se proceso ultrasonido ecográfico obstétrico:

Feto único, vivo en situación longitudinal presentación cefálica en el lado derecho posterior al momento del examen.

BIOMETRIA FETAL

	cm (mm)		Frecuencia Cardíaca Fetal:		154 /min
	P.G. (semanas)			E.C. (semanas)	
DBP	90,8	35,8	Circunferencia abdominal	836,8	37,8
DBPc	90,8	35,8	Húmero	69,2	35,5
DOF	110,2	35,5	Tibia	Evaluada	
CC	234,8	35,3	Húmero	60,0	34,8
Cerebro			Cubito	Evaluada	
Altum	mm				
Cisterna magna	mm				

LF/CA	20,5	Normal	Indice Cefálico	78,1	Normal
CC/CA	1,0	Normal	Peso Estimado Fetal	3.110 -4-	249 gramos
			Talla Estimada Fetal	47,0 cm	

PLACENTA, CORDON Y LÍQUIDO AMNIÓTICO

Localización:	CORCORAL, ANTERIOR				
Madurez:	grado III	Espesor:	mm	Cordón:	3 vasos
Índice Amniótico:	50,7	Normal			

EXAMEN FÍSICO

Cabeza: Ventriculos laterales normales, Plexos Coroides sin alteraciones, Talamos y Pedunculos Cerebrales Normales.
Cari: Orbitas normales, Cristallinos Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.
Corazon: Corazon Sin Solitus, Corte de Cuatro Camaras, Troncos 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 Integro.
Extremidades: Movilidad y Tono normal, Columna Visible en toda su extensión.

OBSERVACIONES

CONCLUSIONES

1. EMBARAZO DE 37,9 SEMANAS POR BIOMETRIA
2. BIENESTAR FETAL.

Claudia G. Peraranda O.
Ginecóloga

Dra. CLAUDIA GIVANA PERARANDA
Ginecóloga

La normalidad del ultrasonido para el diagnóstico de las anomalías vaginales alcanza al 75%, para el resto del cuerpo se requiere de otros estudios de imagen.

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

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

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



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

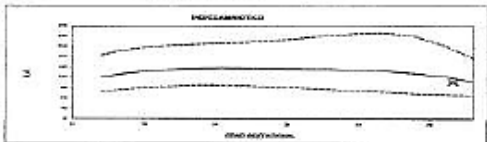
FUR: 08/01/2013
 Edad Gestacional: 40,6 semanas

PERFIL BIOFISICO
 Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia y monitoria electrónica se practicó perfil biofísico encontrando:
 Foto único, vivo. Movimientos fetales activos. Actividad cardíaca rítmica Normal.

Monitoria 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.

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:

41+5hr Act	Medico Ecografista PERIMEDICAL DEL VALLE	10/10/11	41+5hr
(51+5hr) Fcr 103x1			
TV D 10cm 10,00%			
globo vesical se perc a			

Fecha	Sírvase firmar legiblemente todas las anotaciones que escriba
	cesara de parto
	Martha Isabel, HERNANDEZ GARCIA
	Acta General R.M 752805
	Dr. Francisco de Paula

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 no inserta
- 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?



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 colágena 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 cardíacas 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

- 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 espontanea.

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?

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.

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



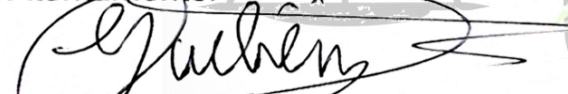
DECLARACIÓN JURAMENTADA: declaro bajo juramento que el presente informe es independiente y corresponde a mi real convicción profesional, así como también, que toda la información es la contenida en la historia clínica que se me puso de presente

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 GUTIERREZ CUELLO
MD Ginecólogo
Cc#15.025.844 de Loric 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

BUREAU VERITAS
Certification**PERIMEDICAL DEL VALLE S.A.S**Entidad Contratante: Carrera 34#25-40 - Alvernia
Tuluá, Valle Del Cauca, Colombia

BVQI Colombia Ltda. certifica que el Sistema de Gestión de la organización ha sido auditado y se ha encontrado conforme con los requerimientos de las normas de Sistema de Gestión que se detallan a continuación

ISO 9001:2015*Alcance de Certificación*

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA PERITAJE MÉDICO - JURÍDICO EN DICTÁMENES PERICIALES MÉDICOS, DICTÁMENES PERICIALES VETERINARIOS, VALORACIÓN DE APOYO JUDICIAL Y ASESORIAS JURÍDICAS.

No Aplicabilidad:

7.1.5.2 Trazabilidad de Las Mediciones

8.3 Diseño y Desarrollo de los Productos y Servicios

Fecha de Inicio del Ciclo Original de Certificación:

28 noviembre 2023

Fecha de Vencimiento del ciclo previo:

N/A

Fecha de Auditoria de Certificación:

05 octubre 2023

Fecha de Inicio del ciclo de Certificación:

28 noviembre 2023

*Sujeto a la operación continua y satisfactoria del Sistema de Gestión de la organización, este certificado vence el: **27 noviembre 2026***

Certificado No.**CO23.08078**Versión: **No. 1**Fecha de Revisión: **28 noviembre 2023**

DocuSigned by:

Carolina Prieto

EA7334FADEA34B1...

Carolina Prieto Carranza
Gerente TécnicoISO/IEC 17021-1:2015
10-CSG-007Oficina Local: BVQI Colombia Ltda. Carrera 16 No 97-40 Torre 1 Oficina 401.
Bogotá D.C. – Colombia

Cualquier aclaración adicional relativa al alcance de este certificado y a la aplicabilidad de los requerimientos del Sistema de Gestión, puede obtenerse consultando a la organización.

Para comprobar la validez del certificado, por favor escanear el Código QR. Cualquier modificación total o parcial por cualquier medio al registro original hará que pierda su validez.

Local Certificate Template single site rev2.8 1 / 1 25 enero 2022



6. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE TRABAJO DE PARTO Y LA DURACIÓN DE LOS DIFERENTES PERÍODOS DEL TRABAJO DE PARTO (DILATACIÓN, BORRAMIENTO Y DEL EXPULSIVO)?

D (↑)	Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación. Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm. y se acompaña de dinámica regular.
C	Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La duración de la fase activa del parto normal es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal. • En las primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas. • En las multíparas el promedio de duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas.
V	La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración.
D (↑)	Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases: • Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo. • Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.
	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta dos horas tanto si tiene como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en multíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase activa del expulsivo en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de hasta dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase activa del expulsivo en multíparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.

7. ¿CUÁL (ES) MÉTODO(S) DE VIGILANCIA FETAL MEJORA(N) LOS RESULTADOS PERINATALES?

B	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultación intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
✓	La auscultación intermitente se puede realizar tanto con ultrasonido Doppler como con estetoscopio.
A	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la monitoría electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de auscultación intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
A	No se recomienda el uso rutinario de la pulsioximetría fetal.
A	No se recomienda la utilización rutinaria del análisis del segmento ST del electrocardiograma (ECG) fetal en el parto normal.
B	En las instituciones hospitalarias donde el análisis del segmento ST del ECG fetal está disponible, se recomienda su utilización sólo en mujeres con cardiotocografía (CTG) anormal.
C	Se recomienda la estimulación digital de la calota fetal como método diagnóstico complementario ante la presencia de un registro CTG patológico.
D	Se recomienda la utilización de la clasificación del <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> para la interpretación de la monitoría fetal electrónica.
✓	El tiempo que se destina a exámenes pélvicos más frecuentes de lo recomendado, puede destinarse a la auscultación fetal intermitente con la frecuencia y duración recomendadas en la presente guía.

20. ¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS MÁS EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL PRIMER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO?

A	No se recomienda el uso de oxitocina en fase latente del trabajo de parto ni su utilización a dosis altas.
V	Cuando se sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda: • Ofrecer apoyo a la mujer, hidratación y un método apropiado y efectivo para el control del dolor. • Si las membranas están intactas se procederá a la amniotomía. • Exploración vaginal dos horas después y si el progreso de la dilatación es menos de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación. • Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se ofrecerá la estimulación con oxitocina o se remitirá a una unidad obstétrica de nivel II o superior donde haya las condiciones para ofrecer esta alternativa. • Se practicará monitorización fetal continua y se ofrecerá anestesia neuroaxial antes del uso de la oxitocina. • Se procederá a un nuevo tacto vaginal 4 horas después de iniciada la perfusión de oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después.



**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog)**

Guía de atención del embarazo prolongado

Alejandro Rodríguez Donado
MD, hospital Kennedy, tercer nivel, ESE
Miryam Adriana Gómez Meneses
MD, ginecología y obstetricia, hospital Kennedy, ESE

Contenido

Introducción	5
1. Definición	5
1.1. Epidemiología	6
1.2. Etiología	7
2. Diagnóstico	8
2.1. Morbilidad y mortalidad perinatal	8
2.2. Problemas maternos	9
2.3. Problemas en el infante	9
3. Evaluación fetal	11
4. Manejo	12
4.1. Pauta asistencial en la gestacion prolongada	12
Anexo 1. Algoritmo manejo del embarazo prolongado	13
Referencias	14

Introducción

Ballantyne fue el primero en describir el problema del embarazo prolongado, en 1902, en los términos de la obstetricia moderna. Cuestionó la habilidad de la placenta para proporcionar el sostén necesario al feto, que ha estado mucho tiempo en el ambiente intrauterino. También aseguró que el infante pos maduro ha permanecido mucho tiempo in útero, y plantea problemas para su nacimiento en relación con su propia seguridad y la de su madre (1)(2)(3).

En 1954, Clifford reconoció que el embarazo prolongado podría resultar en restricción de crecimiento intrauterino, al describir el “síndrome de pos madurez con disfunción placentaria” (1)(2).

Fue únicamente en la década de 1970 cuando llegó a ser aparente la elevada mortalidad perinatal en embarazos prolongados, y que la evaluación fetal combinada con uso selectivo de inducción podría contribuir a la mejoría de los resultados perinatales (1).

Varía enormemente de acuerdo con los criterios utilizados, pero dadas las frecuencias observadas se considera que 1 de cada 10 embarazos va más allá de las 40 semanas y de este porcentaje 10% se relaciona con complicación fetal.

De este porcentaje de mujeres que llegan a la semana 42, sólo 7.5% lo hace con fecha de última regla confiable, 2.6% por ecografía temprana (primer trimestre) y 1.1 % por FUR más ecografía temprana.

En un análisis de mujeres noruegas, la incidencia de un nacimiento postérmino aumentó de 10 a 27% si el primer embarazo había sido postérmino, y a 39% si existían 2 anteriores (Bakketeig y Bersjo, 1991).

La mortalidad perinatal aumenta 2 veces a la semana 43 y de 4 a 6 veces a la semana 44.

1. Definición

Para describir los embarazos cuya duración excede el límite superior de una gestación normal se han usado, laxamente, diferentes términos. La falta de consenso lleva a definiciones de términos como “posmadurez”, “posfechado”, “postérmino” o “embarazo prolongado”, que combinada con la ausencia de una definición precisa del límite superior del término de una gestación normal, lleva a un rango amplio de embarazos reportados como prolongados (1). En esta guía se usará el término embarazo prolongado para referirse a las gestaciones de más de 42 semanas de duración.

La definición del límite superior es algo arbitraria e imprecisa. La definición estándar es 42 semanas completas de gestación (294 días desde el primer día del último periodo menstrual) (4)(5)(6)(7). Esta definición está avalada por el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Se basa en datos derivados del uso de métodos de

evaluación fetal, y el uso de ultrasonido para fechar las gestaciones (1). En vista de datos recientes de mortalidad perinatal en embarazos fechados adecuadamente, debería ser razonable iniciar manejo en el embarazo cuya duración es igual o mayor a 41 semanas.

Embarazo posfechado es el que ha sobrepasado la fecha probable de parto confiable calculada (40 semanas).

Embarazo posmaduro hace referencia a la descripción de un neonato con aspectos clínicos reconocibles que indican un embarazo prolongado.

Se define como fecha de última regla confiable aquella que se presenta en mujeres con ciclos regulares que no han estado expuestas a anticonceptivos hormonales o medicamentos que alteren el ciclo en los últimos tres meses, y que no hayan presentado sangrado en los primeros tres meses de embarazo, que sepan con exactitud la fecha del primer día de la última regla.

Cálculo de la fecha probable de parto (en términos generales, cualquiera de estos métodos corresponde a una edad gestacional de 40 semanas):

- ❖ 38 semanas después de la concepción.
- ❖ 40 semanas después del primer día de la última menstruación normal.
- ❖ A la fecha del primer día de la última regla se le agregan 7 días, y a esta fecha se le restan 3 meses más un año.
- ❖ En caso de última regla no confiable, la ecografía del primer trimestre se convierte en herramienta para calcular la edad gestacional con una desviación estándar de 7 días.

Tanto para este cálculo como para el de edad gestacional deberá usarse, preferiblemente, el gestograma.

1.1 Epidemiología

Por definición una gestación a término corresponde a las 37-42 semanas. La verdadera incidencia de embarazo prolongado no se conoce, pero probablemente es menor de lo que se ha pensado (3). La frecuencia varía entre 4 y 14%, y aquellas que completan 43 semanas 2-7% (1)(2)(9).

La posibilidad que el parto ocurra a los 280 días exactos, luego del primer día de la última menstruación, es sólo de 5%.

Uno de los mayores problemas en delinear la extensión del riesgo más allá del término se relaciona con la confiabilidad limitada del último periodo menstrual como base para predecir edad gestacional. Los datos confirman que el último periodo menstrual es un pobre predictor de la verdadera edad gestacional, si se compara con la biometría por ultrasonido. Por ejemplo, la incidencia de embarazo prolongado cambió de 7.5% por fecha de última menstruación, a 2.6% cuando se basó en ecografía temprana, y a 1.1% cuando el diagnóstico requirió datos de ecografía y menstruales para alcanzar 294 días o más (3).

Virtualmente todos los reports sugieren un incremento en la morbilidad perinatal cuando el embarazo va más allá de las 42 semanas de gestación (7).

Según un informe de Clifford, el riesgo de pos madurez estuvo limitado al primer embarazo. Se ha establecido claramente que aun cuando la mortalidad perinatal en las mujeres multiparas luego de las 42 semanas es baja, persiste algún grado de riesgo. (3)

1.2 Etiología

El proceso normal del parto envuelve la aparición de una secuencia de cambios compleja, comenzando con el cerebro fetal e influyendo en el debido curso el hipotálamo, la hipófisis, glándulas adrenales, pulmones y riñones (y por ende la composición del líquido amniótico), la placenta, el amnios, el corion, al igual que aquellos cambios inducidos en el tejido materno: decidua, miometrio y cervix (1)(3)(5)(9).

De acuerdo con esto, es posible que el defecto que lleva a la gestación prolongada resida en alguno de los siguientes tejidos:

1. Cerebro fetal: maduración cerebral tardía. Alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis y glándula adrenal.
2. Hipófisis: la anencefalia se asocia con prolongación del embarazo (2).
3. Glándulas adrenales: hipoplasia adrenal fetal primaria congénita.
4. Placenta: deficiencia de la enzima sulfatasa placentaria lleva a baja producción de estrógenos, asociada con embarazo prolongado, falla en la maduración cervical y dificultad en la inducción del trabajo de parto.
5. Membranas fetales y decidua: la decidua es la principal fuente intrauterina de prostaglandina F2 alfa (PGF2á), mientras el amnios es la principal fuente de prostaglandina E2 (PGE2). La capa entre estos dos tejidos es el corion, que contiene altas concentraciones de 15 hidroxiprostaglandina deshidrogenasa. En algunos casos de embarazo prolongado se ha demostrado disminución de la actividad de esta enzima, diferencias regionales de su actividad. La síntesis de PGF2á y PGE2 puede ser inhibida por agentes como los antiinflamatorios no esteroideos (1).

Está claro que la causa más común de embarazo prolongado es un error en determinar el tiempo real de gestación. Usar la fecha de la última menstruación para determinar la edad gestacional está lleno de inexactitudes. La falla para recordar el primer día de la última menstruación, combinada con la duración variable de la fase folicular del ciclo menstrual, puede resultar en una sobreestimación de la edad gestacional (1)(2).

Varias condiciones maternas se han sugerido como factores predisponentes para el desarrollo de embarazo prolongado. La primigravidez se identificó como la única variable materna que tuvo una asociación pequeña pero significativa con embarazo prolongado (riesgo relativo 1.069, IC 95% 1.05 – 1.07).

La edad materna igual o mayor a 35 años y el uso de medicinas durante el embarazo estuvieron asociadas con un efecto protector pequeño pero significativo (OR 0.93), probablemente sugiriendo que mujeres mayores con enfermedades crónicas fueron inducidas antes de las 42 semanas (falta referencia).

Zweidling sugirió que mujeres con un embarazo prolongado anterior tienen 50% de posibilidades de tener otro embarazo prolongado (1). Un estudio publicado en *International Journal of Epidemiology* en abril de 1999 expone que si una madre había tenido un embarazo prolongado al momento del parto de una hija, el riesgo relativo de que la hija tuviera un embarazo prolongado era moderadamente elevado (RR 1.3; IC. 1.0-1.7), con unas proporciones atribuibles a la población entre 2.1 y 4.6%. Si el embarazo anterior había sido prolongado, el RR para que el siguiente embarazo fuera prolongado se incrementaba 2 a 3 veces. Posibles factores de confusión como paridad, y edad maternal no alteran el riesgo (8).

Con lo anterior, el factor familiar contribuye en una mínima parte a la ocurrencia de embarazo prolongado en la población general (8).

2. Diagnóstico

El término embarazo prolongado representa un diagnóstico basado en la mejor estimación disponible de la duración de la gestación al momento del parto. El diagnóstico óptimo de edad gestacional es entorpecido por la inexactitud en fechar el embarazo. Los métodos clínicos son inferiores para determinar la edad gestacional en comparación con la ultrasonografía temprana. La determinación de la edad gestacional por ecografía temprana resulta en disminución del número de embarazos prolongados (1). La edad gestacional determinada por ultrasonido disminuye la proporción de partos más allá de los 294 días de gestación en un 39%. Sin embargo, el ultrasonido también otorga un margen de error, el cual es aproximadamente de 1 semana para ecografías del primer trimestre, 2 semanas para ecografías hechas durante el segundo trimestre, y 3 semanas para ultrasonidos hechos en el tercer trimestre. Así, aun mujeres con edades gestacionales basadas en ecografías del primer trimestre pueden tener una ventana de tiempo de más o menos 14 días.

Además, debido a que la edad gestacional dada por ecografía está basada en el tamaño del feto o del embrión, una asociación entre el tamaño al momento del ultrasonido y los resultados posteriores puede crear sesgos sistemáticos en la evaluación del riesgo asociado con la edad gestacional. Por ejemplo, puede sobrestimarse la edad gestacional por ultrasonido, en fetos grandes para la edad gestacional, lo que podría llevar a la conclusión errónea de macrosomía asociada a edad gestacional avanzada. Lo mismo sucede con fetos pequeños para la edad gestacional.

2.1 Morbilidad y mortalidad perinatal

Se ha determinado un incremento significativo en la mortalidad fetal a partir de las 41 semanas de gestación (10)(11) (Odds Ratio de 1.5, 1.8 y 2.9 a las 41, 42 y 43 semanas respectivamente) (1). El OR para mortalidad perinatal no demostró una dependencia significativa de la edad gestacional (1).

La restricción del crecimiento intrauterino se asocia independientemente con una tasa de mortalidad alta en las gestaciones prolongadas (10).

Tres variables han sido identificadas como predictores independientes de mortalidad perinatal:

1. Pequeño para la edad gestacional: RR 5.7
2. Edad materna mayor o igual a 35 años: RR 1.88
3. Grandes para la edad gestacional estuvieron asociados con un modesto efecto protector para muerte perinatal: RR 0.51

Campbell et al. compararon 65.796 embarazos en Noruega mayores o iguales a 42 semanas con 379.445 nacimientos al término (37 a 41 semanas) y concluyeron que la prolongación del embarazo estuvo asociada con el incremento significativo en resultados adversos. El compromiso fetal fue mayor en fetos pequeños para la edad gestacional, mientras que la distocia de hombros, disfunción del trabajo de parto, trauma obstétrico y hemorragia materna fueron más comunes en fetos grandes para la edad gestacional (1).

Clausson et al. evaluaron una base sueca de embarazos a término y pos término, con neonatos normalmente formados, y mostraron que el embarazo prolongado estaba asociado con el aumento en la frecuencia de convulsiones neonatales, síndrome de aspiración de meconio y valores de Apgar menor de 4 a los 5 minutos. De nuevo la morbilidad en los pequeños para la edad gestacional pos término fue mayor que en los de adecuado peso para la edad gestacional (1).

Según un estudio realizado por Smith, en el que se analizó el riesgo de muerte perinatal a diferentes edades gestacionales, las de 38 semanas estuvieron asociadas con el menor riesgo (12).

2.2 Problemas maternos

La gestante que esté pasada dos semanas de su fecha probable de parto experimenta varios problemas. El primero es la tensión emocional de aprehensión, expectativa y ansiedad; el segundo se relaciona con la intervención médica en términos de evaluaciones e intentos de parto; y el problema potencial final es el trauma físico que puede ser experimentado en el parto de un feto macrosómico (2).

2.3 Problemas en el infante

Los problemas fetales asociados con gestación prolongada pueden dividirse en dos categorías:

1. Los asociados a función uteroplacentaria disminuida, resultando en oligoamnios, crecimiento fetal disminuido, paso de meconio, asfixia, y riesgo potencial de muerte fetal.
2. Los asociados con función placentaria normal, resultando en crecimiento fetal, con el subsecuente riesgo aumentado de trauma durante el parto, incluyendo distocia de hombros con posible daño neurológico permanente.

❖ Oligohidramnios

El oligohidramnios, definido como un índice de líquido amniótico menor o igual al percentil 5 para la edad gestacional, tiene una incidencia de 8.5 a 15.5%. En ausencia de ruptura de membranas o alteración en el tracto urinario fetal, los valores bajos de líquido amniótico pueden relacionarse con pobre función placentaria (1). Nicolaidis et al. presentaron la hipótesis que la hipoxemia fetal resultará en redistribución del flujo sanguíneo, con dismi-

nución de la perfusión renal y disminución de la producción de orina, lo cual, de hecho, causará oligohidramnios. Un círculo vicioso podría desarrollarse, con oligohidramnios favoreciendo compresión del cordón, resultando en hipoxemia adicional, oligohidramnios y alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Bajo estas circunstancias, la hipoxemia fetal podría causar relajación del esfínter rectal y permitir la salida de meconio, resultando en síndrome de aspiración de meconio (1). Según lo expuesto por Divon et al. en 1995, independientemente de la rata de cambio del índice de líquido amniótico, los embarazos prolongados se relacionan significativamente con desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal y meconio, cuando se encuentra un índice de líquido amniótico menor a 5 cm (14). Luego de un estudio, Bar Hava determinó que el oligohidramnios no se asoció con redistribución del flujo sanguíneo en gestaciones prolongadas, sugiriendo que la causa del oligoamnios se relacionaba con el peso al nacer más que con la perfusión renal (15). El oligohidramnios se relaciona con compresión aguda del cordón, que puede ocurrir cuando el volumen de líquido amniótico desciende a volúmenes muy bajos. Frecuentemente los accidentes del cordón no son previsibles, aunque desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal y mediciones del índice de líquido amniótico por ecografía pueden ayudar al diagnóstico. Todos los embarazos prolongados deberán ser evaluados para oligohidramnios (1)(2).

❖ **Macrosomía**

Se define como un peso mayor de 4.000 gr. La posibilidad de que este problema aparezca aumenta si la madre es obesa o tiene diabetes mellitus. Las consecuencias de la macrosomía incluyen obstrucción del trabajo de parto, trauma durante el nacimiento, especialmente distocia de hombros, lesión del plexo braquial e hipoxia. La predicción de macrosomía fetal puede ser posible por evaluación ecográfica y medida de la altura uterina (19)(16). La circunferencia abdominal es la medida más importante para predecir macrosomía. Una circunferencia abdominal fetal mayor de 36 cm sugiere macrosomía (error de 10%). Una altura mayor de 40 cm en una mujer no obesa sugiere macrosomía (2). En un estudio efectuado por Pollack et al. con 519 mujeres embarazadas el valor predictivo positivo del peso estimado fetal mayor o igual a 4.000 gr en la predicción de un peso al nacer mayor o igual a 4.000 gr fue únicamente 64%.

❖ **Sufrimiento fetal**

La incidencia de sufrimiento fetal puede alcanzar la tercera parte de los embarazos prolongados. La causa de esta hipoxia fetal hay que buscarla en la insuficiencia placentaria, que se manifiesta clínicamente mediante el oligohidramnios, el meconio y alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

❖ **Aspiración de meconio**

El feto rara vez pasa meconio antes de la semana 32, luego de la cual la frecuencia del paso de meconio aumenta progresivamente con el aumento de la edad gestacional. Algunos fetos pasan meconio en respuesta a la hipoxia. En embarazos prolongados la incidencia del paso de meconio es mayor a 25%. Una complicación asociada es que el volumen de líquido amniótico disminuye, y el meconio será menos diluido, resultando en un meconio espeso que estará disponible para la aspiración del feto (2)(9). El meconio espeso obstruirá el tracto respiratorio (2)(3). En adición el meconio bloquea la acción del surfactante para reducir la tensión superficial y así interfiere con la función pulmonar (2).

❖ Insuficiencia placentaria

La reserva placentaria comprometida puede presentarse con un amplio espectro de cambios, incluyendo pobre crecimiento fetal, pérdida de la grasa fetal y el glicógeno, paso de meconio, disminución de movimientos fetales, disminución del líquido amniótico, frecuencia cardíaca fetal no reactiva, desaceleraciones tardías, hipoxia y acidosis, bajos valores de Apgar, daño del sistema nervioso central y muerte (2).

La placenta alcanza su máximo tamaño y superficie a las 37 semanas de gestación, y el pico de su función se alcanza casi al mismo tiempo (17). Luego de esta época, la superficie y la función disminuyen gradualmente. Si el feto continúa creciendo, la relación placenta-feto disminuye, y la transferencia de sustancias críticas puede alcanzar un punto en el cual la existencia intrauterina está comprometida (2). La eritropoyetina fetal, liberada en respuesta a la hipoxia, está aumentada en muchos embarazos prolongados. Para sobrevivir en el útero bajo estas condiciones anormales, el feto puede disminuir sus requerimientos de energía mediante dos vías (2). Primero, el feto puede disminuir su tasa de crecimiento, lo cual lleva a una pérdida de la grasa depositada y del glicógeno. Luego mostrará signos de restricción de crecimiento intrauterino (17) y dismadurez, con piel arrugada y descamada y uñas largas. La estimación ultrasonográfica del peso estimado fetal es útil para predecir restricción de crecimiento intrauterino en embarazos prolongados (16). Segundo, puede parar de moverse. El feto puede demostrar hipoxia durante el reposo, pero más a menudo ocurre luego del estrés de las contracciones uterinas, especialmente si son lo suficientemente fuertes para dilatar el cervix. En muchos de estos infantes comprometidos, bradicardia fetal con hipoxia y acidosis se desarrollan durante el trabajo de parto.

❖ Síndrome de posmadurez

El estado de posmadurez se divide en tres estadios:

- I: líquido amniótico claro.
- II: piel teñida de verde.
- III: coloración de la piel verde amarillenta.

El neonato afectado presenta la piel arrugada, que se descama en parches, cuerpo largo y delgado por pérdida de grasa subcutánea y masa muscular, que sugiere emaciación y una madurez avanzada porque el niño tiene los ojos abiertos, está inusualmente alerta y tiene una apariencia de viejo y preocupado; las uñas son típicamente muy largas. Muchos de estos niños afectados mueren afectados por asfixia y aspiración de meconio.

Este síndrome ocurre en alrededor de 10% de los embarazos entre las 41 y 43 semanas de gestación.

Malformaciones fetales. También son más frecuentes en el embarazo prolongado, especialmente las relacionadas con el sistema nervioso central, como la anencefalia.

3. Evaluación fetal

Se usa para observar cuidadosamente la seguridad del embarazo prolongado, mientras se espera la aparición espontánea del trabajo de parto o la maduración cervical antes de la

inducción electiva (1). La evaluación prenatal plantea dos contratiempos; uno son los test falsos positivos que llevan a intervenciones innecesarias, que podrían ser potencialmente riesgosas para la madre. Y el otro es que ningún test de evaluación fetal elimina por completo la posibilidad de muerte fetal.

- ❖ Conteo de movimientos fetales: debe realizarse diariamente.
- ❖ Perfil biofísico: debe efectuarse, al menos, dos veces por semana o a criterio médico.
- ❖ Índice de líquido amniótico (ILA): debería hacerse valoración, al menos, una vez por semana o según criterio médico. El ILA debe ser mayor de 5 cm, para indicar un volumen de líquido amniótico normal (2)(7).
- ❖ Monitoría fetal: por seguridad y facilidad, la monitoría sin estrés es la más usada; se recomienda dos veces por semana. Se considera reactiva si hay dos aceleraciones de más de 15 latidos, por más de 15 segundos en un trazado de 20 minutos (2).

4. Manejo

Entre las opciones para el manejo del embarazo prolongado se encuentra la inducción del trabajo de parto a las 41 o más semanas, maduración cervical, o estrategias que impulsen la aparición del trabajo de parto (estimulación de pezón, desprendimiento de membranas) y la evaluación fetal continua, dejando la inducción según indicaciones maternas o fetales. Debido al riesgo de morbilidad perinatal, que va en aumento a partir de las 41 semanas de gestación (6), podría decirse que todo embarazo mayor a 41 semanas debería inducirse en institución de segundo o tercer nivel (1)(7)(18).

(Véase la Guía de manejo de la inducción del trabajo de parto).

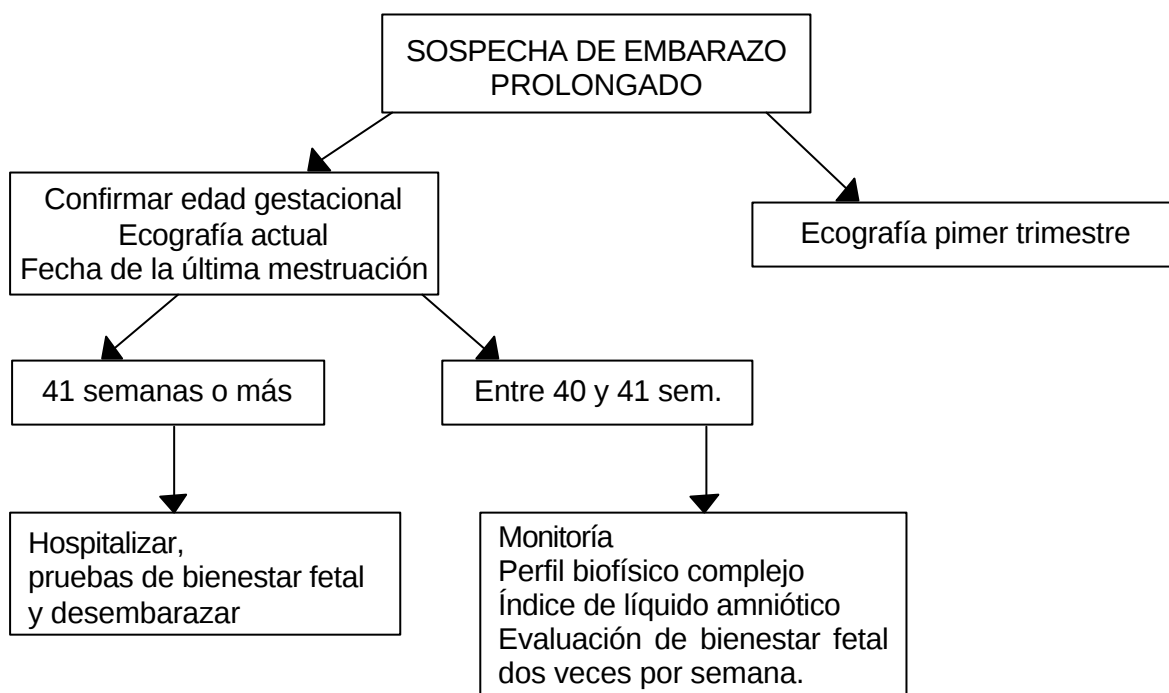
4.1 Pauta asistencial en la gestación prolongada

La conducta obstétrica, el tipo de pruebas que se utilizarán y la prioridad con la que deberán aplicarse deben quedar a criterio de cada centro asistencial, en función de sus posibilidades asistenciales y su experiencia profesional. No obstante, a modo de referencia sugerimos la siguiente pauta:

- ❖ Condiciones obstétricas favorables y seguridad de gestación como mínimo a término: inducción del parto.
- ❖ Condiciones obstétricas desfavorables y normalidad de las pruebas de bienestar fetal, sin patología obstétrica asociada: control de bienestar fetal mediante monitoría fetal preparto, perfil biofísico, valoración del volumen del líquido amniótico.
La anormalidad de estos controles será indicación de finalizar el embarazo tal como se indica en el apartado “D”.
- ❖ Condiciones obstétricas desfavorables, normalidad de las pruebas de bienestar fetal y patología obstétrica asociada: en función del tipo de patología obstétrica asociada, será esta la que primará a la hora de decidir el momento más oportuno para finalizar el embarazo.
- ❖ Anormalidad de las pruebas de bienestar fetal: indicación de finalización del embarazo. La vía de parto se definirá de acuerdo con criterio médico según las condiciones obstétricas.
- ❖ Inicio de las pruebas de control de bienestar fetal más estricto a partir de las 40 semanas del embarazo como mínimo dos veces por semana.

ANEXO 1

ALGORITMO MANEJO DEL EMBARAZO PROLONGADO



Referencias

1. Divon M. Prolonged pregnancy. Gabbe: Obstetrics-Normal and Problem pregnancies. Cuarta edición. Churchill Livingstone: 2002; 931 – 940.
2. Spellacy W. Postdate pregnancy. En James S., Di Saia P. Danforth's Obstetrics & Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins; capítulo 19.
3. Resnik R., Calder A. Post-term pregnancy. En Resnik R., Creasy R. Maternal- Fetal Medicine. Cuarta edición. Harcourt Barce & company: 1998; 32-538.
4. Smith M, French L. Induction of labor for postdates pregnancy. Clin Fam Prac; 2001; 3(2)
5. Agency for Healthcare research and quality. Management of Prolonged Pregnancy. Evidence Report/ Technology Assessment: number 53. 2002. Aviable from: <http://www.ahrp.gov/clinic/evrptfiles.htm#prolonged>.
6. Piloto M., Morejón E., Del Pino E. Embarazo prolongado. Rev Cubana Obstet Ginecol; 2000; 26(1): 48-53.
7. Hollis B. Prolonged Pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol; 2002; 14(2): 203-207.
8. Mogren I. Recurrence of Prolonged Pregnacy. Int J Epidemiol; 1999; 28(2):253-257.
9. Kathleen M., Berkowitz G., Thomas J. Postdatism. Gynecology & Obstetrics. 2002; capítulo 54.
10. Divon M., Bengt H. Fetal and neonatal mortality in the postterm pregnancy: the impact of gestational age and fetal growth restriction. Am J Obstet Gynecol; 1998; 178 (4): 726-731.
11. Ingemarsson I., Kellen K. Stillbirths and rate of neonatal deaths in 76, 761 post term pregnancies in Sweden 1982 – 1991; a register study. Acta Obstet Gynecol Scand; 1998; 77(5): 583.
12. Gordon C.S Smith. Life-table analysis of the risk pf perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. Am J Obstet Gynecol; 2001; 184(3): 489-496.
13. Ladella, Subhashini, Desai, Mina. Maternal plasma hipertoncity is increased in postterm pregnant rats. Am J Obstet Gynecol; 2001; 185 (suppl 6): S231.
14. Divon M., Marks A. Obstetrics: longitudinal measurement of amniotic fluid index in postterm pregnancies and its association with fetal outcome. Am J Obstet Gynecol; 1995; 172(1): 203-207.
15. Bar Hava I., Divon M. Fetus-Placenta-Newborn. Is oligohydramnios in postterm pregnancy associated with redistribution of fetal blood flow?. Am J Obstet Gynecol; 1995; 173: 519-522.
16. O'Reilly-Green C, Divon M. Receiver operating characteristic curves of ultrasonographic estimates of fetal weight for prediction of fetal growth restriction in prolonged pregnancies. Am J Obstet Gynecol; 1999; 181(5): 1133-1138.
17. Espinoza R. Embarazo prolongado. En Oyarzún E. Alto riesgo obstétrico. Departamento de Ginecología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Aviable from: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/Obstetricis/Altoriesgo/embarazo-prolongado.html>.
18. ACOG. Management of postterm pregnancy. 1999. Aviable from: www.acog.com.
19. Li Tong, Rhoads, George G., Demisse K. he efficacy of the non-stress test in preventing fetal death in postterm pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol; 2001; 15(3): 265-270.

20. Goere R., Hannah M. Cost-effectiveness of induction of labour versus serial antenatal monitoring in the Canadian multicentre postterm pregnancy trial. CMAJ-JAMC; 1995; 152(9): 1445-1450.
 21. Cammu H., Haitsma V. Sweeping of the membranes at 39 weeks in nulliparous women: a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol; 1998;105(1):41-4.
 22. Boulvain M, Irion N., Marcoux S., Fraser W. Sweeping of the membranes to prevent post-term pregnancy and to induce labour: a systematic review. Br J Obstet Gynaecol; 1999;106: 481-485.
- Giacalone PL., Tragos V., Laffargue F. Mifepristone was effective for cervical ripening and induction of labor in post-term pregnancy. Evid Bas Obstet Gynecol; 1999; 1(3): 81.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

MANEJO DE LA GESTACIÓN ≥ 41 SEMANAS

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

- La gestación cronológicamente prolongada (GCP) se define como aquella que sobrepasa de las 42.0 semanas de duración (294 días), situación que ocurre en alrededor de un 10% de las gestaciones.
- Esta condición se ha asociado a un incremento en la morbi-mortalidad perinatal (síndrome de aspiración meconial, oligoamnios, macrosomía, distocia de hombros, acidosis neonatal, bajo Apgar...) así como a un incremento también en la morbilidad materna (parto instrumentado, desgarros en canal del parto...). Este aumento de riesgo se inicia ya a partir de la semana 41, situación a la que denominaremos como gestación a término avanzada ("late term").
- Aunque la etiología tanto de la gestación prolongada como de la gestación a término avanzada se desconocen, factores como el antecedente de GCP previo, obesidad materna, aumento excesivo del peso durante gestación, primiparidad y la edad materna avanzada se han identificado como los principales factores de riesgo asociados a la GCP. Otros factores que también se han relacionado con la GCP son la raza Caucásica, feto masculino, anencefalia, así como determinados trastornos endocrinos placentarios.

2. PREVENCIÓN DE LA GCP

2.1- Datación de la gestación:

El error en la datación de la gestación comporta frecuentemente un falso diagnóstico GCP, por lo que lo primero que se realizará es datar la gestación según la primera exploración ecográfica disponible, según lo que se expone a continuación:

- a. Si la LCC<84mm: datación por CRL (Robinson HP BJOG 1975;82:702, modificado BUMS 2010)
- b. Si la LCC $\geq$ 84mm y DBP<60mm: datación por DBP (Mul T UOG 1996;8:397)

Sin embargo, si la primera ecografía disponible muestra un DBP >60mm y la gestante refiere una Fecha de última regla (FUR) cierta, se datará por ésta (FUR). Si la FUR es incierta, se datará por PC (Mongelli M, UOG 2005;26:129). Se debe calcular la edad gestacional a partir de la nueva fecha de última regla mediante un método exacto (evitar uso de las ruedas de gestación). La aplicación de la "Calculadora Gestacional" permite estos cálculos de manera automática http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/clinica/informacion/calculadora-gestacional_es.html.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

2.2- Despegamiento de las membranas amnióticas:

Una de las pocas estrategias que han demostrado disminuir la incidencia de la GCP ha sido el despegamiento de las membranas amnióticas, al haberse relacionado con un inicio espontáneo de trabajo de parto en los días siguientes. Ésta se podrá ofrecer una vez llegadas a las 40.0 semanas de gestación, siempre que presenten una dilatación suficiente y no presenten contraindicaciones (presenta las mismas que el parto vaginal). Antes de su realización se debe informar de los riesgos potenciales de dicha estrategia, como son el sangrado y molestias durante su realización. El estado de ser portadora de SGB no contraindicaría la realización de esta maniobra.

3. MANEJO CLÍNICO ≥ 41.0 semanas

- En términos generales, existen dos opciones una vez llegadas las 41 semanas: i) finalización de la gestación llegadas a las 41 semanas *versus*; ii) conducta expectante con controles antenatales en espera del inicio espontáneo de parto o hasta semana 42. La evidencia más reciente indica que la finalización de la gestación a partir de las 41 semanas se asocia a una mejoría en los resultados perinatales al haberse relacionado con una disminución en la morbi-mortalidad perinatal (menor incidencia de síndrome de aspiración meconial), sin aumentar el porcentaje de cesáreas.
- Por este motivo, a todas las gestantes de **40 semanas** se entregará el documento informativo (Anexo 1), donde se explican las diferentes opciones. Asimismo, se indicará que nuestra recomendación es la de finalizar la gestación entre las 41.0 – 41.3 semanas. En el caso de pacientes con el antecedente de cesárea previa, se discutirá acerca del beneficio de finalizar la gestación a partir de las 41 semanas vs. el potencial riesgo de rotura uterina relacionado con la inducción médica del parto (1% con oxitocina y 1.25% con prostaglandina E2 vaginal; vs. 0.5% en el parto espontáneo).
- Si después de informar a la paciente la paciente prefiere optar por una conducta expectante, se recomendará monitorización fetal y finalización a las 41.5-42.1. Se dejará anotado en la historia clínica que después de explicar los riesgos-beneficios de ambas estrategias y recomendándose la finalización electiva de la gestación a partir de las 41 semanas, la paciente prefiere optar por una conducta expectante.
- En el momento de inicio de la inducción médica del parto se requerirá la firma del consentimiento “Inducció del part / Maduració cervical” (disponible en <https://intranet.clinic.cat/> para HCM y en la carpeta “comú ginecologia i obstetricia” para HSJD) en el que se explican también los riesgos asociados a la inducción en caso de una cesárea anterior.
- De forma específica, en pacientes con edad materna avanzada (≥ 40 años) o obesidad (IMC ≥ 30) dada la evidencia que el riesgo empieza a ser significativo incluso antes de la semana 41 se recomendará la finalización de la gestación ≥ 40 semanas.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

4. MONITORIZACIÓN FETAL ANTEPARTO EN EL GRUPO DE CONDUCTA EXPECTANTE

- ❖ Durante la conducta expectante se aplicará una **monitorización del bienestar fetal cada 48-72 horas** desde las 41.0 – 41.3 semanas hasta la 41.5 – 42.1 semanas.
- ❖ En cada una de las visitas se ofrecerá el **despegamiento de las membranas amnióticas** si presentan dilatación suficiente y no presentan contraindicaciones (máximo cada 48 horas).
- ❖ **La monitorización fetal incluirá:**
 - Estimación del peso fetal:
 - Ésta se realizará en la primera ecografía de control que se realice siempre y cuando la última estimación del peso fetal haya sido en un periodo de tiempo > a los 15 días.
 - Valoración de la cantidad de líquido amniótico:
 - La técnica Máxima columna de líquido amniótico (MCL) parece ser la técnica recomendada en la GCP, ya que el ILA comparado con el MCL se ha relacionado con un mayor número de intervenciones obstétricas sin mejorar los resultados perinatales. La evaluación de la cantidad de líquido amniótico se realizará en cada ecografía.
 - Evaluación Doppler del Índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media (IPACM):
 - El único parámetro Doppler que ha sido capaz de predecir peores resultados en la GCP (incremento de riesgo de meconio y de menor pO₂ en pH AU en cordón) ha sido el IPACM. Esta determinación se realizará en cada ecografía de control.
 - Registro cardiotocográfico:
 - Constituye el primer escalón en la detección de la hipoxia fetal (elevado VPN). Tendrá una duración de 20 minutos con la paciente en ligero decúbito lateral izquierdo y se valorarán tanto criterios de normalidad como de reactividad. Criterios de reactividad: ≥ 2 aceleraciones transitorias de > 15 lpm por encima de la basal de > 15 segundos en 40 minutos. Éste se realizará en cada control.
 - Perfil biofísico completo:
 - Por su bajo valor predictivo positivo, solamente se usará en el contexto de la GCP como back-up de una patrón no reactivo con el resto de pruebas normales.
 - Información de los movimientos fetales:
 - Si no se ha entregado anteriormente, se entregará la hoja informativa de movimientos fetales.
- ❖ **Finalización de la gestación:**
 - La presencia de alguna alteración en una o más pruebas complementarias indicará el ingreso de la gestante en ± 24 horas para finalizar. Los criterios para finalizar:
 - Alteración en el crecimiento fetal:
 - Retraso de Crecimiento intrauterino/feto pequeño para edad gestacional (percentil de crecimiento <10), ya que éste se ha asociado a

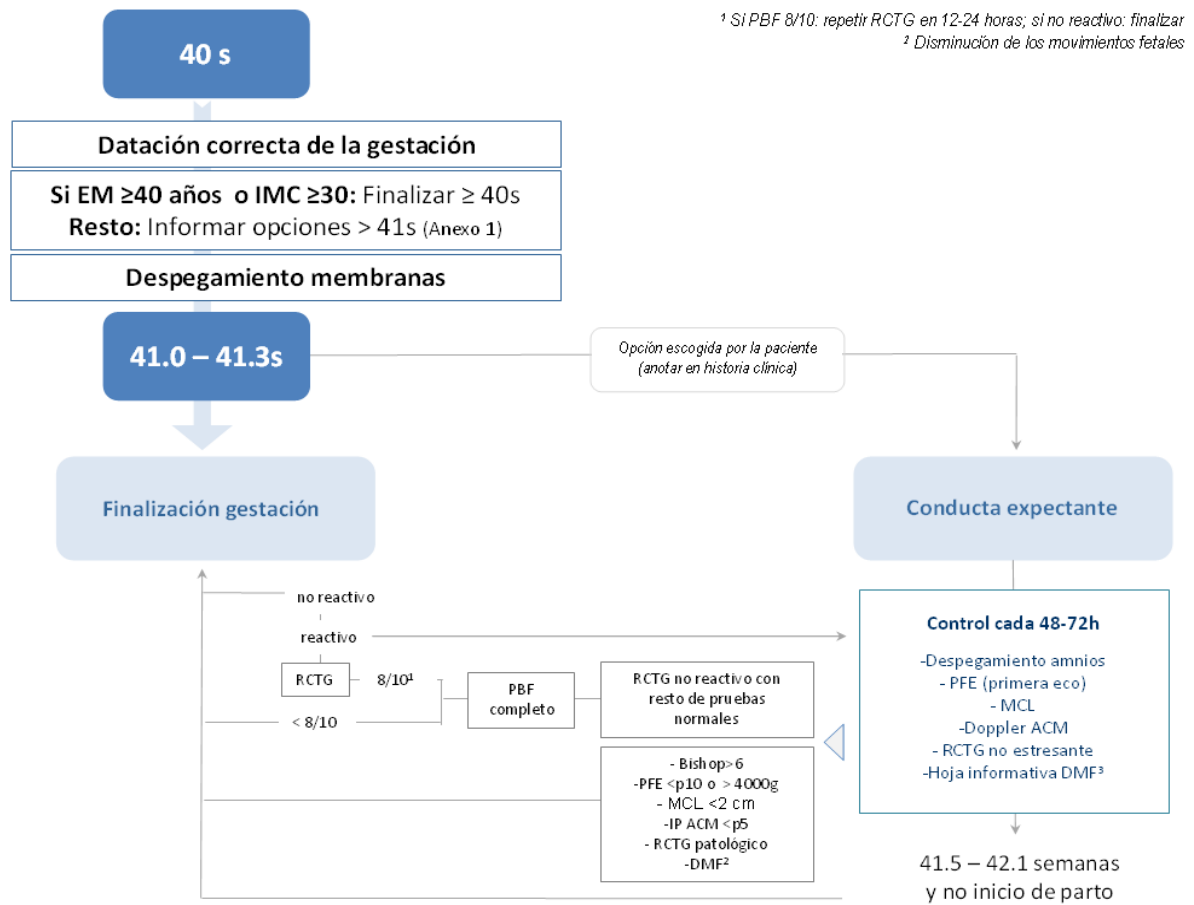
PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

complicaciones neonatales, tales como muerte fetal anteparto y acidosis neonatal.

- Macrosomía (>4000 g) ya que incrementa el riesgo de complicaciones maternas derivadas del parto (parto instrumentado, desgarros canal del parto...) así como un incremento del riesgo de parto traumático (distocia de hombros).
- Oligoamnios (MCL < 2cm): la presencia de un oligoamnios se ha relacionado con peores resultados perinatales en las gestaciones de alto riesgo (incluyendo la GCP).
- Vasodilatación cerebral (IPACM < p5) según curvas propias de GCP (Palacio M 2004 UOG), adjuntas en el anexo 2. El hallazgo de IPACM < p5 no requerirá su confirmación para indicar la finalización de la gestación por este motivo.
- RCTG:
 - RCTG patológico
 - RCTG no reactivo y que después de realizar un PBF se obtiene un resultado de < 8/10
 - RCTG que persiste no reactivo a las 12-24 horas aun habiendo obtenido un PBF de 8/10
- Percepción de disminución de los movimientos fetales
 - Si las pruebas complementarias aplicadas son normales se flexibilizará el ingreso que se programará entre las 41.5 – 42.1 semanas.
 - En el momento de inicio de la inducción médica del parto se requerirá la firma del consentimiento “Inducció del part / Maduració cervical” (disponible en <https://intranet.clinic.cat/> para HCM y en la carpeta “comú ginecologia i obstetricia” para HSJD) en el que se explican también los riesgos asociados a la inducción en caso de una cesárea anterior.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

5. ALGORITMO CLÍNICO



PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

Anexo 1:

Información sobre gestación >41.0 semanas

GESTACIÓN PROLONGADA

¿Qué significa que una gestación es prolongada? Se considera que una gestación es prolongada a partir de las 42 semanas de duración calculada (corregida por la ecografía).

¿Qué riesgos tiene? A medida que aumenta las semanas, el riesgo de complicaciones aumenta, sobre todo a partir de la semana 41 o incluso antes si la edad materna es superior a los 40 años o presenta un exceso de peso. Se han descrito riesgos tanto para usted (desgarros vaginales, cesárea, partos vaginales que requieren fórceps o vacuum, etc...) como para su bebé (peso fetal excesivo, falta de líquido amniótico, aspiración de meconio, y, de manera muy infrecuente, muerte del bebé).

¿Por qué no me pongo de parto? La gran mayoría de mujeres (aproximadamente 8 de cada 10) inicia el parto o rompe la bolsa antes de la semana 41. El resto alcanzan las 41 semanas sin presentar inicio del parto. Los factores que favorecen esta situación son desconocidos, aunque es más frecuente en primerizas, en mujeres de edad avanzada o con sobrepeso/obesidad. También es mucho más frecuente si ya se ha presentado una gestación prolongada en un embarazo previo.

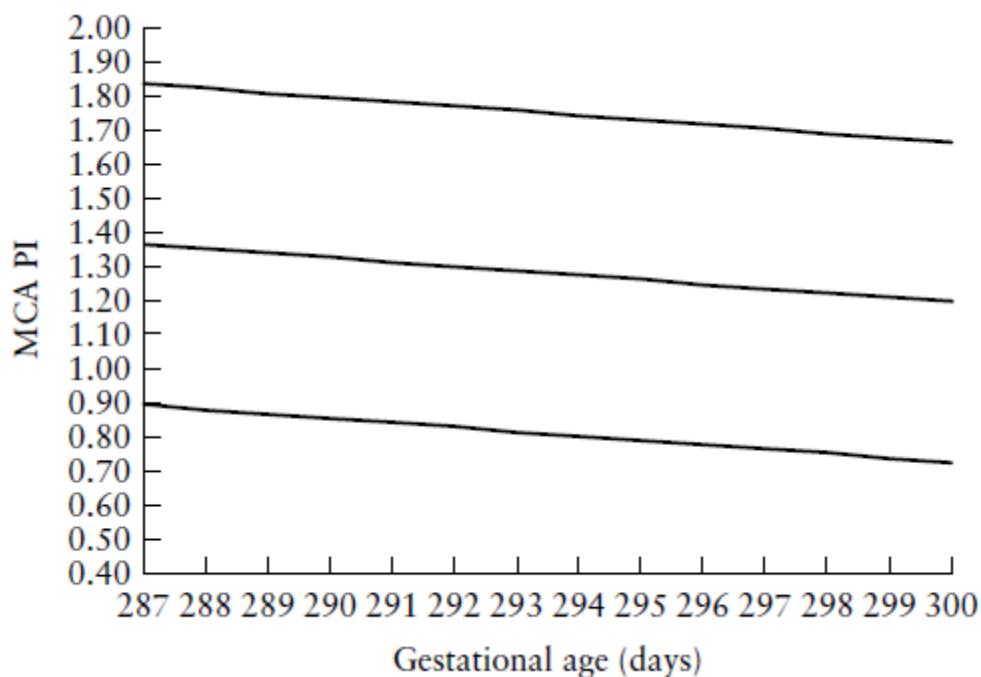
¿Puedo hacer alguna cosa para iniciar el parto? El despegamiento de las membranas durante el tacto vaginal ha demostrado provocar el parto. Para poder efectuarlo se necesita una dilatación cervical suficiente. El médico o comadrona introduce un dedo a través del cuello dilatado durante la exploración vaginal que se realiza de rutina e intenta despegar las membranas amnióticas de la parte inferior del útero. Esta maniobra no aumenta el riesgo de infección aunque puede provocar en algunos casos una pequeña pérdida de sangre o malestar durante la realización del mismo, sin implicar ningún riesgo para el feto ni la madre. Ninguna otra medida que pueda hacer ha demostrado ser de utilidad para provocar el parto.

¿Qué opciones existen? A partir de la semana 41, o incluso antes en pacientes con edad materna avanzada o presencia de exceso de peso, el riesgo de complicaciones relacionadas con la gestación aumenta. Por este motivo, le recomendaremos finalizar la gestación (provocar el parto) una vez se llega a esta edad gestacional (a partir de las 40 semanas en pacientes con edad materna avanzada o exceso de peso o a partir de las 41 semanas en el resto de pacientes). Existen medicamentos que se utilizan para provocar contracciones uterinas y con ello conseguir que se desencadene el parto. Aunque el procedimiento de inducción es bastante utilizado y sus riesgos no son elevados, alguna vez pueden aparecer complicaciones que habitualmente conllevan que se tenga que hacer una cesárea. Otra opción es la de esperar a que se inicie el parto hasta la semana 42, siempre y cuando se realicen controles ecográficos cada 2-3 días y en caso de no haberse puesto de parto antes, provocar el parto a las 42 semanas. Conociendo la información, usted puede preferir esta segunda opción que bajo criterio médico se le aceptará. Su médico o comadrona le podrá aclarar cualquier duda que le surja al respecto.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

Anexo 2:

Normalidad del índice de pulsatilidad de la ACM a partir de las 41 semanas



Responsables del protocolo:	M Illa, JM Bongunyà, F Figueras, MD Gómez-Roig
Fecha del protocolo y actualizaciones:	01/01/2007, 17/01/2019
Última actualización:	17/01/2019
Próxima actualización:	17/01/2013
Código Hospital Clínic:	MMF-29-2007
Código Sant Joan de Deu:	A-OBS-GC-0013-02