

AUDIENCIA ARTÍCULO 373

16 DE JULIO DE 2024

El apoderado de la parte demandante se refiere a la incorporación del dictamen por parte del hospital san José de buga diciendo que se otorgó un término de 15 días hábiles y estos incluían el término de vacancia de semana santa por lo que el término no se extendía hasta el 18 de abril de 2024.

El juzgado manifiesta que el dictamen fue aportado oportunamente ya que el artículo 118 en su inciso final establece que los términos de días no se tienen en cuenta los de vacancia judicial y los que por cualquier circunstancia esté cerrado el juzgado. No sucede lo mismo cuando se dan términos de meses o superiores, caso en los cuales no se considera la vacancia judicial.

Conforme a lo anterior considera no tener en cuenta los días de semana santa ya que esta transcurrió durante el término otorgado.

El demandante interpone recurso de reposición.

El juzgado no revoca su decisión y considera que el peritaje fue oportunamente aportado, ello por cuanto el argumento del apoderado de la demandante refiere a jurisprudencia sobre el término para el recurso de casación, que es una norma especial no aplicable a este caso.

INTERROGATORIO GLADIS AMPARO MARTÍNEZ

Ejerce la medicina desde junio del año 1999.

Hizo especialización en auditoria de la salud médica y culminó esos estudios en 2004.

Es graduada como abogada desde el año 2016. Y desde ese año es auditora de la policía nacional, regional 6.

Tiene maestría en dirección de recursos humanos.

Se realizó una valoración exhaustiva de la historia clínica aportada.

La fecha probable de parto se calcula con 40 semanas de gestación, sin embargo la gestante tenía 41 semanas de embarazo siendo un embarazo de riesgo.

Dice que es imposible que un sufrimiento fetal agudo se presente de forma espontánea, esto se evidencia de forma previa en los controles. Las pulsaciones estaban en 120 que es normal pero ya es un signo de alerta. El monitoreo de un sufrimiento fetal agudo varía las frecuencias cardiacas, no es lógico que hayan sido registradas sin alteraciones.

Dice que hubo posibilidades de que el registro no se llevara bien. Hay muchas variables, pero no se compromete con ninguna, ej: la capacitación del personal, la calidad de equipos, solo dice que es claro que no hubo congruencia.

No existe un método 100% seguro para prevenir el sufrimiento fetal. Es necesario hacer el monitoreo fetal, el perfil biofísico, la frecuencia cardiaca, pero se debe recordar que nunca hay un sufrimiento fetal con frecuencia cardiaca normal.

La hipoxia isquémica. Se habla de hipoxia cuando no hay oxígeno en el cerebro y hay desaceleraciones en la frecuencia cardiaca, esta se puede dar por absorción del meconio no detectada a tiempo.

El embarazo prolongado es la principal causa para que se produzca el meconio. Al momento de la salida por el canal del parto puede haber meconio. El meconio puede presentarse en el canal del parto pero si la cabeza ya está afuera no tiene por qué haber meconio en la vía aérea. El canal del parto es muy estrecho, por lo que la absorción del meconio tuvo que ser previa, aunque médicamente es posible, en este caso tuvo que suceder antes por el lugar donde se encontró el meconio.

Este tipo de embarazo es un evento adverso prevenible.

Evidencia que hubo falla en la prestación del servicio.

Había un factor de riesgo presente por ser embarazo post término. Se pudo evaluar la posibilidad de cesárea debido a que era una institución del tercer nivel. Actualmente la cesárea es una buena vía de evitar sufrimiento fetal agudo.

La cesárea de urgencias era necesaria para evitar los daños sufridos por el bebé. Era necesario tener en cuenta lo que pasaba con el líquido amniótico.

La literatura médica no informa que la frecuencia cardiaca no se altere ante la existencia de sufrimiento fetal agudo.

El sufrimiento fetal agudo se va afectando progresivamente en la medida que absorbe meconio aunque sí es muy rápida. La falta de oxigenación es progresiva)

No tiene estudio en ginecología.

Ejerció la medicina, hizo su experiencia médica en el área rural, trabajó 6 años en la ESE hospital de San Roque, hasta el año pasado también realizó actividades médicas.

El trabajo de parto inició desde el ingreso al hospital. Y al señalar que no había actividad regular uterina quiere decir que no existían 3 contracciones en el lapso de 10 minutos.

La valoración del líquido amniótico fue deficiente pues se pudo hacer la ruptura artificial de membranas para saber que se debía hacer la cesárea.

El volumen del líquido aumenta cuando avanza el embarazo y tiene su punto máximo a las 35 semanas, pero también se habla de su composición, la cual si tiene meconio va a afectar al bebé como tal. Al momento de nacer el bebé fue muy clara la presencia del líquido amniótico.

Nunca se habló del nivel del líquido amniótico el cual estuvo normal, sino que se está hablando de que este líquido estaba con meconio. Hay un problema del registro de cómo continúa el líquido amniótico luego de un tiempo.

La biometría son las medidas biométricas del bebé. La ecografía más confiable es del primer trimestre porque las ecografías de los tamaños de los bebés son fluctuantes.

Los cálculos se hacen con la fecha de la última menstruación y la ecografía del primer trimestre, y a eso suele añadirse 3 días para la contabilización de la fecha probable del parto.

Los mismos médicos escribieron en la HC que el embarazo era prolongado al registrarse que era de 41 semanas.

Hubo broncoaspiración de meconio porque se encontró en vía aérea.

Para prevenir un sufrimiento fetal agudo se debe realizar una cesárea si se cuenta con el personal como es en este caso.

Los riesgos de llevar a cesárea a una paciente son una posible infección posterior, una pérdida de sangre, complicaciones anestésicas, mayor tiempo de recuperación. Pero los riesgos se minimizan frente al sufrimiento fetal agudo.

INTERROGATORIO AL PERITO DAIRO GUTIERREZ

Aplicó el método inductivo-deductivo utilizando la historia clínica como insumo para el dictamen.

Para este caso reitera lo descrito en la historia clínica.

Se verifica que se hicieron exámenes que salieron normales. Incluso se tomó la frecuencia cardíaca unos 15 minutos antes del parto y la frecuencia cardíaca estaba normal. Por lo anterior no es posible establecer la causal del sufrimiento fetal. Incluso manifiesta que la frecuencia cardíaca mínima es de 110 y no de 120.

La OMS considera que el embarazo de 40 a 41 semanas es post fechado y un embarazo por encima de las 41 semanas es un embarazo prolongado.

Se hicieron dos cardioplografías sin embargo, con la primera era suficiente ya que tuvo resultados normales.

No hubo broncoaspiración de meconio ya que se verifica que se hizo una radiografía de pulmón el 22 de octubre de 2013 en la que no se verifica la existencia de broncoaspiración. Lo único que hubo fue meconio a la boca del bebé.

Hay otra nota que da cuenta que se considera que la metabolopatía pudo ser la causante de la baja en la frecuencia cardíaca que haya llevado a las secuelas de salud en el bebé. Esta enfermedad puede dispararse por estrés como por ejemplo el que genera el mismo parto incluso en condiciones normales.

El estado fetal no satisfactorio relaja al feto y sucede la expulsión del meconio que se diluye con el líquido amniótico.

El monitoreo fetal no solo fue acorde sino exagerado, es decir hubo un sobre cuidado.

El parto tiene 3 fases: latente la cual no causa riesgo al feto porque no se somete a nada que pueda reducir la cantidad de oxígeno, la segunda fase es la activa en la cual existe dilatación y en las madres que van a tener primer embarazo el cérvix tiene borramiento (es decir disminuye su tamaño) y de ahí la dilatación.

La fase latente no se cuantifica la cual en el caso de la paciente fue de 12 horas lo cual fue normal. La fase activa fue de 2 a 4 horas. Sin embargo no es correcto sumar las horas de cada una de las fases.

Cuando la paciente llegó al hospital, si bien la internaron, no estaba en fase activa del parto.

El embarazo dura entre 37 y 40 semanas, si pasa las 40 sin llegar a las 41 es posfechado, a las 41 semanas es en vía de prolongación, y más de 41 semanas es un embarazo prolongado. En este caso es un embarazo posfechado.

Las ecografías tienen su validez dependiendo del trimestre, por ejemplo: la del segundo trimestre sirve para bienestar fetal, para el tercer trimestre sirve para peso y calidad del líquido amniótico y la placenta. La edad gestacional sale de la ecografía del primer trimestre.

El sufrimiento fetal ahora se llama estado fetal satisfactorio o no satisfactorio. Si un marcador biofísico hubiera estado alterado el estado fetal sería no satisfactorio.

Los embarazos que sobrepasan las 40 semanas deben ser vigilados, no es que sean de mayor riesgo. En este sentido, los procedimientos quirúrgicos tipo cesárea se hace con indicación so pena de violar el código de ética médica por someter al paciente a un riesgo injustificado.

Los exámenes realizados no tuvieron alteraciones.

Existen dos tipos de cesárea, la electiva y la de emergencia, estas últimas pueden hacerse por ejemplo por un prolapso de cordón, cuando el feto denota estado fetal no satisfactorio o hay pruebas biofísicas alteradas con 40,3 semanas de embarazo (esta sería una urgencia), sin embargo en este caso se presentó el número de semanas pero no la alteración de las pruebas biofísicas.

Si el feto tiene taquicardia con una frecuencia cardiaca por encima de 160 es un problema que está iniciando y una bradicardia que es por debajo de una frecuencia cardiaca de 110 implicaría un problema que lleva tiempo. En cualquiera de los dos casos hay un estado fetal no satisfactorio.

La metabolopatía es congénita por lo que si esta fue la causa, el bebé la tenía desde su formación.

La absorción del meconio sucedió en el expulsivo pero esto no lo llevó a la asfixia ya que no hubo broncoaspiración.

El proceso expulsivo de esta paciente fue de 40 o 45 minutos lo cual es un periodo normal. Según los libros el rango es de 1 a 2 horas.

En la fase de expulsión se tienen que hacer mecanismos de parto y el médico solo interviene en la rotación interna, el médico no interviene en los demás mecanismos.

La atención brindada a la paciente siguió la lex artis.

El estado fetal no satisfactorio a nivel bioquímico inicia con la hipoxemia, luego hipoxia y luego la asfixia perinatal.

No es claro si la absorción de meconio causa la hipoxia mencionada en la historia clínica porque no hay datos de neumonía ni broncoaspiración.

No todos los estados fetales no satisfactorios causan que un bebé fallezca. Depende de las circunstancias que rodean este estado fetal.

El líquido amniótico meconiano da cuenta de que hubo un estado fetal no satisfactorio pero no existieron factores previos que permitieran establecerlo.

INTERROGATORIO A ANYELA PATRICIA ANDRADE

Atendió a la paciente solo al ingreso. Llega con 40,5 o 40,6 semanas de gestación, es decir un embarazo posfechado. No se encontraba en trabajo de parto. Era posfechado porque consultó luego de las 40 semanas pero el riesgo del embarazo depende de la valoración clínica.

Se hacen las pruebas de bienestar y se realiza la maduración del cuello debido a que no ha iniciado dicho trabajo de parto.

Posteriormente hace una ruptura espontánea de membranas indicando un inicio de trabajo de parto adecuado y rompe la fuente iniciando contracciones gracias a los medicamentos suministrados para este fin.

Tenía una fase activa de 4 a 8 horas que es normal.

Cuando entra a la fase expulsiva se demoró 45 minutos, cuando una madre primeriza suele demorarse 2 horas. No tenía buena capacidad para pujar por lo que se le suministró oxitocina. La fase expulsiva fue normal.

Durante el trabajo de parto el líquido amniótico era normal. Ahora bien la posibilidad de la presencia de meconio puede deberse a que la presión del bebé al pasar por el canal puede causar que expulse meconio y esto suele suceder. Esto puede suceder sin que el canal sea estrecho y se hubiera requerido usar otras herramientas como espatularlo o hacer cesárea. Los bebés, por presión en el abdomen, pueden hacer meconio.

Sabe del expulsivo por leer la historia clínica, y pudo hacer un pequeño análisis de que el bienestar fetal no era el adecuado. Sin embargo hasta el momento del expulsivo todo fue normal conforme a los 10 años que lleva atendiendo partos en el hospital.

Frente a la ruptura artificial de membranas dice que no es un procedimiento que se haga de rutina o es un procedimiento que se hace cuando la paciente está en 5 de dilatación. Aquí la paciente no necesitó eso porque ella sola lo hizo. Se hace para valorar el líquido al presentarse una situación anormal como la disminución del ritmo cardiaco.

El cálculo de 41 semanas se hizo conforme a la ecografía con la que la paciente llegó, sin embargo se hizo un cálculo posterior que daba el resultado de 40,6 semanas.

Luego de las 40 semanas a todas las pacientes se les hace una ecografía y un perfil biofísico para conocer el bienestar fetal y determinar la conducta médica a realizar.

El sufrimiento fetal agudo es cuando el feto se ha expuesto a situaciones que alteran la parte hemodinámica y sus signos vitales. El sufrimiento fetal podría suceder en diferentes momentos, como al empezar el trabajo de parto, cuando se rompe la fuente, etc. No puede saberse cuando un bebé va a expulsar meconio porque las pacientes entran con sus membranas íntegras.

Cuando la paciente rompió fuente el líquido era normal por lo que hasta ese momento no había expulsión de meconio, de lo contrario la historia clínica hubiera señalado líquido meconiano por lo que es posible que la presencia del meconio se diera en el expulsivo.

Es probable que el meconio haya sido espeso por ser reciente, es decir que haya salido durante el expulsivo.

Para saber si la hipoxia es isquémica o no debe existir una valoración del neonatólogo

Si se detecta un sufrimiento fetal se lleva a la paciente a cesárea, sin embargo en este caso no se presentaron signos para proceder con la cesárea. Otros casos para proceder con cesárea son: meconio en 5 o 6 de dilatación, bricardia.

En ginecología se establece un estado fetal no satisfactorio, ya es en neonatología que se establece si hay sufrimiento fetal.

No podría decir por qué el recién nacido nació en esas condiciones porque se hizo control de la frecuencia cardíaca al momento del expulsivo y era normal. La mayoría de las veces el sufrimiento fetal afecta la frecuencia cardíaca, pero aquí no existe ese signo clínico.

Cuando está en parto no tiene ningún cambio en la dilatación del cuello del útero sin dinámica uterina porque no tenía contracciones.

La monitoria categoría 1 que se hizo a la paciente es uno de los exámenes que se hacen para conocer el bienestar fetal. Esto junto con otros exámenes determinó la existencia de bienestar fetal por lo que la paciente no requería cesárea.

El tiempo del trabajo de parto solo debe contarse desde la fase activa por lo que no son 14 horas las que la paciente tuvo de trabajo de parto.

El embarazo de la paciente no era de alto riesgo, partiendo inicialmente de que la fecha de parto es una fecha probable, no exacta. El embarazo de alto riesgo también es determinado por otros factores y no solo por la edad gestacional, como lo sería, por ejemplo, una madre hipertensa.

Normalmente a una paciente en fase activa se la valora cada 2 o 3 horas y así se hizo con la paciente.

INTERROGATORIO AL DR. JULIO CESAR POSSO

Ginecólogo y obstetra de la Universidad libre y médico cirujano de la Universidad del Cauca. Trabaja actualmente con la entidad demandada.

Dice que como consta en la historia, él valoró a la paciente que tenía 40,6 semanas de embarazo conforme a la última regla y con la primera ecografía.

Tenía unos cambios cervicales mínimos por lo que se hicieron exámenes para verificar el bienestar fetal.

Se realiza maduración cervical.

No estuvo presente al momento del nacimiento del menor, solo estuvo presente al momento del ingreso a la sala de partos.

La paciente en el trabajo de parto puede hacer una ruptura espontánea o artificial de membrana conforme al trabajo de parto, la paciente hizo la primera. En la historia clínica se verifica que el líquido amniótico al momento del rompimiento de la membrana es claro.

Fisiológicamente el meconio se encuentra en el intestino del feto que puede hacerlo en el momento del expulsivo lo que significa que se relajó el esfínter anal y no necesariamente que existió un bienestar fetal no satisfactorio. Esto sucede por la compresión de la cabeza y hay un reflejo vagal del sistema nervioso.

Fisiológicamente el nacimiento implica un estrés para el feto, no obstante eso no implica que siempre se lleve al feto a un sufrimiento fetal agudo.

Se espera que con los exámenes realizados el resultado del alumbramiento fuera satisfactorio, no obstante en el campo de la medicina no puede conocerse el resultado y lo que se hace es aplicar métodos para intentar obtener ciertos resultados.

Al leer en la historia clínica se ve que se hace una sonda nasogástrica y se verifica escaso líquido meconiano, por esto no puede hablarse que la absorción de meconio fue la causa de la encefalopatía.

Sería necesario preguntar a un neonatólogo qué pudo causar la encefalopatía, pues no necesariamente esta se causa por la absorción del meconio.

Comparte el concepto del Dr. Dairo en tanto que no existe una explicación certera de lo que sucedió pero que debió pasar durante el expulsivo porque antes de eso todos los exámenes estaban normal.

El embarazo riesgoso se da luego de las 42 semanas y se da porque continúa el crecimiento del feto y puede suceder el síndrome de Clifford en el que el feto empieza a absorber la grasa de la madre al ser insuficiente la forma en la que se alimentaba previamente porque sigue creciendo. Este no fue el caso de la paciente.

No hay pruebas que demuestren la existencia del sufrimiento fetal agudo.

El feto todo el tiempo está desglutiendo el meconio.

El APGAR es una valoración que los pediatras y neonatólogos hacen de un recién nacido, el que esté por encima de 6 es normal.

No sabe responder frente a la anotación de la asfixia perinatal ya que es una nota de pediatría y al no ser su especialidad ya no interviene en ese diagnóstico.

Un embarazo prolongado no es lo mismo que post término, al pasar las 40 semanas es post fechado por sobrepasar las semanas probables del nacimiento, pero no es post término porque no sobrepasa las 42 semanas.

No puede haber sufrimiento fetal sin la alteración de frecuencia cardíaca.

La paciente hizo una ruptura espontánea de membranas 3 horas antes del parto y en ese momento se verificó que el líquido amniótico era normal.

El riesgo obstétrico lo determinan otras circunstancias de la paciente como la edad, la condición del líquido amniótico, etc. Pero no se determina por las semanas de embarazo.

La paciente no tenía ninguna indicación para ser llevada a cesárea porque no se verificó sufrimiento fetal agudo. Si una madre es llevada a una cesárea innecesaria su mortalidad aumenta 10 veces a la madre que tiene un parto natural.

Cuando se habla de percentil del feto este demarca más o menos semanas pero no necesariamente por las semanas de embarazo sino porque se establece el tamaño del feto refiriendo que para el tiempo de gestación es mayor o menor, por ejemplo: percentil 90 de 40 semanas, implica que tiene el tamaño de un feto de 43 semanas siendo un feto grande para su edad de gestación.

Los exámenes realizados obedecen a algo que médicamente se hace a nivel mundial para el monitoreo.

Señala que no es cierto el argumento de la perito de la parte demandante según el cual era necesario o viable realizar un rompimiento artificial de membranas para verificar la composición del líquido amniótico debido a que hubo rompimiento natural 3 horas antes del parto y se registró como normal, es decir que su composición no era fétida ni anormal.

INTERROGATORIO EFRAÍN ARBOLEDA SAAVEDRA

Es profesional en psicología desde 2004.

Tiene una maestría en neuropsicología y educación.

Actualmente trabaja como independiente y es docente universitario en psicología y neuropsicología.

Ha realizado dictámenes previos sobre pérdida cognitiva y relacionados.

Inicialmente se hizo una entrevista semiestructurada con preguntas de enfoque emocional, cómo han reaccionado los entrevistados luego del evento traumático y de forma posterior se determina si existe estrés postraumático. También se utilizó un instrumento de evaluación estandarizado que permite determinar el deterioro cognitivo de la persona que está entrevistando.

Hay un manual diagnóstico DSM 5 en el que se basa para hacer dicho experticio.

Al realizar la entrevista con los familiares del menor, se parte del antecedente traumático el cual es el sufrimiento fetal y posterior hipoxia cerebral severa por la atención a su madre los días 21 a 22 de octubre de 2013. A partir de este evento se generan las preguntas.

Se verifica una negación de la realidad porque sus familiares no aceptan su condición.

No se pudo hacer el dictamen con el menor porque no reaccionaba a ningún tipo de estímulo.

No era una persona neurotípica o “normal” que pudiera compartir a nivel familiar, por lo que no se podían desarrollar actividades de una manera más fluida.

Dentro del DMS 5 hay unos criterios que permiten calificar una intensidad alta.

Se ve una intimidad familiar muy afectada ya que cada individuo propende por su propio bienestar como consecuencia de la falta de independencia del menor.

Se verifica sintomatología asociada a estrés post traumático, las personas se ven afectadas con enojo, frustración, etc. Cualquier situación relacionada con el evento traumático genera una revictimización frente a este hecho.

Por lo anterior los 4 puntos del dictamen se califican con una intensidad alta debido al episodio traumático.

Se evidenció un daño significativo de la hipoxia debido a que el menor no daba ningún tipo de respuesta.

Por la falta de reacción del niño es demasiado complejo poder determinar su estado anímico, ejemplo: qué tan feliz era.

En la entrevista se reflejaron incluso situaciones depresivas como lo fue el llanto espontáneo, la dificultad para hablar del tema.

Las 3 herramientas utilizadas en su dictamen son soportadas desde el marco teórico y se usan en primeros auxilios psicológicos e incluso de uso internacional.

El estrés post traumático es cuando un episodio traumático no se logra formalizar, se sigue viendo diariamente el suceso o persona que genera ese recuerdo y me evoca desesperación, enojo, llanto espontáneo, características depresivas, etc.

Este estrés genera cambios en materia de control de emociones y cambios orgánicos como taquicardia, ansiedad, etc, esto va a afectar la calidad de vida.

Durante los 9 meses se construyen expectativas frente al nacimiento del menor, y al no poderse llevar a cabo esto genera un impacto para la familia y una afeción en el entorno de esa persona.

INTERROGATORIO AL DOCTOR JORGE CARRILLO

Es especialista en ginecología.

Trabaja con la institución demandada desde el 2021 como especialista y desde el 2009 como médico general.

Dice que la paciente ingresó con embarazo a término de 41 semanas sin trabajo de parto por lo cual se hicieron exámenes verificando el bienestar fetal.

Solo intervino en el ingreso de la paciente.

Es difícil conocer la causa de lo sucedido al menor ya que se descartó la broncoaspiración por meconio, tampoco hubo cambios de isquemia por lo que no se puede decir que haya habido una hipoxia. Pudo haber existido alguna alteración metabólica.

No puede hablar de las patologías a nivel de metabolismo ya que eso tiene que ver con el especialista de neonatología o pediatría.

Acá en Colombia no hay protocolización de pruebas más invasivas para conocer las causas de lo sucedido al feto debido a que el país es considerado como de pocos recursos para dichos procedimientos.

El embarazo era prolongado, no post término. Según la HC nunca hubo una pérdida de bienestar fetal o sufrimiento fetal, la única forma de saberlo sería mediante la realización de una prueba invasiva.

El meconio no es indicador de pérdida del bienestar fetal.

INTERROGATORIO MARTHA LUCÍA BOTERO

Al observar una encefalopatía hipóxica el menor no respondía a ningún estímulo afectando su respuesta motriz, no hacía ningún movimiento que se le pidiera.

Por lo anterior se determinó una alta afectación en sus actividades diarias. Él no dependía de sí solo.

Tiene una disfunción cortical severa pues se valoró en él la reacción que tenía y no podía acatar órdenes. Ejemplo, no se podía sentar o sostenerse cuando se lo sentaba, también si se lo colocaba acostado boca arriba o boca abajo así se quedaba.

El procedimiento para valorar al paciente fue el usado para alguien con parálisis cerebral teniendo en cuenta su daño cortical.

No tiene ningún tipo de respuesta voluntaria.

Dependía totalmente de otra persona para que lo movilizara.

Su situación era irreversible.

Ella sabe de las dificultades que tuvo la madre por la historia clínica que señala la hipoxia perinatal.

Si hay pérdida del bienestar fetal debe haber una alteración en las frecuencias cardiacas.

Un embarazo de 40,6 semanas no es de alto riesgo, solo desde las 42 semanas caso en el cual se requiere una terminación inmediata del embarazo.

Siempre es mejor tener un parto que una cesárea por la morbilidad fetal y materna. Se verificó con el bienestar fetal que la paciente podía tener un parto natural.

DOCTORA MARTHA ISABEL MANZANO GARCÍA

Es médico de la universidad tecnológica y especialista en medicina familiar.

No trabaja con el hospital demandado desde el 2016 o 2017.

Se encontraba como médico asistencial en la sala de ginecología y de partos. Recibió a una paciente que no tenía ningún factor de alto riesgo.

La paciente tuvo estudios previos durante su hospitalización que daban cuenta de la normalidad y bienestar en el feto, tuvo una ruptura espontánea de las membranas.

Una vez la paciente pasa a mesa de partos no tuvo un buen pujo y se utilizó oxitocina, hasta ese momento también se vio un líquido amniótico normal. Sin embargo al momento del expulsivo se verifica líquido amniótico con meconio y se procedió a aspirar este líquido de la boca del bebé para evitar que vaya a los pulmones del bebé.

El bebé siguió sin reaccionar, por lo que procedió a ventilación sin oxígeno y ante la falta de respuesta se llama a neonatología, se hace masaje cardiaco, entubación y maniobras más avanzadas lo que permite que el bebé reaccione.

Fue algo totalmente imprevisible porque no hubo ninguna indicación de que el bebé pudiera nacer mal.

El embarazo es o de bajo riesgo o de alto riesgo, siempre existen riesgos y algunos de ellos no pueden saberse desde antes sino en el momento.

Las maniobras que se hicieron dan fe de que se hicieron correctamente y no se evidenció asfixia perinatal porque los gases arteriales tomados al menor en neonatología fueron normales, por lo que tampoco existió un sufrimiento fetal agudo y las maniobras realizadas fueron las indicadas.

Ella manifiesta que atendió el alumbramiento, pues al ser un parto que no indicaba complicación podía ser atendido por el médico asistencial.

La historia clínica dio por hecho que hubo una asfixia perinatal pero en realidad no había nada que lo explicara.

Se habló con el neonatólogo de que incluso hubiera una enfermedad congénita que no pudiera ser detectada. Incluso en clínica Farallones se sospecharon de algunas enfermedades metabólicas teniendo en cuenta que en las resonancias aparecieron resultados que eran más compatibles con este tipo de enfermedades, pero desconoce si hubo un diagnóstico porque ciertas enfermedades metabólicas son de difícil diagnóstico.

El trabajo de parto implica un estrés para el feto y de hecho es necesario, y se busca que en lo posible el parto sea natural pues incluso al haber parto natural hay mayor adaptación del bebé al acto de respirar. Si no hay una indicación clara de cesárea no se realiza el procedimiento por el riesgo para el feto y la madre.

El estrés en el parto puede activar algún tipo de enfermedad o llevar a una mal formación en la parte cerebral.

En el 2013 en la noche había un solo ginecólogo para todo el piso y en aquel momento había dos partos al mismo tiempo si mal no recuerda. Por lo tanto el ginecólogo estaba atendiendo algo más porque en el piso hay sala de partos, UCI y pacientes hospitalizadas, y todo debe entenderse a la vez.

Manifestó que no existió sufrimiento fetal prolongado en tanto este sufrimiento puede suceder antes del expulsivo o durante el expulsivo, un sufrimiento prolongado es, por ejemplo, en un embarazo de 42 semanas con alteraciones en el líquido meconiano. Hay otro sufrimiento al momento de la expulsión como el prolapso del cordón, etc.

Considera que no hay sufrimiento fetal porque el bebé venía bien, sin embargo el bebé sí nace en paro. Estando en el canal de parto la frecuencia cardiaca puede bajar a 100 pero no hubo indicación de que esto pasara. Por lo que cree que los daños fueron porque el bebé no toleró en el canal de parto por alguna enfermedad que hizo que el bebé no se adaptara bien.

Un médico general que tiene tanta experiencia en partos puede atender el parto bajo las condiciones de la paciente ya que era un parto normal. Además de que todos los exámenes indican que el procedimiento fue el correcto.

Una frecuencia cardiaca entre 110 y 120 es una alarma y menos de 110 es anormal, sin embargo eso no pasó. Aparte de eso más o menos a las 4:00 a.m. se realizó un examen para verificar si el feto soportaba el trabajo de parto denotando resultados normales.

El meconio en la garganta es escaso porque se puede observar mediante la laringoscopia y verificar que no ha pasado más allá de la garganta. La laringoscopia se hace en el canal de parto y se aspira ahí mismo para evitar que al salir el bebé haga un esfuerzo respiratorio y dicho meconio pase a los pulmones.

La mucopolisacaridosis es un conjunto de enfermedades poco comunes causado por un mal funcionamiento de las enzimas y las células se pueden acumular y causar daños a nivel cerebral. Además en la resonancia se verifican quistes en el tálamo, en los núcleos basales y en la parte frontal, estos no se ven por secuelas de asfixia perinatal, pero puede ser compatible con la enfermedad que sospecha la clínica Farallones. Al ser enfermedades tan raras no se contaban con los medios que hubieran permitido conocer de forma previa esta enfermedad.

Hasta que la cabeza del bebé salió no hubo ningún indicio de que algo pudiera estar mal.

INTERROGATORIO AL DOCTOR CARLOS DELÚQUES

Es ginecobstetra desde el año 2006 y reside en Andalucía (Valle)

Continúa trabajando con la entidad demandada.

Recuerda que la paciente ingresa el 21 de octubre al cumplir 41 semanas de embarazo que en realidad eran 40,6 semanas. Se le realizó una ecografía obstétrica y un perfil físico fetal, si este perfil es satisfactorio se procede a hacer la inducción con misoprostol que tiene un efecto luego de 4 o 6 horas.

Al día siguiente en la madrugada sucede el parto, nunca se evidenció alguna alteración en el estado de salud de la madre o del bebé.

Acompañaron la labor de parto y le correspondió al Dr. Hacer la Episiorrafia que es el cierre de una sutura y la hizo él porque en ese momento la doctora Manzano y la pediatra estaban realizando la reanimación al bebé.

La labor de todo el equipo es dinámica, por ejemplo el ingreso lo hace un médico general que contacta a el especialista que está de turno y se comenta el caso para hacer el perfil. Posteriormente desde la inducción el testigo estuvo haciendo el acompañamiento del caso.

Acompaña a la paciente desde las 3 de la tarde del día 21 de octubre hasta las 7 de la mañana del día 22, este acompañamiento se hace en intervalos.

Siempre que se ingresa una paciente a atención se hace un perfil y en este caso no se detectó ninguna anomalía, luego se hizo una monitoria que no indicó ninguna anomalía. La frecuencia cardiaca fetal siempre fue normal, el examen de los sonidos del corazón del bebé más o menos a las 5:30 a.m. fue igualmente normal.

La ruptura de membranas fue espontánea y sucedió más o menos a las 2:30 a.m. Cuando sucede esta ruptura se hace una verificación de la frecuencia cardiaca del bebé que era normal, y el líquido amniótico siempre fue claro. No puede hablarse siquiera de que haya existido un prolapso de cordón porque el óbito hubiera sucedido inmediatamente.

Al colocarse el misoprostol la paciente debe ser valorada a las 4 o 6 horas para saber si el medicamento hace efecto. No siempre quien hace el examen físico es quien escribe por eso puede registrarse en la historia clínica diferentes letras o anotaciones avaladas por otros médicos.

El ginecólogo va a estar en los lugares donde se lo necesita con urgencia, entonces siempre se mueve en el piso, pero tiene conocimiento de lo que pasa durante la atención del servicio.

En el día hacían turnos 2 ginecólogos y en la noche hacía turno 1 ginecólogo.

Él empezó a escribir las órdenes desde la 7 de la mañana y la orden para dar algo que calme el dolor de la madre teniendo en cuenta que se estaba quejando de este dolor.

Sobre las valoraciones de la paciente se remite a la historia clínica diciendo que hay algunas en las que se encuentra avalando dichas valoraciones, por lo tanto, estuvo acompañando a la paciente directa o indirectamente.

En la atención del parto la paciente está pujando hasta que el bebé nace y revisa las condiciones del bebé, si es normal, el bebé se entrega a la madre y se corta el cordón. Si el bebé nace en malas condiciones se llama al neonatólogo y quien atiende el parto puede encargarse de la madre o ayudar a encargarse del bebé, por eso la señora Manzano estuvo atendiendo al bebé mientras el testigo atendía a la mamá.

El ginecólogo estará pendiente de lo que pase con la paciente en el trabajo de parto y hará o avalará las respectivas notas.

Cuando el bebé nace pero no llora ni se mueve se da una puntuación de APGAR de 2 y posteriormente a la reanimación se da otra puntuación de APGAR. El primer APGAR no es el más importante, el más importante es el que se hace a los 5 minutos. Lo que el APGAR

de 2 está refiriendo es que el recién nacido está vivo pero requiere reanimación para mejorar las condiciones de salud.

El meconio en el caso que nos compete se valúa como meconio terminal y se evalúa conforme al color verdoso del líquido amniótico. En esa época se evaluaba con el grado 2 que es un estado intermedio, sin embargo la presencia de este meconio no necesariamente significa algo malo.

No hubo nada que permitiera deducir la existencia de sufrimiento fetal.

No sabe por qué la institución en este caso certificó el sufrimiento fetal. Como el recién nacido fue a UCI este certificado lo hizo el médico de esta unidad neonatal.

La presencia de meconio durante el expulsivo no tiene necesariamente un significado patológico.

El aumento de morbilidad se da desde las 42 semanas cuando se considera que existe un embarazo prolongado, sin embargo ese no era el caso de la paciente.

Se verifica que si bien en la historia clínica parece el término “embarazo prolongado” la misma persona que lo consigna escribe en otro acápite “embarazo post fechado” siendo este el término correcto.

La encefalopatía hipóxica isquémica no cuenta con sustento en la historia clínica.

Confirma que es su firma y sello los que están en el folio 79.

La inducción del parto para la paciente fue adecuada, motivo por el cual se mantiene esta conducta luego de que el anterior ginecólogo que la ordenó acaba su turno.

La frecuencia cardiaca de 120 es normal.

Existen muchas patologías congénitas que pudieran explicar lo sucedido con el bebé. Estas patologías pueden evidenciarse cuando son groseras como una cardiopatía, pero si son sutiles se descubren solo con el transcurrir de los años.

Si hay mucha disparidad en las valoraciones que hacen los médicos, se corrobora.

Considera que la Dra. Manzano es una persona idónea.