

Bogotá D.C. 29 de octubre de 2024.

DESPACHO: JUZGADO TERCERO (3°) CIVIL DEL CIRCUITO DE
GUADALAJARA DE BUGA
REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 76111-31-03-003-**2022-00069**-00
DEMANDANTE: KAREN TATIANA RODRÍGUEZ CUARTAS Y OTROS
DEMANDADOS: FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA O.C. – AXA
LLAMADA EN GTIA: COLPATRIA SEGUROS S.A.
AUDIENCIA: AUDIENCIA TRÁMITE Y JUZGAMIENTO ART. 373 C.G.P.

AUDIENCIA ART 373. C.G.P. 28 DE OCTUBRE 1:30 P.M.

Se reconoce personería jurídica para actuar en calidad de apoderado sustituto de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA O.C. y de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

TESTIMONIOS MÉDICOS

• **TESTIMONIO TÉCNICO JULIO CESAR OBANDO CHAVES**

Médico general, médico pediatra y trabaja desde 1992 con unidades de recién nacidos

- Una cosa fue lo que paso en buga y otra en farallones. Nos llega paciente a farallones por situación consecuencia de lo de buga. paciente cuando está asfixiado el manejo respiratorio neurológico es manejo de alimentación, nos remiten para procedimiento que se llama gastrostomía que es pasarle sonda a estomago para alimentarlo por esa vía pues no se puede alimentar por boca pues se bronco aspira y puede morir, motivo de remisión es gastrostomía y devolverlo a institución que creo que es lo que se hizo. Yo solamente hice ingreso no se que paso en trascurso de hospitalización y se devolvió para institución. Hasta ahí llegamos.

PREGUNTA DESPACHO

PREGUNTA: Tuvo oportunidad de recibir paciente de estudiar la historia clínica de cuando estuvo en el vientre materno

- No porque estos pacientes llegan con remisión que es resumen de historia clínica y prácticamente lo que se plasma es hijo de madre, gestación sin antecedentes patológicos que durante gestación reporta exámenes se realizó inducción de parto por embarazo post termino y nace en hospital san José de Buga según nota de remisión con evento de asfixia perinatal severa. El proceso de reanimación por lo que infieres bueno, lo que hizo pediatra fue adecuado para mantener paciente vivo para aumentar apgar, al parecer hay broncoaspiración de meconio, es factor adicional, el bebe se había meconiado in útero y eso es un hándicap para su proceso. Posteriormente requiere ventilación invasiva, soporte inotrópico y segunda tos de historia paciente con cuadro convulsivo en primeras 25 horas de vida. Causa de remisión era tubo por el estómago para alimentación y con terapia se supone que tenía que mejorar la alimentación. Esa es la historia que puedo decir.

PREGUNTA: Despacho comparte pantalla – nos puede decir o explicar porque se puede presentar está situación o se puede explicar porque el proceso de parto termina siendo traumático para el bebé, tiene alguna idea en su experiencia que nos puede decir

- Lo que puedo decir es elucubración puedo decir que una buena monitoria en trabajo de parto se están controlando contracciones, frecuencia fetal, antes durante y después de contracciones para mirar cómo se comporta con contracción, muchas veces hay variabilidades sin problema u otras que pueden llevar a decir que hay algo, hablo desde mi experiencia como persona que atiende muchos bebes asfixiados. Ya con nuevas modalidades tenemos muchas cosas para hacer para mejorar evolución, ahí dice que está meconiado, es saber si rompieron membranas I saber o fue después, mecánico puede llevar a signo de asfixia y lo otro no se si en historia clínica un bebe de estos nace es fundamental hacerle gases arteriales para mirar si era agudo o es algo que ya venía con el tiempo uno se da cuenta porque procesos agudos pacientes hacen depresión cerebral porque apgar no está tan comprometido, aunque acá puede ser subjetivo, por lo que veo este fue paciente asfixiado.

PREGUNTA: La expresión sospecha de enfermedad de depósito mucopolisacaridosis que es

- Estas son generalmente enfermedades que se manifiestan posteriormente con compromiso cardiaco encefalopático sobre todo en corazón depósito de sustancias tóxicas, pero diría yo que son enfermedades raras, pero no tienen que ver con asfixia. Si la tuvo era algo por lo

que venía, pero no tuvo que ver con asfixia. Ahora si la tiene o la tuvo + la asfixia no es un buen matrimonio pues iban a llevar al posible fallecimiento de paciente.

PREGUNTA: A pesar de ser enfermedad huérfana no tan frecuente de tratamiento difícil y escaso pone usted esa sospecha dentro de renglones principales

- Ese punto es seguro después cuando lo vio dra Carmen Eugenia Solorsano que fue reingreso a los 3 meses, ya paso todo estoy empiezan a mirar otras cosas, si ve evolución dice Carmen elena, es otro ingreso que tuvo, el mío fue al mes y piquito este ya es a los 3 meses y algo, no podría decir nada ya es de unidad pediátrica, unidad que ya desapareció y ella hizo ingreso me imagino, yo no sé nada ahí.

PREGUNTA: Ella es peditra

- Si especializada en cuidado intensivo

PREGUNTA: Ahora refería que ese tipo de padecimiento esa suerte de enfermedad huérfana de depósito mucopolisacaridosis no es necesariamente forma de asfixia

- No tiene nada que ver, yo puedo asfixiarme, pero no tiene relación puedo tener problema genital pero no tiene que ver con asfixia son eventos diferentes.

PREGUNTA: Dejando claro que esa nota no es propiamente suya de acuerdo con su saber y experiencia informe a está audiencia un poco más características de este depósito en que consiste que efectos malos tiene

- Son enfermedades de depósito son varias es grupo de enfermedades, hay un monto de enfermedades dentro de ese grupo que se caracterizan por producir depósitos de sustancias en el corazón muchas veces y en el cerebro pero los dos órganos donde van a funcionar son eso dos, es evolutiva involutiva, el paciente va en deterioro uno trata de mantenerlo pero repito no son de buen pronóstico pero últimamente ha salido mucho manejo, yo no manejo esas enfermedades, normalmente se manejan desde genética y ellos dan tratamiento, uno sabe generalidad pero no manejo específico. Son rarísimas creo que abre visto en mi vida dos o tres no más.

PREGUNTA: Cuando habla que son enfermedades de depósito que afectan órganos blancos dicen que en general cuando se presentan puede ser en corazón o cerebro, quiere decir que hacen lregar materia organiza que no debe estar y los van dañando

- Van dañando completamente funciones básicas

PREGUNTA: Para dejar el tema de la sospecha respecto de su naturaleza según entiendo yo no

tiene que ver con parto, puede darse independientemente de circunstancias o se pueden desarrollar con parto

- No tienen nada que ver, se causan por genes que se trasladan de padres a hijos, son genéticos hace que encima no funcionen bien o no sean las necesarias, causan acumulación de material que causa problemas.

PREGUNTA: Aunque no puso nota sin embargo dra luego de un tiempo puso esa sospecha puede decirnos algo de acuerdo a experiencia diálogos con ella, percepción valida porque eventualmente sospecha de enfermedad tan escasa tan huérfana y destructiva

- Nunca hable con ella, se que trabajaba allá, relación social pero no e pacientes.

PREGUNTA: En registro médico está que paciente tuvo hipoxia, déficit de oxígeno que llegase al cerebro para funciones vitales, sin embargo en historia del parto y preparto se hacían mediciones de gases de frecuencia cardiaca de bebé y bienestar de la madre creo que lo llaman monitoria completa materfetal, la cuestión ahí seria dada su experiencia y conocimientos usted recibe con frecuencia bebes recién nacidos con dificultad de oxigenación en el parto

- Si, es mi área y el trabajo mio es de resultado, me entregan un bebé y seguirá bien y si llega mal debo sacarlo adelante lo más que pueda. Ahora en este caso porque paso hay que mirarlo, este paciente no se si fue parto o cesárea entonces ver parto como fue, como fue atención que usted ya tiene que mirar.

PREGUNTA: usted es el primer neonatólogo que viene a declarar y rogamos nos explique consecuencias para el ya nacido que va evolucionando que debería respirar por si mismo nacer asi tan grave nacer practicamente muerto por encefalopatía con hipoxia expliquenos como es

- A uno le dan un producto y uno debe saber que hace con el producto, en este caso la primera buena índice que tuvimos ver el apgar que va para arriba quiere decir que se hizo buen trabajo desde reanimación, el apgar muestra que mejor que a los 10 minutos ya estaba con 8 de apgar, quiere decir que ya hay buena vitalidad, con eso uno pasa a ese bebe a unidad de recién nacido, ponerlo en su incubadora va a tener líquidos se mira frecuencia cardiaca presión arterial porque cuando pasan esas cosas corazón y cerebro debo funcionar corazón si tengo buen bombeo va a haber menos daño, si no hay buen corazón el paciente va a presentar sintomatología como convulsiones hipotonía, ya daño cerebral. En estos momentos 2024 yo hago todo eso e inmediatamente activo o llevo a hipotermia, en este caso se duerme el cerebro metabólicamente para que se enlentezca y no gaste más de lo que debe para que se relaje y después de 48h lo vuelve a calentar y mirar con que va a quedar eso es lo que normalmente debe hacer, pero hablamos de un si9tio que tenga todas las características clon está metodología si no se tiene, se debe mantener en el mejor

confort, buena oxigenación mejorando oxigenación y si comienza a mostrar síntomas de encefalopatía toca comenzar anticonvulsivante, tenemos más armamento para poder funcionar con estos pacientes.

Antes era quedarme con el pate, pero repito el daño no es causado por algo que se hizo malo, algo ya venía y uno lo deja en la mejor condición posible.

PREGUNTA: Nos habla de que observo protocolo o procedimiento exitosa en la cual bebe tenía bajos índices y fu ganando mejor entiendo que de gases

- El apgar, eso tiene puntaje lo normal es de 8 a 10 de ahí pa abajo puede haber problemitas y por debajo de 5 uno de los criterios diagnóstico de asfixia es apgar de 5 a los 5 min o debajo de 5, ese es uno de los diagnóstico, ahí decía que 6, si fuera por apgar no seria, pero esto es subjetivo tengo otras cosas para valerme, entre esas gases arteriales, si tengo gases con ph menor a 7.1 eso me ayuda, un ácido láctico elevado, uno dice tengo apgar bueno pero gases malos asi que me caso con gases y me dedico a trabajar con paciente. Tengo que sopesar de mis pruebas para tomar conducta y definir, equivocándome siempre a favor y no en contra.

PREGUNTA: Retomando pregunta, dice que observo buen procedimiento en neonatología

- Infiero, no estuve pero con ese dato dice algo bueno se hizo, eso es lo que puedo inferir.

PREGUNTA: Dejándole claro que en ningún momento es demandado ni nadie dice que tiene responsabilidad desde punto de vista de pediatría temprana neonatología y demas repásenos resumidamente como recibe paciente y cuando da salida como lo devuelve para comprender esa evolución en salud del niño que a la sazón se observa que nunca fue plena.

- Uno normalmente llega al final, a uno le encantaría estar prevenido, pero a veces no se hace, a uno lo llaman de ultimo al baile, se pregunta es a termino, tiene factor de riesgo, respira o no respira todas esas cosas son importantes para ponerse a la contención. Cuando estamos en parto o cesárea lo primero que hago es limpiar secreciones y tengo la experiencia de 35 y 40 años, si el bebe lo coge a uno lo aprieta, cuando meto dedo a la boca y lo veo blanco tengo que hacer algo, uno ve el tono del bebe uno lo ve con tono o como un trapo. En nacimiento de bebe se seca se aspira el está con cordón más o menos 45 seg pasándole sangre para que haga perfusión y es algo que se hace más o menos 5 o 7 años que es mejor hemoglobina para que bebes a los 3 meses no hagan anemia, si paciente tiene problema de base cardiaco o asfixia si puede dar chance. Si paciente está bien se pasa a mamá se le llama atención personalizada de parto, uno juega con bebe con mamá que tenga contacto piel a piel y después pasa a secarlo examinarlo de punta a punta, mirar que todo este bien, meter sonda por el ano meter sonda por el estómago ver que no haya nada. Uno

lo deja tranquilo se hacen ordenes ese paciente a las 24H pasa a verlo si comio hizo popo bajo de pesos se dan recomendaciones y en 4 dias nos vemos en consultorio. Asi hace uno con bebé. Ya después control mes en adelante es la normalidad de manejo de recién nacido.

Cuando no, lo reanima uno, cuando le dicen que viene bebe asfixiado uno llama enfermera lo baja busca medicación, entonces todo eso tiene que preverlo ellos bajan con incubadora, equipo de reanimación, alísteme tubos, todo listo, cuando nace bebe no es sino decir deme esto o aquello, todo es de una y el personal debe estar capacitado para todo este tipo de emergencias.

PREGUNTA: Pregunta versaba sobre este niño como lo recibe como da el alta

- Desde el punto de pediatría se hizo lo que se tenía que hacer para mantenerlo.

PREGUNTA APODERADO PARTE DEMANDANTE

PREGUNTA: Como indico despacho se trataba de un niño que estaba bien y a momento de parto tiene está situación, de acuerdo a su experiencia aspiración de meconica, hipoxia, asfixia perinatal como se relacionan

- Cuando paciente está sufriendo in útero por cualquier causa, el bebe comienza a hacer jadeo, el bebe se defeca, al defecarse y hacer jadeo se lo traga, se puede ir a estomago o pulmón, es una de las consecuencias cuando hay asfixia que salga meconiado y posiblemente broncoaspirado, ahí dice que paso eso, uno tiene que estar preparado para esto, me pone a elucubrar de la parte del trabajo de parto final yo no puedo decirle nada de lo que pudo pasar puedo armar 20.000 películas con el mismo resultado, es un trabajo que ustedes en su saber y entender tendrán que hablar, monitoria debe ser continua hasta el final ver contracciones frecuencia cardiaca, todas esas cosas para saber si hay factor que haga pensar que paso lo que paso. Ahora, meconio, una cosa es que llegue a 10 de dilatación rompa membrana y salga meconio, otra que rompa fuente en 5 de dilatación y después se meconio, pero repito es tema por otro lado, puedo decir algo pero no puedo decir que es lo que es.

PREGUNTA: Recopilando lo que nos manifestó sufrimiento in útero se entiende que dr Luis Alfonso diagnóstico sufrimiento fetal, este sufrimiento es lo mismo

- Si claro, in útero es que está adentro ya cuando sale y ve la consecuencia es asfixia. Tenía signos indirectos de sufrimiento fetal, meconio, si estaba desacelerando o no, pero no puedo decir más.

PREGUNTA: Tomando apunte de lo que manifestó dice que monitorias deben ser continuas porque puede pasar algo, le pregunto monitoria continua hasta final del parto detecta estos sufrimientos in útero

- Podría, no digo al 100% pero podría, no solo es aparato que se pone en abdomen, hay que mirar varias cosas, monitoria es ver cuantas contracciones tiene en 10 min, medir frecuencia cardiaca fetal, tiene variabilidad dentro trabajo de parto, hay que mirar si frecuencia baja después de contracción, tienen que verse un monton de cosas. Ahora, continuo que de hacerse durante las 9 horas de trabajo de parto, no estoy diciendo que haya pasado, continuo debe ser que todo el tiempo se esté monitorizando

PREGUNTA: Respecto a deber de monitorear continua, esto incluye expulsivo

- Podría, de hecho hay pacientes que tiene monitoria en trascurso de parto pero en cada contracción hay que seguir frecuencia. He visto pacientes que todavía tienen monitor. Es el recurso que a veces falta no sé que paso en este caso.

PREGUNTA: Teniendo en cuenta que 20 min antes de expulsivo se registra el último reporte en 20 min se puede causar hipoxia o asfixia.

- Si claro, en 20 min pueden pasar cosas tiene que ser trabajo meticuloso, si hay dato de hace 20 min hubo 20 min de silencio no podemos decir nada, repito el meconio cuando paso.

PREGUNTA: Se refirió a sospecha del síndrome mucopolisacaridosis y explico que era como especie de niños que nacen con down o asi, dr julio el desencadenante de condiciones críticas de este bebe dice que no tiene que ver asfixia con este síndrome entonces nos puede decir si está asfixia genera condiciones neurológicas

- Si, asfixia produce eso.

PREGUNTA: Es decir el síndrome del bebe no tiene relación con asfixia

- No tiene anda que ver, es condición con la que venía, es condición que tiene que se va ir poquito a poco desarrollando y causando problemas. Bebes a veces nacen sanos y después tienen el problema. Las enfermedades huérfanas dan sintomatología tardíamente.

PREGUNTA: Expulsivo prolongado lleva a mayor riesgo de asfixia

- Si, se demoran más del tiempo, se llama prolongado si va en mas de tres horas, da chance de que pueda haber algo de asfixia, en el canal del parto se este metiendo la cabeza, entre

más rápido lo haga menos chance tiene de que se asfixie pero si se queda ahí pegado y mamá no puja imagínese. Si se está alimentando por vasos sanguíneos pero si es expulsivo prolongado y eso podría, no puede, podría, no puedo hablar categóricamente pero podría pasar, no puedo decir que no.

PREGUNTA: Manifestó concepto de equivocarse a favor del paciente cuando hay estos expulsivos prolongados se puede decir que con mayor razón hay necesidad de monitoreo hasta el final

- Si señor, para minimizar riesgos.

PREGUNTA: Aquí hubo declaración donde médica general nos dice que atendió parto porque ginecólogo estaba en otras consultas, nos puede mencionar si estos partos son indicados que los atiende médica general

Hace 13 años hace 20 años médico general capacitado para atender partos, uno trabajaba con médicos generales que eran casi ginecólogos y atendían bien, los trabajos de parto complicados o de alto riesgo deberían ser atendidos por ginecólogo, pero depende complejidad que se maneje. Lo que se hace es categorizar trabajo de parto y en base a eso ginecólogo dirá al asistencial que partos va a estar pendiente y si ve que hay algo malo obviamente deben informarle para tomar medidas.

///

PREGUNTAS APODERADA HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

PREGUNTA: Solicita exponer folio 79 de historia clínica – Mala dinámica uterina y mal pujo – a las 6:15 está paciente de acuerdo con registro de historia clínica aparece con mala dinámica uterina mal pujo frecuencia cardíaca fetal de 120 por min y se refuerza con oxitocina, 12 min después aparece nota de parto dice encefálica se obtiene producto sexo masculino no vigoroso laringoscopia escaso meconio el cual se aspira pinzamiento del cordón, le pregunto, 12 minutos de expulsivo se considera un expulsivo prolongado

- No, es el de más de 3 horas por la nota no parece expulsivo prolongado

PREGUNTA: Ese tiempo que transcurrió de 12 mins según literatura se considera como expulsivo prolongado

- No

PREGUNTA: Solicita exponer folio 79 de historia clínica – aparece que se aspira escaso meconio y en el pdf 90 en nota del 22 de oct de 2013 donde se hace rayos x de torax y dice no hay datos compatibles con neumonía, neumotórax y aspiración de meconio, tubo orotraqueal alto se introduce de 5 cm gases arteriales de buen ph, si no hubo broncoaspiración de meconio con relación a estos rayos x se pudo asociar que hubo asfixia por broncoaspiración con este resultado

- No porque no hay broncoaspiración, dice que aspiro no sabemos si fue a estomago o solo a cavidad orotraqueal si radiografía no me muestra infiltrados no hay meconio en pulmón, cosa buena.

PREGUNTA: A renglón seguido enseñó radiografía en donde dice que no es compatible con neumonía ni neumotórax ni aspiración, hubo o no encefalopatía por broncoaspiración

- No porque no hay broncoaspiración, esa no fue la via

PREGUNTA: Solicita exponer folio 91 de historia clínica – aquí hay gases arteriales usted refería que cuando hay hipoxia médico debe evaluar lo que observa en bebe y debe ver gases arteriales, esos gases arteriales se tomaron a las 12:30, hay uno anteriores a las 7:59 am exactamente le voy a decir resultados hay ph de 7.026,

- Si recuerdan lo que dije cuando hable de asfixia ms o menos apgar debía ser de 5 o menos en 5 menos, pero ahí observo acidosis excesiva, exageradamente consumido, eso es unos gases de una asfixia, esos gases iniciales son diagnóstico de asfixia definitivamente

PREGUNTA: Solicita exponer folio 91 de historia clínica -gases de las 12:30 – ph de 7.3

- Está sigue todavía muy barrida, de oxígeno está muy oxigenado y bicarbonato está en 13 si ve anterior está en 4 punto y pico, estos gases son lejos muchos mejores que los primeros, o sea que ha habido respuestá al tratamiento.

PREGUNTA: Decía que para hablar de proceso de expulsivo complicado laborioso y que se manifieste que tiene que haber problemas en ese proceso expulsivo o que tuvo necesidad de llevarse a cesárea en este caso no sucedió nada de esto, el proceso fue normal, pero finalmente el producto sale con hipoxia cerebral, es posible que se haya presentado una noxia fetal que no pudo tolerar el bebe en proceso expulsivo.

- Si hubo una noxa porque resultado fue asfixia, no lo tolero

PREGUNTA: Que pudo generarlo, que pudo pasar con este bebé

- Recuerden cuando les dije que uno de motivos de expulsivo prolongado es que la mama no pujaba, ahí está escrito usted lo mostro dra.

PREGUNTA: Pero es expulsivo rápido

- No sabemos, yo puedo hacer nota posterior, no se si la nota es en tiempo real o no en tiempo real porque no se circunstancias, mire que son muchas cosas que tiene que elucubrar si ustedes ven ahí el punto pero la nota está con horario y eso pero ese es el horario que era ¿? la nota coloco que la mama no puja, eso deja pensando si es factor agravante o coadyuvante, a posteriori las cosas se deben interpretar pero allí muestra eso y podría ser todo tiene que ser hipotético de ser ese un factor que pudo haber sido, también favor de que no había buenas contracciones y que le colocaron 3 unidades, que funcionaron bien porque en 15 min lo saco. Repito es difícil elucubrar, pero son factores que pueden estar agravando la situación o mejorándola de acuerdo a lo que esté buscando.

PREGUNTA: Hablaba de posible depresión cerebral neonatal ya que hablamos del tema de la sospecha esa nota que hizo la dra un tiempo después de sospecha de enfermedad de deposito mucopolisacaridosis y hablaba que es de origen genético, las alteraciones sintomáticas, cromosómicas metabólicas posible enfermedad puede de alguna manera incidir en esa pobre respuestá que tuvo este bebé en el momento del expulsivo, este proceso es estresante esto pudo haber incidido en su pobre respuesta

- Si me muestra ecocardiogramas podría decirle que si pero si no me muestra nada no se, no se si en historia clínica en buga le hicieron todo, de donde salio diagnóstico eso apareció ahí si durante hospitalización se hizo diagnóstico os e confirmo y está claro o si paciente fallecio de eso no se, no puedo decir nada hasta donde se no había enfermedad. ya le dije que son dos cosas diferentes pero no es que la enfermedad ataque el bebé eso es de larga duración muy tórpida hasta que al final se hace el diagnóstico eso puede ser a los tres meses 5 meses que tan rápido se da. paciente venía descompensado por asfixia pero no por el problema si es que lo tuvo.

PREGUNTA: Solicita exponer pdf 148 – guía de atención de embarazo prolongado aportado por parte dte sin fecha de publicación – pero algo sobre lo que ha girado está discusión es que estamos frente a embarazo prologado usted hacia explicación a pregunta que le hacía apoderado demandante sobre si estábamos frente a embarazo prolongado, de acuerdo

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", "posfchado", "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.

Continua pregunta: De acuerdo con su conocimiento y su experiencia en atención de este tipo de pacientes un embarazo de 41 semanas de gestación se considera prolongado.

- Según eso No

PREGUNTA: Segun su experiencia

- Si, pero le indico que atender un embarazo de 40 semanas en raro, ahora hay un día mágico de 38, 40 es raro, 41 no los he llegado a ver a 40 semanas ya los estan induciendo, pero repito aquí no sabemos porque diagnóstico es por eco y no por fecha última de menstruación. La última menstruación 40,6 semanas y por eco 41 40,6 a 41 semanas es un día

PREGUNTA: Todo niño que nace con aspiración de meconio y caso de meconio en vias aéreas altos necesariamente se considera hipoxia para el bebé es igual

- No, una cosa es tener apgar bajo y meconiado pero si tengo apgar bueno y está meconiado no es asfixia, paciente no está comprometido, uno lo que hace es aspirarle limpiarle estomago y ya, pero uno no está pensando en asfixia por meconio. En ningún momento asfixia si le tomo gases al nacer y me muestra un PH de 7 y está meconiado está asfixiado.

PREGUNTA: Preguntó si durante proceso de expulsivo y ya vimos en historia clínica que está determinado que paciente a 6:15 hace especie de estación y alas 6:27 hay parto y en ese lapso de tiempo el médico tiene maniobra es decir, puede hacer algo que impida que bebé haga proceso hipóxico

- Podría es decir hay maniobras descritas como colocar paciente decúbito lateral para mejorar sangre, poner oxígeno a mamá son cosas que pueden disminuir riesgo y agilizar parto

PREGUNTA: Cuando paciente y bebé no estan mostrando sintomatología que hagan preveer a médico que está pasando algo en es expulsivo que puede hacer el médico

- Pues esperar a que bebé salga sino tiene ningún dato que diga que bebé está mal no hace nada.

/////

--- DESPACHO ANUNCIA QUE DEBIDO A LA PARTICULARIDAD Y COMPLEJIDAD DEL CASO ES PROBABLE QUE SE FIJE FECHA CERCANA PARA PROFERIR DE FALLO ORAL ---

- **TESTIMONIO TÉCNICO DR. LUIS ALFONSO MENDOZA TASCÓN**

Médico (1990), pediatra (1998), neonatólogo (2000) y magister epidemiólogo (2010)

PREGUNTAS DESPACHO

PREGUNTA: Indíquenos que sabe al respecto

- Recuerdo el caso del niño detalladamente no sino lo que describimos en historia clínica recuerdo vagamente nacimiento, nace deprimido hubo necesidad de reanimar aunque tuvo respuestá muy buena después de reanimación como reposa en historia lo hospitalizamos cerca de las 7:00 am luego procedimos a hacer procedimientos a niños críticos complicados, cateterismo vasos del ónfalo y conectarlo a ventilación mecánica, estudios ayudas diagnóstico pertinentes e iniciar terapia descrita en la historia.
El niño evoluciono a parte del impacto o evento neurológico evoluciono con compromiso de algunos órganos, respiratorio uno, renal otro pero al final tuvieron mejoría clínica sin embargo parte neurológica quedo con compromiso que no le permitió comer como comen todos los recién nacidos con mecanismo de succión y deglución por lo que empezando diciembre se remitió a otra institución de salud para que fuese valorado por equipo multidisciplinario y instalara manejo de alimentación por gastrostomía.

PREGUNTA: De repente al usted atender el niño recién nacido allí en san jose usted va haciendo lectura de historia clínica se sobreentiende que lo primero es atender a bebe pero tambien va consultando datos registrados para saber monitoreo materno fetal

- Nosotros en primer momento, ojala si uno llegar antes, pero específicamente para este caso nos llaman, atendemos urgencia y posteriormente después de atender recién nacido hacemos historia clínica ahora la parte de valorar detalladamente historia materna nos Tocoa después inclusive reunirnos con obstetricia para dilucidar que pudo haber, que llevo a ese compromiso neurológico y sistémico pero decir que uno hace evaluación de toda

historia clínica en momento agudo de atención es imposible, uno a veces impresiones diagnóstico que coloca inicialmente obedecen a impacto de hallazgos al ojo o al examen físico que uno tiene en el neonato.

PREGUNTA: HC FL 24 – se consignan algunos datos dice post termino podría explicarnos

- Ahí nos faltó un término que no lo tenemos nosotros como factor de resiego que es termino de postdatado, aclaro el termino post termino neonato de 42 y + semanas de gestación, para este caso este niño debe ser clasificado como posdatado independiente que en historia clínica hayamos escrito post termino, en este niño no, inclusive después ponemos recién nacido a término 41 semanas.

PREGUNTA: Se refiere dos elementos que no están claro en monitoreo antes de expulsivo, el de las primeras etapas del parto aquí se consigna sufrimiento fetal agudo y se habla de meconio espeso

- Este término de sufrimiento fetal agudo era termino que usábamos hace mucho tiempo y lo que pasa es que dentro de impresiones diagnóstico había supuesto de que toda asfixia prenatal iba precedida de evento y ese terminaba en sufrimiento fetal agudo, pero después de revisar historia clínica materna de todo lo que paso n fase latente, fase activa no encontramos un dato que sustente que apoye el diagnóstico de diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, hubo algo que impacto al neonato pero incluso hoy en día hay publicación que está en anales de pediatría del año 2005 donde precisamente este término es descrito como impreciso e inapropiado por eso de ahí sale recomendación del que hoy en día usamos o usa ginecología que es estado fetal no satisfactorio, cuando revisamos historia no encontramos dato que corrobore primera impresión diagnóstico que fue que hubo un sufrimiento fetal aguda. Respecto a meconio espeso era niño impregnado completamente de meconio cuando se hace proceso de intubaciones se hacen vías aéreas altas pero después de que se aspira un poco más allá de las cuerdas no se confirma presencia de meconio incluso radiografía que tomamos ese mismo día no encontramos hallazgos en imágenes que fueren compatibles de aspiración meconial que es una de complicaciones + importantes que puede tener paciente.

PREGUNTA: Se habla en historia de encefalopatía hipóxica como que algo sucede en su sistema nervioso por baja significativa de oxígeno podría explicarnos lo que recuerde del caso para que la aud comprenda

- Si, lo que pasa en que encefalopatía natal tiene múltiples causas una de ellas es hipóxico isquémica es decir, algún evento ya sea materno por ej hipotensión, placentario ej abrujo placenta, del feto ej feto grande, del cordón pj enrede en cuello o mala posición, cualquier evento de esos puede estar asociado con baja de oxigenación que parte de sangre materna

a través de cordón llega a recién nacido y efecto de hipoxemia relativamente prolongada puede desencadenar en recién nacido una encefalopatía pero cuando uno revisa está historia clínica uno busca donde está la causa que eventos han podido haber ocurrido que pudieran llevar al recién nacido a una encefalopatía de tipo hipóxico isquémico y no se encuentra explicación. Se alcanza a evaluar en historia materna haya adecuada monitoria con registros adecuados y quizá el evento que pudo afectar recién nacido estuvo en la parte final pero sería especulación mía. Debe tenerse en cuenta que hoy en día nos están recomendado a neonatólogos que no abramos paraguas solo hacia encefalopatía hipóxico isquémica y que diagnóstico que sugieren sea encefalopatía natal y en evolución vamos aclarando que factores o eventos llevaron a neonato a esa afectación neurológica, encefalopatía hipóxica isquémica tal vez nos e ala única precipitante de afectación neurológica, pero fetico en propio parto, todos los partos son en si estresante y producen cierto grado de hipoxia en recién nacido, pero pueden haber patologías algunos factores propios del recién nacido y esto lo describe el artículo que menciono por ej describen enfermedades genéticas y anomalías genéticas y otros factores que pueden precipitar a evento como el que tuvo este paciente.

PREGUNTA: Para precisar pregunto puntualmente, las anotaciones se basaron en que

- Esa hoja la hacemos en momentos posteriores a nacimiento de recién nacido las historias no las hacemos horas después porque necesitamos paso administrativos, por ej tengo que tener historia para ingresar al niño y actuar, ese diagnóstico post termino es diagnóstico cuando se revisa ahora es impreciso e incorrecto nuestro, tal vez fue aspecto que nos dio, pero cuando se revisa historia clínica materna, asi como examen físico tenemos unas escalas como es balar y Capurro que nos permiten acercarnos a edad gestacional por eso es que en evoluciones posteriores se encuentra recién nacido de 41 semanas que para la época y hoy en día es clasificado como recién nacido a término y lo de sufrimiento fetal tambien es imprecisión de nosotros porque definitivamente no hay dato, o se que demuestra hipoxia fetal, toca obtener sangre del feto y ver acidosis pero cuando se revisa cardio topografía de historia materna en ninguna parte hay datos consistentes con sufrimiento fetal. Meconio espeso si había y había meconio en parte alta que recuérdese que empieza en fosas nasales y cavidad oral pero aspiración nos e confirmo ni con clínica porque evoluciono satisfactoriamente desde punto de vista respiratorio.

PREGUNTA: Dada su experiencia recibiendo bebes recién nacido de parto a unidad de neonatología allí en san jose que causa que elemento o experiencia le indica pudo haber generado está especie de resultado sorpresa, es decir el bebé nace prácticamente muerto, bebé venía bien entocnes en esa fase del expulsivo que ocurre según su experiencia

- La experiencia es la parte más importante que se siente en asistencia, en este recién nacido muy difícil y le podría decir o imposible determinar cual fue la causa que llevo a que el niño tuviera este compromiso neurológico y sistémico, porque revisando historia no hay evento centinela que a uno le diga esto fue lo que paso y que llevo a que niño estuviera expuesto a hipoxia y que hipoxia condujo a compromiso. Ahora, uno que lleva tantos años hay diferentes patologías que hacen que niño nazca deprimido, por ej niño con neumonía o sepsis puede nacer en estas mismas condiciones y hasta meningitis, aquí nos e confirmo proceso infeccioso radiografía no identificaba neumonía, madres con colestasis infecciones activas como urinarias, de placenta pueden tener compromisos de neonato al nacer, restricción de crecimiento, este niño tenía peso adecuado en percentil 20 no hay factor en la madre identificado en la gestación o en la placenta en el feto en su momento que diga algo está pasando y en lo que alcanzamos a revisar en historia no hay efecto centinela para poder decir esto fue lo que llevo a neonato a ese estado en el que terminó. Para eso me fui a averiguar literatura y me encuentro que literatura menciona claramente que solo minoría de neonatos con encefalopatía hipóxica tienen evento centinela documentado, es decir, claro para poder definir que paso, gran parte de elementos que ocasionan eventos uno a veces no los puede definir, pueden haber unos grandotes, abrujo, placenta previa, shock en mamá, proceso infeccioso importante, sin embargo hay literatura que indica que hasta en 70% de casos no se encuentra evento que llevo a proceso, creo que esto pudo ser porque no se descartan otras posibilidades diagnosticas que no se si posterior se evaluaron como problemas genéticos mitocondrial, enfermedades de depósito, alguna que se haya estudiado como causante del compromiso severo, a mi me llamo la atención que todos los órganos recuperaron pero impacto neurológico fue muy importante.

PREGUNTA: Observa usted desde su conocimiento experiencia y historia clínica que por parte de ginecoobstetricia y medica que atendió hubo algún factor faltante, medición, intervención algo que de acuerdo con estado del arte de medicina para 2013 hubiese arrojado alta probabilidad de que bebe no hubiese tenido ese compromiso

- Yo eh tenido oportunidad de trabajar aquí fui de los que abrió unidad de recién nacido he podido asistir a cerca de 10.000 niños y de ahí pa atrás muchísimos, no los atiendo todos yo, pero sin en mi vida he podido estar en mucho nacimiento y respecto a compañeros que trabajan en parte obstétrica, son idóneos, soy coordinador de área de recién nacido y no he puesto primer queja por mala atención que uno diga aquí falto algo, respecto a este neonato no encuentro algo más que s hubiera podido hacer, creo que se hizo, es una señora con edad gestacional de 41 sem, creo que llevo un día antes de 41, bebe nacio de 41 sem, entiendo de valoración obstétrica era pertinente terminar con embarazo sobre dos vias, vaginal o cesarea. La cesárea no es evento inocuo soy de los que no estoy a favor de cesáreas que no tienen indicación claro porque he tenido que tender neonatos de cesáreas programadas y no el 100% nace en buenas condiciones, siempre anestesia materna tiene

su complicación, en este caso no soy perito pero lo que cabe a mi ojo o conceptos y conocimientos no, decirle que falto hacer algo seria injusto, su trabajo lo hicieron bien.

PREGUNTA: De acuerdo a conocimientos del caso, se puede considerar que embarazo tenía indicativo claro para estado de medicina para literatura médica de 2014 como embarazo de alto riesgo, usted observa algo así

- No, decirle que sea embarazo de alto riesgo y que debía terminar en cesárea no, yo si mantengo en mi mano porque soy critico cuando se hacen cesáreas sin indicación clara porque ponen en riesgo la madre y donde no hay que hacer intervención es mejor no hacerla, mejor vía y de menor riesgo es vaginal. Si reviso todo lo que lleva alto riesgo a mama y feto en está señora yo en lo que alcanzo a ver no la podría clasificar de alto riesgo, uno revisa literatura, indicaciones necearías, a mino me quedaría indicación clara para llevar cesarea. Si está señora hubiera tenido indicación el médico no se arriesga a atenderla por vía vaginal. Nosotros como equipo médico a minimo riesgo de feto o madre y que cesárea sea mejor vía de opcion esa es la conducta que tomamos.

PREGUNTA APODERADO DEMANDANTE

PREGUNTA: Anterior médico con misma especialidad indico que síndrome mucopolisacaridosis tiene nexos con hipoxia

- Están son anomalías de cumulo de productos del metabolismo, relación con hipoxia no. Pero si paciente teniendo otro trastorno que no se conoce porque algunos son de transmisión en conjunto con estrés de nacimiento, no digo parto, sino tambien por cesárea, el nacimiento por vía vaginal es más natural y más facil, una cesárea es bastante compleja extracción porque es antinatural y es donde mas riesgos hay. No se si directamente sea asociado con encefalopatía, pero cualquier otro trastorno que hubiese podido tener bebé si puede volver más susceptible a un niño de no tolerar hipoxia natural normal al nacimiento. Esto puede pasar tanto en vía vaginal como cesárea porque por cesárea extracción es igual de traumática y de exposición a periodo de hipoxia en recién nacido. Trabaje tambien con julio en clínica farallones, pero nos e mucopolisacaridosis fue gatillo junto con estrés de partir que hubiese generado no tolerancia y hubiesen impactado a recién nacido.

PREGUNTA: Pero para concreta que mucopolisacáridos es defensa de demandada, usted comparte esa opinión

- Son dos cosas distintas, pero si puedo decir que cualquier factor externo de base puede condición que no tolere trabajo de parto y que sea más propenso a hipoxia, lastimosamente muchas veces uno se da cuenta de eso cuando tiene bebe en brazos.

PREGUNTA: Manifiestá usted que hubo adecuada monitoria en hospital, de acuerdo a su aseveración nos puede indicar cuantas monitorizaciones s ele hizo a gestante y cual fue previa al parto

- Creo que fueron dos las que alcance a revisar, la última no recuerdo la hora pero ambas no llevaban a estado fetal no satisfactorio + registros de enfermería del hora a hora. Por eso hago referencia a que lo que alcanzo a leer y como neonatólogo interpreto no se que es bueno o malo en es aparte creo que fue adecuado la monitoria del trabajo de parto.

PREGUNTA: De acuerdo a respuestá anterior, manifestando tambien lo indicado por el dr julio cesar obando dice que la monitorización es continua, comparte usted este concepto técnico que dice que monitorización no debe ser continua o constante.

- A que llama monitorización continua porque no es mantener monitor pegado, monitorización tambien es seguimiento doppler, si no estoy mal registros gineco el fetico toleraba actividad uterina.

PREGUNTA: El dijo monitorización continua de frecuencias cardiacas y contracciones, usted comparte eso

- Continua no quiere decir minuto a minuto, hay normatividad obstétrica, no soy perito obstétrico, pero monitoria continua es de trabajo de parte y ellos lo hacen hora hora y llevan partograma y registros en tiempo donde evalúan cuantas contracciones hubo, frecuencia cardiaca de feto, a eso hace referencia julio entiendo. No dejamos a niño dos tres 4 horas sin valoración, entiendo que julio se refería a eso y dejando registro siempre de ese dato.

PREGUNTA: Recapitulando su respuestá dijo que le constaba que había adecuada monitoria y dice que vio dos, nos puede decir a que hora fue última monitoria a gestante

- Yo le respondi que yo creía yo no conteste de manera contundente, yo no soy perito obstétrico no se que cosas son buenas o malas en obstétrica, yo no estoy obligado a aprender obstetricia en parte natal, con lo que yo veo, me aprecia que el control del trabajo de parto era adecuado pero le digo que yo no me aprendo las historias, nunca me las aprendí, no tengo grabado en mi cabeza a que hora fue la última y la primera

PREGUNTA: Para hacer claridad de acuerdo a su respuestá anterior nos puede indicar que no le consta o no tiene certeza de que la monitorización no fue adecuada

- No diría que no fue adecuada, en lo que yo alcance a revisar no me aprecio que fue inadecuada pero si usted necesita respuestá contundente si trabajo de parto fue bien monitorizado esa pregunta debería ser para perito obstetra y no neonatal porque no tengo

toda la experticia en esa parte, es mi impresión desde la visión de la neonatología no desde obstetricia.

PREGUNTA: Ya nos hizo precisión respecto al tema de sufrimiento fetal que es un tema ajustado, en cuanto a está situación de sufrimiento fetal que efectivamente 10 – 15 min puede generar en condiciones no satisfactorias un sufrimiento fetal, no puede decir si esto puede generar hipoxia en recién nacido

- Si y a cualquier persona, cualquier ser vivió que respire oxígeno en recién nacido 10-15 min es demasiado tiempo. Pero si se revisa historia clínica en ninguna parte se observa sufrimiento fetal como le dije al despacho es un dato impreciso, porque si se hubiera detectado ese evento lo que yo se llama estado fetal no satisfactorio creame que hubiésemos llevado a quirófano, ahora si estaba en expulsivo es muy difícil lograr todo en ese instante cuando tiene neonato con evento muy agudo la vía de la cesaría.

PREGUNTA: Nos puede decir que es el apgar y en cuanto se encontró para este niño

- Nosotros usamos tres parámetros respiratoria, cardiaca y color, el niño nace con apgar bajo, apgar en cuantitativo que le predice a uno pronóstico sobre todo que está muy malo a los 5 – 10 y 20, apgar al minuto de vida tiene impacto como el de 5 o 10 min, recoge 5 parámetros. El apgar tiene 3, grave moderada y severa y frente asfixia perinatal los apgar que tiene en cuenta son principalmente 5 y 10 min. En este recién nacido fue de 2 – 6 – 8 es decir que al min de vida estaba acro cianótico y con frecuencia cardiaca baja, que fue lo que le dio dos puntos, ya a los 6 min y 8 m el menor se va intubado y con hipotonía eso quito punto y punto. También se usa en definición de asfixia se define por debajo de 3 a los 5 min para definición de asfixia que en este recién nacido no estaba porque a los 5 min tenía 6.

PREGUNTA: Independientemente de la causa el niño sufrió hipoxia isquémica cuando hay estos casos de asfixia en recién nacido esto refleja alguna condición no satisfactoria o sufrimiento fetal teniendo en cuenta diagnóstico de menor

- No todo neonato con asfixia tiene identificado evento de este tipo, estado fetal insatisfactorio no siempre lo tiene, o sea no todo evento de asfixia es sufrimiento fetal, si este niño tenía encefalopatía hipóxico isquémica no hubo con claridad sufrimiento fetal, ahora cuando llevamos estos niños a cx + del 95% nace bien, la asfixia hoy en día es evento muy raro, pero sufrimiento fetal o estado fetal no satisfactorio no siempre termina en asfixia y no siempre se detecta este estado en neonato con cefalopatía hipóxica isquémica.

PREGUNTA: Puede indicar si en resultado de gases arteriales puede indicar si existió sufrimiento fetal

- Uno puede identificar en cualquier ser humano un estado hipóxico si mido ph, si está ácido con pérdida de bicarbonato incluso puede haber algo de hipoxia esos gases son compatibles con estado hipóxico. En este recién nacido primero gases los tenemos sobre 8 am y muestran ph de 7,01 creo no recuerdo bien, de 7,02 con pco2 de 18 que estaba bajita una po2 elevada es decir que hubo buena respuesta de pulmón y saturación adecuada, bicarbonato estaba bajo, pero ph estaba equilibrado, asfixia es ph por debajo de 7.

PREGUNTA: Usted está leyendo gases arteriales segundos o primeros

- Primeros, porque segundo es de 12:30 que tiene otro ph de 7,31, estos son de casi las 8:00

PREGUNTA: De acuerdo a esos gases arteriales nos manifestó dr julio cesar que indiscutible esos gases los veía alterados y que veía el tema de asfixia nos puede decir que esos gases arteriales le permite concluir a usted

- Los gases arteriales están alterados con acidosis de origen metabólico, y frente a diagnóstico de asfixia el segundo ítem debe tener ph por debajo de 7, gases están alterados y entran a acidosis metabólica y empieza a juntar datos, pero por ejemplo apgar no cuadra, no estaba por debajo de 3 a los 5 min, ph no me cuadra pero bicarbonato sí, es decir hay definición parcial de asfixia que es bicarbonato porque apgar y ph no. El diagnóstico de asfixia no se basa solamente en gasometría arterial sino que tiene conjunto de hallazgos como son apgar menor de 3 a los 5 min, hallazgos a nivel de imagen diagnósticas pero para eso se necesita tiempo porque cambios neurológicos se demoran en aparecer incluso canadienses hablan de 2 meses y hay otros hallazgos como cuadriplejía. Muy importante la presencia de evento centinela que en este recién nacido no la encuentre en historia materna.

PREGUNTA: Respecto a acidosis metabólica que encuadra parcialmente, estas pueden verse reflejadas en estado fetal no satisfactorio

- Esos son diagnóstico cuando tengo sufrimiento fetal agudo un niño con estrés adentro, pero yo también puedo tomar gases frente a enfermedad metabólica de otro origen como sepsis y el niño puede estar igual o peor no son siempre de una asfixia pero es uno de los hallazgos que uno tiene cuando hay asfixia se encuentra siempre acidosis metabólica.

PREGUNTA APODERADA HOSP SAN JOSE

PREGUNTA: En respuestas anteriores hablo de hipoxia natural y de nacimiento y si este paciente presente está condición

- O sea que el parto es un evento hipoxiante. Los trabajos de parto por eso frecuencia cardíaca baja, cuando niño está expuesto la frecuencia baja en momento de contracción ella baja

pero recupera, el problema es cuando no recupera o baja mucho ahí se habla de sufrimiento fetal en términos de 2013. El niño sano está preparado para un trabajo de parto. Si hay alguna noxa que no se haya determinado el momento mas critico es el del expulsivo, hay contracción y paso por canal estrecho, ese momento es hipoxiante por esos niños toleran por eso niños con retardo intrauterino no les damos vías vaginal porque su sistema no está para parto vaginal.

PREGUNTA: Quiere decir que todo paciente todo bebé que está en proceso de parte tiene hipoxia del nacimiento o sufre proceso hipóxico

- No es que tenga hipoxia, se expone pero no tiene repercusiones. Es como meterse a una piscina por debajo, uno se tira y pasa por debajo pero su id tiene epoc se tira y no aguanta igual. El recién nacido que está en buen estado está preparado para nacer por la vagina excepto los que tienes condiciones particulares.

PREGUNTA: Este paciente fue expuesto a 12 minutos de 12 minutos de hipoxia constante

- No no no, yo le comprendí a el pero no, si se expone a 12 minutos se asfixia, hay contracción fase de expulsivo, el niño se recupera, viene otra contracción y asi hasta que sale. Si el niño se expone a un periodo del trabajo de parto y del expulsivo y la parte final pero hay periodos de descanso, hay momentos sin actividad uterina y el recién nacido respira y se recupera.

PREGUNTA: Pide poner de presente historia clínica pdf 79 fl 23 – este momento donde paciente presenta mala dinámica uterina y dice que se refuerza con 3 unidades de oxitocina, y 12 minutos después hay parto, se obtiene producto de sexo masculino no vigoroso y dice que se realiza laringoscopia y aspira. Este termino de tiempo de 6:15 a 6:27 este termino es prolongado

- Creo que no, ese expulsivo no parece prolongado.

PREGUNTA: En está nota de 6:27 se dejo consignado que hay escaso meconio que se aspira y laringoscopia, está se puede tener como una broncoaspiración de meconio

- No, la única forma de diagnóstico de broncoaspiración de meconio, uno que haya meconio espeso y segundo cuadro respiratorio importante que termina en hipertensión pulmonar porque meconio afecta oxigenación acumula co2 y no hay intercambio de oxigeno, en este paciente no se ve en gases arteriales eso y lo otro la evolución clínica no fue la de niño con aspiración que es terrible y tercero imágenes radiológicas, en este niño hubo sospecha inicial, todo niño que viene meconio damos diagnostico de aspiración hasta que se demuestre lo contrario. No es el caso, la radiografía muestra que no es el caso.

PREGUNTA: Pide poner de presente historia clínica pdf 79 fl 90 – dr a las 8:00 hay lectura de

radiografía de torax que dice que no hay datos compatibles con neumonia, neumotórax ni aspiración de meconio, esto corrobora que el paciente bronco aspiró o no broncoaspiró

- Es mi letra, no, esa nota es mía no hay datos compatibles. Uno debe descartar en todo niño que nace deprimido un proceso infeccioso, en ese niño no había neumonía. Puede pasar que un bebé venga con malformación pulmonar y se revienta una bolsa de aire del pulmón, no había neumotórax, tampoco había hallazgos de síndrome de aspiración de meconio. No era compatible con estado hipóxico que creíamos que el niño venía, incluso hipoxemia marcada pero era lo contrario pH no era compatible con síndrome de aspiración meconial.

PREGUNTA: Como explica apgar de 2 – 6 – 8 radiografía y gases arteriales no son coherentes con primera valoración, como se puede explicar diferencia

- En este niño el impacto más grande estuvo a nivel de sistema nervioso central, cuando hay hipoxia en feto o recién nacido hay algo que se llama redistribución de flujos, hay órganos que el organismo conserva, cerebro, corazón, suprarrenales y riñones, por eso el niño se pone pálido, en recién nacido cuando hay exposición a hipoxia el organismo prefiere mantener mayor perfusión a nivel cerebral, cardíaca renal y suprarrenal si esos fallan uno muere, en este niño todos los órganos evolucionaron, me queda la duda si había otra condición congénita, metabólica que pudiera hacer cerebro menos tolerante a trabajo de parto, fue el órgano que más impacto tuvo.

PREGUNTA: Cuando se refiere a noxa fetal pregunto si pudo haber presentado pudo haber inferido en qué paciente no hubiese tolerado bien proceso expulsivo

- En historia clínica no hay noxa ni durante embarazo por ej defecto de placenta ni durante trabajo de parto que dijera uno que es la causa. En este caso tenemos diagnóstico de asfixia prenatal pero nunca pudimos determinar que pudo llevar al niño al evento.

PREGUNTA: Pide poner de presente historia clínica pdf 79 fl 80 – se consigna en esta parte una parte que usa la parte demandante para su imputación, esta nota es suya y aquí se marcó un sufrimiento fetal, para todos genera algo de inquietud el porque se registra que hay sufrimiento fetal cuando usted nos ha dicho que no hay sufrimiento fetal, porque están esas notas en esta hoja usted antes indico que era imprecisa

Estos dos diagnósticos son un supuesto, repito 42 semana o más es post término, así como sufrimiento fetal es algo que no se corroboró, es algo que se elabora casi en el inmediato, lo mismo que broncoaspiración de meconio es un supuesto que tenemos, más abajo tenemos meconio en vías aéreas es otro supuesto, la única parte de vía aérea que estaba comprometida era la parte alta.

PREGUNTA: Quiere decir que estas notas son impresiones diagnosticas que luego son corroboradas

- Sufrimiento fetal no se corrobora como tal, en historia clínica materna se corrobora después, después de que se conversa con equipo de obstetricia uno no identifica evento centinela por la cual recién nacido nació deprimido.

PREGUNTA: Este registro lo hace usted sin conocer antecedente de parto

- En el momento agudo no alcanzamos a tener comprensión completa, ese es un supuesto de que hubo algo que llevo a la asfixia en el recién nacido pero no se corroboró el diagnóstico de sufrimiento fetal no se corroboró, es decir no hubo un dato que arrojará un porque.

PREGUNTA: Para efectos de tener claro terminología usted habla de post termino y en historia clínica después aparece post datado, cual es terminología para paciente con 41 semanas

- Desde punto de vista neonatal es recién nacido a termino. El termino post datado es más obstétrico indica que paso tiempo embarazo paso entre 40,5 y 41 semanas y define que hay que actuar.

PREGUNTA: Ya que toca tema de cesaría un paciente de 41 semanas de gestación debe llevarse a cesárea

- No, desde mi visión no, dentro indicaciones de cesárea no, las hay en cualquier momento de gestación está indicada si hay condición que lleve a realizarla, de lo contrario se evalua si la señora tiene condiciones anatómicas, monitoria y de acuerdo a todo eso deciden o no deciden hacer maduración de cuello y luego conducción de trabajo de parto. En esta señora no había indicación

PREGUNTA: Había posibilidad o podía haber inferido gineco obstetra o médica general inferir o reaccionar durante el proceso expulsivo que fue de 12 minutos en este caso para determinar su bebe estaba presentando sufrimiento fetal

- No tengo toda la certeza pero en lo que está en historia no hablan nada de eso, no fue expulsivo prolongado, fue expulsivo de 12 minutos, fue normal el tiempo no fue prolongado creo que médico no se esperaba nacimiento e niño deprimido.

PREGUNTA: Dentro de equipo que participo estuvo dra martha Isabel manzano es médica general manifesto que tiene muchos años de experiencia en partos, con condiciones de Karen Tatiana que era normal de parto estaba la dra manzano capacitada para atender un parto en esas condiciones

- Yo calificarla puedo ser grosero, pero yo trabaje con ella en mas de un parto y lo hacia bien. Está permitido creo que si pueden atender parto de bajo riesgo médicos generales.

--- FINALIZA SESION DE HOY--- CONTINUA MAÑANA 8:30 AM ---

CONTINUACIÓN AUD ART 373 29 OCT 2024 8:30 A.M.
TESTIMONIOS DE PERJUICIOS PARTE DEMANDANTE

- **CATHERINE MEJIA BEDOYA**

Abogada especialista en derecho constitucional. Labora con defensoría del pueblo.

Tiene amistad cercana con Karen Rodríguez

Conoce a Karen desde que tiene 14 años fueron compañeras de colegio y siguen teniendo amistad.

El embarazo de Karen fue una ilusión para todos

Estuvimos muy pendientes del parto

Cuando nos enteramos de lo que paso quede muy triste

El niño estuvo bastantes dias en el hospital

el niño requirio de muchos servicios, recuerdo que hicimos muchísimos descatos a la eps para que cumplieran con requerimientos que el niño necesitaba mientras que el niño no tuvo traqueostomia podía salir a la calle con cochecito aunque no muy lejos. A medida que fue creciente fue requerimiento más necesidades medicas todo el tiempo estuvo en cama, Karen no dormía porque tenía que estar de que no se fuera a ahogar no se fuera a asfixiar antes de traqueostomía.

A los 5 o 4 años no lo recuerdo bien tuvo complicaciones graves, eso dio pie a que relación de Karen y omar se dañara porque los dos estaban luchando para poder irse a vivir juntos, era complejo que se pudieran ir a vivir solos.

Cuando tuvieron que hacerle traqueostomia fue muy triste para ellos porque lo postro a una cama, no podían sacarlo, no podían meterlo a una bañera no podían hacer nada.

Dice que a Karen casi la despiden del trabajo por estar cuidando a su hijo, siempre estuvieron Karen y omar haciendo los turnos del cuidado

Después de muchos desacatos se logro que le dieran servicio de enfermería las 24 horas y eso fue un gran alivio, ahí ya pudo Karen retomar sus actividades laborales pero ella no tenía una vida social.

La vida de Maximiliano fue de 9 años

A Maximiliano lo visitaban muchos terapeutas. Tuvo un paro cardiorrespiratorio lo lograron reanimar y duro como dos o tres años mas. El siempre tuvo muchos problemas respiratorios, hace dos años que el niño falleció.

Luego me entere del fallecimiento del niño y senti tristeza pero al mismo tiempo descanso por mi amiga y por el niño.

Karen manifiestá que sin su hijo no se hallaba, pues su rol fue ser mamá de maxi asi que no sabe que sentido tenía su vida.

--- APODERADO DEMANDANTE DESISTE DE LOS TESTIMONIOS DE PERJUICIOS
RESTANTES ---

TESTIMONIOS HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

- **DRA. MARIA FERNANDA CRUZ URREA – TESTIMONIO TÉCNICO**

Graduada hace 35 años

Médica asistencial del servicio de cuidado intensivo de recién nacidos

Tiene contrato por prestación de servicios con lña institución y labora con área de pediatría hace 32 años

PREGUNTAS DESPACHO

PREGUNTA: Haga una declaración espontanea

- Tuve oportunidad de revisar historia, es caso de neonato con mala adaptacion a vida extrauterina requiriendo que equipo de reanimación preste soporte y logramos realizr intervención que nos permitió trabajar en recién nacido favoreciendo que continuara con vida.

PREGUNTA: Desea añadir algo mas

No

- Se tiene nota de evolución

Oct 27/13 21:00	<p>Evolución mejor - Irritable - Hiperactivo - Discreta espasticidad en 4 extremidades - Movimiento hipertónico con extensión de MSD - No con vulsias - Somnoliento - Fontanelar NT - Refractor a calentar - Hiperreflexo - Pulso - bien perfundido - Hemodinámicamente estable - TASAUCARIN - No aspirar - pulso ++ - Hacia capilar 3" - palpebras + buen reflejo de prento - BDR leve - Silverman 1/10 - No apneas + sobresaturado - Nixtamen Globoso B/D - PC - No masar + No regalar + No ECN - Ombligo (-) - CAU/CVU perimetral en buen estado - GUL-1 - No edemas - Extremidades (-)</p> <p>ANÁLISIS: Evolución compatible con ENCEFALOPATIA HIPÓXICO ISQUÉMICA</p> <p>NICA: Secundaria a APN.</p> <p>C: NVO x 48 Hom.</p> <p>↓ Dobutamina</p>
--------------------	--

Es recién nacido que requiere maniobras para superar hipoxia, encontramos nivel de noxa a nivel cerebral, el resto de órganos que se pueden afectar cuando neonato tiene mala adaptación tuvieron menos impacto, esto se refleja en notas clínicas

PREGUNTA: Noxa es deficiencia de oxígeno

- Para mí es el impacto que sufren los órganos del ser humano en el momento agudo de no transmisión de oxígeno. En este caso el principal impacto lo sufrió su cerebro.

PREGUNTA: Luego vemos que el niño responde bien

- Si, el niño tuvo buen impacto eso nos permitió retirarle en algún momento soportes de ventilación y empezar a ver en el respuesta favorable hasta que evaluamos que definitivamente tiene dificultades para su alimentación por mecanismos propios por alteración de deglución donde solicitamos intervención multidisciplinaria para ofrecer procedimiento de rehabilitación

PREGUNTA: Le voy a mostrar parte donde usted firma

Pa. 10171 800
 sc 791.
 se da de: se dar y colar y con-ha en
 modo alc
 ss 100
 23.10-13 2300h
 Rx de tórax en latid: 8 EIC
 no alelona, no derrame, no escape de
 aire no consolidación
 si hasta conclusiones normales
 NT en estado porin

PREGUNTA: Aquí también es su firma, puede darnos un resumen o nota textual

23.10-13 2300h
 Rx de tórax en latid: 8 EIC
 no alelona, no derrame, no escape de
 aire no consolidación
 si hasta conclusiones normales
 NT en estado porin
 Sos en estado porin
 como quibus debaten
 gsa alcalin representari comparten
 licencia p y ott licenol auctas
 de unia conho quibus de ev.
 le hana gsa alu 0100 m
 so gphica utenne k imp

- Dice evolución 23 oct 2013 radiografía torax 8 espacios intercostales no derrames no escapes de aire no consolidación.

PREGUNTA: Observamos que tiene conocimientos sobre estado en que se recibe recién nacido la pregunta para entender su conocimiento técnico sobre los hechos, al atender área de uci neonatos

frecuentemente o varias veces a la semana le pasan el niño muy recién nacido cuando pinzan ombligo a usted y a especialista en pediatría para entrar a mirar cuadro de salud el estado en que se encuentra un paciente afectado en su vía extrauterina, esto es así o tenemos mala percepción

- Es así en mi quehacer cotidiano al intervenir en nacimiento de recién nacido evalúo condición clínica en vía extrauterina para darle calificación a unos parámetros que nos indican la vitalidad de este mismo

PREGUNTA: En ese orden de ideas se acostumbra por su parte hacer lectura en un momento u otro pues sabemos que en UCI no hay tiempo de leer, en algún momento una vez paciente se estabilice o se logre cierto escenario ustedes acostumbran a revisar cuando escenario permite como está historia clínica ginecobstetricia para comprender su vida post parto

- Si el equipo de recién nacido en cabeza de neonatólogo jefe el se encarga de analizar la historia obstétrica para evaluar factores de riesgo y posteriormente nosotros en ronda médica somos informados de cualquier evento que necesite uno saber para comprender la clínica del recién nacido, esta revisión está en cabeza de neonatólogo jefe

PREGUNTA: A pesar de que está en cabeza de neonatólogo usted también acostumbra dialogarlo con neonatólogo

- Por supuesto nuestra ronda médica donde se analiza condición de paciente también involucra ese proceso de conocer la historia clínica obstétrica porque para nosotros es vital tener en cuenta esta información

PREGUNTA: Se observa en principio sin ser expertos en área médica que la historia obstétrica del bebé que no había anotación de malestar fetal de disfuncionalidad de la madre no se observó frente a tema de palpaciones de frecuencia cardíaca que hubiera algún signo, todo parecía indicar que el bebé venía bien, luego viene una fase de expulsivo que dura unos minutos redondeamos en 12 min y ya el bebé es un bebé moribundo, de acuerdo con sus conocimientos técnicos y que acostumbra recibir recién nacido que nos puede decir maneja alguna hipótesis científica o médica o razonable sobre posibilidades de que ocurriera algo tan raro

- Referente a eso venimos ante embarazo que inicia su trabajo de parto y durante monitorización del trabajo de parto no encontramos ningún evento que alerte acerca de malestar fetal pero en periodo expulsivo se presentó algo que es lo único que nos puede explicar que bebé haya nacido en no adaptación, en algún momento de expulsivo se produjo impacto de disminución de oxigenación no podría decir en que momento dentro esos 12 min que se describen del expulsivo el niño nace en esas condiciones y nos permitió reanimación sacarlo adelante, en algún momento de ese expulsivo se produjo dificultad, nace bebé y con reanimación lo sacamos adelante.

PREGUNTA: De acuerdo con literatura médica por aquí dice evolución compatible con encefalopatía hipóxico isquémica, de acuerdo con literatura y actualización que va recibiendo hay alguna causa a nivel de literatura que diga el recién nacido que suele presentar este tipo de patología diagnosticada en bebés que venía de embarazo sano suele deberse a, es decir hay algún estado del arte sobre el cual pueda hacer referencia, desde punto de vista estudiado y comprobado

- Como tal traer artículo preciso no lo tengo pero puedo decir acerca de este estado clínico compatible con impresión diagnóstica no las da el personal médico el estado neurológico de recién nacido esas alteraciones de tono motor esa dificultad para estar en el entorno alerta como somnoliento, específicamente parte de hiper reflexividad, las de motor y conciencia son nuestra clínica principal para emitir análisis compatible con este estado clínico de encefalopatía.

PREGUNTA: Está establecido que hay tema neuronal, algo en el cerebro

- Si

PREGUNTA: Sobre su criterio médico con base en esa experiencia de andar recibiendo niños los cuales muchos de ellos vienen enfermos y al estar leyendo historia obstétrica usted se considera en condiciones médicas de valorar si un parto como tal cumple con estándares mínimos de cumplir con lo que es un parto bueno normal, o si digamos así se comete error grave o error manifiesto en virtud del cual se pueda atentar contra salud del neonato

- Realmente no soy par obstetrico pero nuestro protocolo de atención institucional pienso que se cumple los documentos obtenidos en la historia y los datos del análisis posterior que se hacen en conjunto con jefe de neonatología al momento de atención, la institución tiene protocolo establecido que anualmente tiene revisiones y que considero que es de excelente calidad. Sin embargo, un par obstetrico podría analizar todos los aspectos, pero en mi conocimiento pienso que nuestros procesos están con la calidad que se necesita para responder por la vida humana.

PREGUNTA: Siendo más concreto de acuerdo a sus conocimientos y experiencia observa que haya existido procedimiento adecuado en el proceso de parto, que nos puede decir

- Realmente el protocolo fue cumplido a cabalidad las monitorias no mostraron ningún nivel de alerta, la dificultad e hipótesis es que noxa ocurrió al momento del expulsivo que es algo impredecible.

PREGUNTA: Recuerda haber tenido en su experiencia de más de 30 años en cuidado intensivo de recién nacido casos semejantes y si fuere así nos puede dar un promedio aproximado de con que frecuencia bebe que viene bien en el expulsivo algo se le altera en el cerebro con el mayor respeto como un bebe no funcional que se debió reanimar y que no llegó a activar funciones básicas como por ej alimentación, que tan frecuentes son estos casos que tan comunes son.

- Un promedio como tal sería difícil expresarlo pero son eventos aislados realmente

PREGUNTA: Son relativamente infrecuentes

- Relativamente infrecuentes

PREGUNTA: Dada su vasta experiencia y dado que esto es impactante será que en buga al menos una vez al año puede pasar

- No tengo la información para responder esa pregunta

PREGUNTA APODERADA HOSP SAN JOSE

PREGUNTA: Pide poner de presente pdf 80 – tuvo oportunidad de ser testigo el neonatólogo y manifestó sobre hoja que se llena cuando recién nacido nace el utilizo una frase que para toda la audiencia resulto algo desconcertante quiero que nos aclare que tengo entendido que usted participa en momento que se recibe bebe es así.

- Es así

PREGUNTA: En este doc hay términos que están resaltados y señalados con x, sufrimiento fetal, meconio espeso, el dr dijo que está nota había sido imprecisa, le pregunto si considera que la nota fue imprecisa y porque la razón de consignar está información y si ello es cierto.

- Realmente tendría muchas posibilidades, entre las cuales un neonato no se adapta puede uno pensar que haya algún factor genético que no haya permitido que adaptación no sea la adecuada entonces presentarse el neonato en esta forma me indica que expulsivo tuvo dificultad de oxigenación y mi objeto es reanimarlo

PREGUNTA: Usted realizó la reanimación personalmente

- Lo reanimamos el equipo completo que somos dos médicos y una terapeuta respiratoria

PREGUNTA: Ayer en respuesta de dr Luis Alfonso Mendoza se habló de proceso de expulsivo fue de 12 min y se le preguntaba si durante 12 min estuvo en hipoxia completa, este proceso de hipoxia de bebe se produjo durante todo ese tiempo

- Imposible, si hubiera sido así no tendríamos bebe para reanimar

PREGUNTA: Como es la dinámica de un proceso cuando bebe está en tracto vaginal

- Las contracciones continúan y la mama debe dar pujo adecuado para poder que se establezca el tiempo prudente para que bebé salga bien, dificultades en pujo pueden ocasionar las disminuciones de oxigenación también. Eso en mi concepto médico

PREGUNTA: Que puede hacer médico si se evidencia algo en ese momento que se puede hacer como en este caso que pudo haber hecho durante 12 min

- Esos doce min hacen parte de periodo normal de expulsivo realmente no hubo nada que dijera que tengo que hacer otra intervención porque monitoria venía perfecta y es expulsivo que está dentro de periodo normal, pienso que atención fue normal en ese momento del expulsivo no creo que haya habido ninguna otra intervención sino recibir el bebe

PREGUNTA: Hay alguna otra acción propia del equipo que influya en el bebe para pueda generar en el bebe esto de hipoxia

- No ninguna.

PREGUNTA DESPACHO: Hablo de que más de imprecisión de trato de una impresión diagnóstica, esas impresiones indico que están sujetas a un margen de error para su escenario, o puede ser relativamente acertada en un alto grado de probabilidad

- Es la apreciación clínica de como se presenta el bebe en ese momento de sus signos de frecuencia cardiorrespiratoria es lo que nos da el estado clínico de paciente nos da impresión diagnostica para poder sacar adelante en el proceso de reanimación.

PREGUNTA: Esa impresión en la práctica suele estar relativamente cobijada por un margen de error o es mas o menos probable que sea acertada a pesar que sea algo sobre la marcha

- Referente a margen de error es minimo porque viene sujeta a estudios y protocolos que ya estan.

PREGUNTA APDOERADO PARTE DEMANDANTE

PREGUNTA: Dice que trabaja hace 32 años con la demandada y dice que hace 35 años aprox es médica

- Si, toda mi vida profesional ha sido qui

PREGUNTA: En esos 32 años en san jose cuantos años lleva en uci de recién nacido

- Desde apertura en 2000

PREGUNTA: En respuestá a preguntas anteriores respecto a frecuente o infrecuente de estos eventos desde el año 2000 cuantos casos ha recibido con bebes de estos diagnóstico de hipoxia en donde se desconoce causa más o menos cuantos

- Realmente no tengo precisión para responder pregunta tendríamos que entrar a archivos de unidad

PREGUNTA: En este caso del bebe Maximiliano es primera vez que la llaman como consecuencia de hipóxico que se desconoce de donde se origino

- Pienso que estoy tratando de recordar otro caso pero no lo tengo presente no podría darle una respuestá con certeza

PREGUNTA: De las atenciones que manifiestá tener desde el año 2000 puede indicar sin hacer uso de archivos que usted recuerde haber atendidos bebes con hipoxia sin duda de donde han llegado a darse casos asi

- Normalmente atiendo prematuros que tienen mayor vulnerabilidad a noxas cerebrales pero haciendo memoria un caso como el de Maximiliano no lo tengo presente.

PREGUNTA: Usted manifestó que hubo un evento agudo que desencadeno en hipoxia ese evento agudo califica como sufrimiento fetal

- Yo califique en esa casilla sufrimiento fetal agudo porque debio darse en la última fase del parto y debio ser agudo porque permitió la reanimación, si hubiera sido todo el periodo del expulsivo el bebe no sale en condición de ser reanimado, uno tiene un minuto de oro para reanimar paciente que sufre evento agudo minutos antes pero no 12 por eso lo califique como evento agudo.

PREGUNTA: Pide poner de presente mismo formato de historia clínica anteriormente proyectado- porque manifiesta que califico sufrimiento fetal agudo sin embargo ayer declaro neonatólogo Luis Alfonso mendoza quien manifestó que el diligencio este formato y que si pudiera corregirlo lo corregiría, nos puede indicar porque razón el neonatólogo dice que dio la calificación y ahora usted manifestó que dio calificación

- Nosotros somos un equipo, subimos dos médicos una terapeuta respiratoria y el equipo atiende y uno posteriormente registra, básicamente ese registro lo realizamos porque consideramos que fue un evento agudo el que llevo al bebe a requerir información y que ese nos explica la posibilidad que tuvimos al reanimarlo de obtener una buena respuesta.

PREGUNTA: Ayer Luis Alfonso mendoza dice que se equivocó en diligenciar esto, se que trabajan en equipo pero el asevero que lo diligencio, porque nos dice usted que usted marco la casilla.

- Pues básicamente tendría que decirle que hasta donde yo recuerdo pienso que yo tambien hice anotaciones en ese modelo de registro que nosotros utilizábamos para esa fecha porque de hecho algunas de mis letricas estan allí

PREGUNTA: Ese evento agudo clasifica o no como sufrimiento fetal

- En mi concepto clasifica como evento de sufrimiento agudo que tuvo el bebe para que tuviera esa condición al nacer

PREGUNTA: Han existido otros testimonios que indican que no existió sufrimiento fetal agudo, porque considera usted que si clasifica en su criterio profesional.

- Porque hubo evento de disminución de oxigenación que lleva a que clínicamente este bebe no se pueda adaptar y generalmente está mal adaptación puede asociarse dificultades genéticas de neonato

PREGUNTA: Dentro de su evaluación cuando reciben este bebe se describe síndrome que justificara está situación, que se consignara en hc

- No lo recuerdo

PREGUNTA: Usted que manifiestá que hace 32 años laborando, nos puede decir si los partos los atiende ginecobstetricia o medicina general

- Equipo de obstetricia que conforma obstetra, personal de enfermería

PREGUNTA: Tuvo oportunidad de revisar a está gestante el parto si lo atendió gineco o medicina general

- Estaba presente medicina general pero con toda su capacidad de atencion y respaldo de obstetra de turno de acuerdo a lo que revise

PREGUNTA: Quien lo atiende

- Medicina general con respaldo de obstetra

PREGUNTA: Dra puede especificar dice que hubo evento agudo y que hubo hipoxia, estos eventos hipóxicos son susceptibles de detectar con monitorización

- En momento de expulsivo no, es imposible

PREGUNTA: Eventos hipóxicos en estado de parto se pueden identificar por monitoria

- Si, esa monitorias alteradas definen otro tipo de alternativas a la vía natural

PREGUNTA: Explicaba neonatólogo julio cesar obando, en caso de expulsivo se detecte evento hipóxico se puede optar por cesárea

- Pues mire si está en expulsivo que es cabeza que viene afuera es más rapido atenderlo vía natural si no hay obstrucción que a quirófano porque me demoro0 mucho más vistiéndome,

llevándolo, haciendo asepsia y antisepsia a materna, salvo que algo obstruyera canal de parto y no pudiera acabar de descender la cabeza del bebe es mejor curso natural.

PREGUNTA: Usted manifestó que hubo adecuada monitorización, nos puede decir cuantas monitorizaciones se le hicieron.

- Revise que habían dos previas a labor de parto que es lo estándar y obviamente personal que está en sala de parto y personal de la sala lleva registros, pero equipo humano personal registra de manera permanente.

PREGUNTA: Manifestó con conocimiento que observo dos, nos puede decir con que diferencia horaria estaban

- No lo recuerdo.

PREGUNTA: Cuanto es lo sugerido de monitorizar con cuanta periodicidad se sugiere medicamento

- No puedo hablar porque no lo conozco a fondo, pero el equipo de obstetricia puede saber cual es la periodicidad, pero además de monitoria por Doppler el equipo humano está permanentemente en sala de parto atendiendo signos vitales de materna y frecuencia cardiaca fetal no recuerdo exactamente periodicidad

PREGUNTA: Manifestó que aunque recién nacido presento meconio en vías aéreas, si asfixia no fue por meconio que otra circunstancia produce asfixia en estos asuntos

- Meconio no produce asfixia y el sufrimiento fetal agudo en fase expulsiva como hipótesis es que haya disminución de flujo de oxígeno a nivel cerebral en ese momento.

APODERADA HOSPITAL SAN JOSÉ PIDE INTERROGAR PARA FINES DE ACLARACION

PREGUNTA: Ese sufrimiento fetal cuando habla de eso se presentó durante proceso de parto o proceso expulsivo cuando ya no se considera feto el bebé

- En mi concepto el evento agudo se produjo durante algún momento del expulsivo y ese evento de disminución de oxigenación nos refleja el bebé que no se adaptó a la vida extrauterina.

- **CLAUDIA BIBIANA PEÑARANDA OSPINA – TESTIMONIO TÉCNICO**

Médica con énfasis en ultrasonido

PREGUNTA DESPACHO

PREGUNTA: Lo que sepa y nos pueda decir

- Se realiza ingreso una eco, le han antecedido ecos del embarazo, es eco dentro del control sino evaluar tres componentes 1 posición fetal se establece que es adecuado 2 estimar un rango de peso que permita tener dos diagnóstico claros que feto no tiene crecimiento restringido o contrario que este peso fetal por encima de lo esperado o que estemos frente a feto macro la 3ra es mirar bienestar fetal, para eso se tiene pruebas de monitoria y prueba ecográfica se hace en ese momento. Se evalúa perfil biofísico fetal tiene 4 componentes biofísicos 1 movimiento feto 2 respiración fetal y se cuantifica 3 los movimientos de feto y 4 índice de líquido amniótico esos 4 componentes dan puntuación que por encima de 8 se considera que hay bienestar. Clínico toma reporte corrobora con monitoria fetal de ingreso y es monitoria categoría 1 que es categoría negativa o tranquilizadora

PREGUNTA: En contestacion de demanda se hace mención a algo relativo a su trabajo, hay un elemento donde se hacen mediciones dra de pronto en lo que compete a este caso como finalmente de un buen embarazo el bebe nace moribundo y no se lora recuperar de disfuncionalidad severa del sistema nervioso central podría explicarnos para comprender ese ultrasonido obstétrico

- Podríamos interpretar primero que posición fetal es óptima para vía de nacimiento que es de cabeza, adicionalmente está en posición de encajamiento en parte de estrecho pélvico, las medidas que se toman son como en unas partes fetales para estimar rango de peso, el peso estimado fue de 3.110 con un +- o rango de 429 gramos que si se revisa con peso final está bastante bien aproximado. Que queremos ver en peso fetal estimado que no este en rango de feto desnutrido y tampoco feto con obesidad o macrosomía. Nosotros podríamos tener rango de inferencia, en este caso estimación fue aproximada. Adicional entregamos informe que placenta está bien ubicada e índice de liquido es normal para edad gestacional. Luego hacemos chequeo de estructuras fetales para esa edad gestacional. Es un feto que tiene medidas comparativas de 37 semanas, pero eso no genera afectación, no es factor de confusión simplemente dice que bebé está en medidas adecuadas. Luego anexamos pruebas de bienestar fetal, siempre ha sido muy importante el perfil biofísico fetal son variables físicas que hace el feto durante momento del estudio, debe hacer movimiento fetal, respiratorio tono fetal y índice de liquido amniótico que para su edad gestacional está casi en el percentil medio, se evalúan criterios biofísicos son situaciones que hace el feto y el más sugestivo de todos es medir cuantitativamente un volumen de liquido, para está paciente fue 10.7 que par edad gestacional es normal, finaliza prueba concluyendo que hay bienestar fetal.

PREGUNTA: Con base en esos hallazgos impresiones que causa este ultrasonido se puede afirmar que el embarazo venía bien no requería de medida extraordinaria o parto asistido o acelerar proceso de parto o acudir a cesárea hasta ahí con base en esos diagnósticos

- Si lo hacemos con base de diagnóstico cumple con lista de chequeo por consiguiente la posición no es inadecuada, liquido no es bajo y peso es adecuado no hay indicación para cesárea en ese momento. Adicionalmente viene unida a todo un control prenatal y pruebas adicionales.

PREGUNTA: Aunque vemos que enfatiza su trabajo en ciertos ultrasonidos de todas maneras tiene toda una base eventualmente recuerda más o menos cuanto duro el total del trabajo de parto a que hora empezó

- Tenemos paciente que se ingresa a dosis de maduración de cuello uterino, hacia 22:15 se describe 2 cm de dilatación ya con actividad uterina que ya es regular, ya empieza la fase latente del trabajo de parto. Una nulípara podría tardar 18 horas y hasta 6 horas en fase final. En cronología la paciente evoluciona a expulsivo final hacia las 5:45 y apenas se indica esto se traslada a atención de parto y ocurre finalmente a las 6:27 si arrancamos a esa posición, de las 22 a las 6 serían aprox 8 horas y unos minutos, si aun nos fuéramos hacia atrás donde pusieron dosis de maduración pues tampoco superaría las horas esperadas para un trabajo de parto normal. Si aunque quisiéramos incluir primera hora de dosis de maduración son las 4: pm y hay parto a las 6:27 tenemos los tiempos adecuados para parto adecuado porque en mamas primi fase latente puede durar hasta menos de 20 horas y fase activa más o menos promediada de 5 horas, si quisiéramos incluir las de maduración a nacimiento estarían ambas fases dentro de rangos estipulados para un trabajo de parto normal.

PREGUNTA: Además del criterio del tiempo hablando propiamente del proceso del parto que otros criterios se tienen en cuenta para determinar bienestar materno fetal que no este feto sufriendo de algo que se presente alguna situación adversa y que amerite modificación del curso ordinario del parto de sus etapas.

- Lo más importante va a ser evolución del trabajo de parto la prueba reina es como progresa el trabajo de parto en lo que esperamos sean cambios del cuello uterino. Hacemos partograma mientras se mantenga en línea de acción vamos haciendo progresión, la progresión en este caso fue adecuada, lo segundo es como vamos haciendo la vigilancia de parte médica tengo incluso horas defrecuencia cardiaca fetales de parte médica y adicional incluso tengo evaluación de enfermería en esa época era manual y a parte de que dra

durante trabajo de parto hace valoraciones enfermería adicionalmente hace constante vigilancia no solamente de signos vitales la enfermera corrobora contracciones uterinas que es otro factor, no pueden estar por encima de un valor y no se presentaron en este caso contracciones por encima. Adicionalmente hubo auscultaciones intermitentes varias defrecuencia cardiaca fetal tanpo por medicina como por enfermería. Incluso se revisa nota antes del apto hay nota a las 6:15 donde para ayudar a contractibilidad para expulsivo vuelven y tomanfrecuencia cardiaca fetal en un momento que feto está en posición y sigue siendo registro normal con 120 lpm. Podemos decir que si se tiene herramientas de vigilancia consignadas tanto por vigilancia de enfermería como parte medica.

Lo otro que revisamos son características de liquido, que fue claro en todo momento que es otro patrón de vigilancia. No siempre liquido con tinte meconial significa perdida de bienestar fetal, este registro indica que membranas estuvieron integras hasta 3 am que se rompen y se declaran con liquido claro se mantienen iguales hasta atención del parto.

PREGUNTA: Estos distintos indicadores, todo se observo normal

- Si lo observo normal registrado dentro de los tiempos.

PREGUNTA: En cuanto al monitoreo se que puede tener diferentes formas pero eventualmente habla d cierta frecuencia, en cuanto a monitoreo nos puede explicar que monitoreo se hizo como se miden frecuencias cardiacas fetales como se miden contracciones y tambien como en que horarios frecuencia efectiva da cuenta historia clínica de que se efectuaron

- Monitorización fetal se puede hacer de forma equipo Doppler donde ubicamos feto y nos quedamos escuchando feto, eso se llama auscultación intermitente es a través de equipo que electrónicamente marca numero, el personal está entrenado para esperar que pase contracción para escuchar frecuencia que es momento muy importante, cuando médico y enfermero registra han esperado contracción y que ha pasado despues, uno toma y se queda con paciente y registra, cuando se llega a fase activa que veo registros de enfermería muy juiciosos hasta en dilatación 2 y enfermería lo ha venido haciendo, inclusive a las 6:15 hay registros de frecuencia. Con relación a monitoria fetal que es registro como electro debemos garantizar 2 muy importantes porque seguimos haciendo monitorización permanente. Tiene ante parto y la intra parto, cuando ya contracciones estan reguladas y estamos en fase activa. La monitoria fetal electrónica tiene un alto valor predictivo negativo es decir como prueba de embarazo, es decir cuando sale prueba normal su valor predictivo negativo es muy alto, entonces tener monitoreo negativo es una valoración del bienestar fetal que da tranquilidad.

PREGUNTA: Nos puede decir con base en su experiencia porque razon o como sucede que un buen embarazo un buen parto y luego del expulsivo nace un bebe moribundo que hay que reanimar

nos puede dar su criterio conoce algo en literatura médica que hable con certeza. Para la audiencia para el juzgado ha sido comprender ese fenómeno

- Hay varias cosas que quisiera aportar. 1 en obstetricia siempre quisiéramos tener un resultado ideal nos formamos queriendo lo mejor, créame que si después de un seguimiento de este tipo se obtiene este resultado es algo bastante impredecible. Si uno pudiese devolverse, en el momento que estaba allí el parto vaginal era la mejor vía todo venía bien, es en el momento que se nace se ve la situación fetal, ni siquiera una cesárea a las 5 podemos estar ahí en sala de pujo y querer hacer cesárea de emergencia podemos encontrar mayor riesgo cuando sabemos que va a ancer más rapido por vía vaginal. 2 hay muchas causas las que el feto se encuentra en es momento, es como habernos preparado bien y en la parte final algo ocurre no conozco la causa no se que fue pero todos los fetos en el momento expulsivo se encuentran a prueba final. Todos hacen algo de acidosis y un poquito de acidemia pero hay mecanismos que llevan a superar prueba, todos pasan por ese momento. Se presentan situaciones específicas e inespecíficas, por ejemplo desprendimientos de placenta aca no hay. Si se presenta causa de caída de presión aguda de mamá pero no es el caso. No se encontró situación de riesgo. Esto lo que nos llama la atención a ustedes y nosotros, pero fue ahí en ese momento específico, que tiene el feto, paso cada una de las pruebas, saber que paso no, pero puede ser algo del feto, no hay hallazgos de trauma, de hipotensión materno sostenida desprendimiento de placenta que hubiesen podido llevar a eso, que ams podría haber para que esa prueba se presentara con el resultado no hay.

PREGUNTA: De acuerdo con su experiencia con la etapa final o gran prueba para todo bebe o naciente, se presentan ocasionalmente no digo de manera frecuente pues es que venía bien y luego termina naciendo mal como este, que nos puede decir sobre la ciencia médica y estudios al respecto con su conocimiento.

- Lo que pasa es que casos que se presentan de este tipo realmente son muy pocos, podemos tener situaciones de fetos con atención, expulsivo, instrumentación como no paso en este caso o hasta cesárea de emergencia y se ve bebe que nace en aceptables, regulares condiciones o reanimación con evoluciones buenas y superadas, con que frecuencia se puede presentar una frecuencia de reanimaciones avanzadas tal vez 1 o 2 entre 1000 con causas intrínsecas.

PREGUNTA APODERADA HOSP SAN JOSE

PREGUNTA: En respuesta que da hablaba de etapas del proceso de parto y nos refería que hubo un momento que es cuando empieza el verdadero trabajo de parto a las 16:00 está paciente ingresa a las 8:46 del 21 de oct de 2013, que ocurre en ese tiempo anterior y porque no se cuenta ese trabajo desde ingreso

- Lo que pasa es que hacia salvedad que si se analiza desde 16 horas no ha empezado trabajo de parto, ella recibe fármaco para ayudar a que cuello madure y se lleve a inducción, si tomo de ahí a expulsivo está dentro del tiempo. El trabajo inicia sobre 2 a las 22 horas, desde que llega paciente está definido trabajo de parto así: contracciones uterinas regulares de 3 a 5 contracciones similares en 10 minutos ... si ingresas con signos estables sin evidencia de contracción uterina y cuello aun sin cambios de dilatación aun no estas en trabajo de parto. Lo que se hace según guía aun vigente es evaluar toda la lista de chequeo para definir mejor vía y recordemos pero parto vaginal sigue siendo la vía ideal del nacimiento en cuanto a comorbilidad. No había trabajo de parto inicial

PREGUNTA: Teniendo en cuenta definición del trabajo de parto tenía 40,6 semanas de gestación y por fur última fecha de regla y de 41 semanas por eco que es última que presenta paciente, de acuerdo con esa condición había criterio para desde ese primer momento haber llevado a paciente a cesara

- Dentro de indicaciones e cesárea no se cumplen, la edad gestacional hasta hoy en obstetricia se basa en eco temprana, la eco inicial está definida para calculo adecuado de edad gestacional que en este caso es acorde con eco que paciente aporta pero als condiciones de la paciente maternas y fetales con todo lo que hemos expuesto no indicba una cesárea, yo le decía al juez que nos vemos enfrentados a inerconsultas y de este tipo y nosotros podemos decir una cesárea en ese momento los tiempos incluso de cesárea no iban a ser más rápidos que intervenciones como parto natural.

PREGUNTA: Ayer se manifestaba que monitorias fetales deberían ser constantes y permanentes cuando se habla de monitoria fetal, si estamos hablando de las que usted decía que hacia un equipo o monitoria minuto a minuto que participa personal médico y demas, se que por está información que nos d el dr julio cesar obando, como fueron y cuantas se hicieron.

- En este caso son de dos tipos monitorio electrónico que parece electro las ante parto que cumplen paciente a 10:30 y se garantiza antes de definir indicación y las intra parto con contracciones regulares que son las 2 de seguimiento pero también es válido el seguimiento de frecuencia cardiaca fetales del personal de enfermería y médico. Quiero que entiendan lo que hacemos día a día, nosotros cogemos Doppler para ir a buscar de manera electrónica la frecuencia cardiaca fetal nos quedamos allí antes durante y después de contracción para escuchar los tres momentos. Se registra un valor, para que médico enfermera reporte tres contracciones en 10 min tuvo que haber estado 10 min para contabilizar, entonces no es que se fue, se contabilizan se registran y se registra frecuencia cardiaca esa es la monitorización intermitente que fue bastante ajustada, esa es una monitorización.

PREGUNTA: Como fueron en este caso que tan frecuente fueron y cuantas se hicieron

- Las monitorias fetales electrónicas se realizo una ante parto a las 10:30 am que es antes de entrar en trabajo de parto, esa se clasifica tipo 1 , son tipo 1 normal tipo 2 indeterminadas y 3 anormal. La paciente tuvo la 1. Luego en la fase activa de parto o sea intra parto es la segunda monitoria fetal tipo 1. Pero los otros de manera clínica a través de equipo registrados como intermitentes en sala de parto, 16 ,17 ,18 ,19:30, 22; 23 ... incluso hay registro de dra que atiende parto a las 6:15 am porque está tomando conducta de reforzar contracción pero valoro bienestar, dijo voy a aumentar oxitocina pero verifique frecuencia cardiaca fetal para estar segura

PREGUNTA: Quiere decir que en este caso hubo monitorización minutos antes de proceso expulsivo

- Se registra en historia clínica 6:15 horas y se registra nacimiento 6:27 pasaron menos de 15 min

PREGUNTA: Durante proceso expulsivo hay forma de seguir monitorizando bebe en canal vaginal frecuencia cardiaca de bebe mientras sale por canal vaginal

- Se puede hacer pero mayoría de bebes todos van a bajar frecuencia en pujo final por efecto fisiológico de compersión de cabeza contra periné, se puede poner pero se van a tener frecuencias bajas. Supongamos que lo hubiéramos hechos, igual vía más expedita es vía vaginal, si toca poner espátula, cesara que seria indicación final, pero lo que está escrito 6:27 hubo parto y veo segun escrito tampoco hay signos de una obstrucción de canal de parto físicas en lo que está escrito. Las condiciones que ya explicaron desconozco en cuanto condición de apgar pero físicamente no estamos viendo un traumatismo, una hemorragia un caput que es cuando cabeza de hincha no está dentro de hallazgos por lo tanto expulsivo no fue prolongado.

PREGUNTA: Cuando estaríamos ante expulsivo prolongado

- En guías de práctica clinica del ministerio puede tener max 120 minutos, obviamente expulsivos no llegan a eso pero nos permiten hasta eso, ya después de una hora tendríamos que reevaluar.

PREGUNTA: Para usted este expulsivo fue normal

- Dentro de la atención y tiempos cumple con características normales. Incluso si nos regresáramos a traslado a mesa de 5:45 no supera los tiempos.

PREGUNTA: Que paso en ese proceso de expulsivo es donde estamos para saber que paso, podrían haber causas genéticas macrosómicas enzimáticas que pudieran haber incidido durante proceso de expulsivo estas causas que nos enumeraba como pudieron incidir en el bebe en la forma que nacio

- Todos los fetos aun los sanos pasan por estado leve de acidosis que recuperan, todos nacemos un poco acidoticos luego mecanismos de compensación son normales, llama la atención severidad del cuadro con los tiempos, con monitoria con hallazgos, uno se pregunta que más hay, porque para que feto tolere todo sin expresar algo más que más había allí es lo que no puedo decir cual es la causa directa.

PREGUNTA: Con eso que nos manifiesta puede decirse que este bebe no logro adaptarse a ese procedo de acidemia no logro superar contracciones en algún momento del expulsivo

- Es lo que con base en historia todo lo que se hizo el momento final fue el que no tolero ese fenómeno tan fisiológico normal porque el tiempo son 12 minutos finalmente.

///

SE DESISTE DE TESTOMIOS DECRETADOS A INSTANCIA DE AMBAS COMPAÑIAS.

--- SE CIERRA PERIODO PROBATORIO---

Viernes 8 de noviembre a partir de las 9:00 AM se rendirán alegatos y despacho buscara proferir sentencia después de un receso luego de escucharlos.