

Bogotá D.C, 02 de agosto de 2024

DESPACHO: JUZGADO SEGUNDO (2°) CIVIL DEL CIRCUITO DE
IBAGUÉ

REFERENCIA: VERBAL

RADICADO: 73001310300220220022500

DEMANDANTES: PAULA ALEJANDRA CARVAJAL CRISTANCHO

DEMANDADOS: SALUD TOTAL EPS S.A

LLAMADA EN GARANTIA: ALLIANZ SEGUROS S.A.

AUDIENCIA: AUDIENCIA DE INTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO ART.
373 C.G.P.

PRACTICA DE PRUEBAS

AUDIENCIA 373 C.G.P 30 DE JULIO DE 2024

- **CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL – PARTE DEMANDADA – Dr. CARLOS VIVAS.**

EXPLICACIÓN INICIAL DEL DICTAMEN: Con un embarazo de 33 semanas que llega al servicio de obstetricia el 1 de septiembre del 2017 refiriendo salida de líquido por vagina y contracciones uterinas de cuatro y media horas de evolución. La paciente había estado hospitalizada entre oportunidades en la clínica durante el embarazo. En la primera oportunidad se le hizo un diagnóstico de una amenaza de aborto, en la segunda se le hizo un diagnóstico de una amenaza de parto pretérmino y la tercera vez tuvo un diagnóstico de edema gestacional y una protinuria gestacional.

Tenía cuatro reportes epográficos que mostraban un adecuado crecimiento fetal, ese es un dato

importante para las conclusiones, y unos laboratorios de control piratal que eran normales. Tenía el antecedente de una cirugía para una corrección de una comunicación interauricular, su embarazo había sido clasificado como adaptor riesgo. Al examen de ingreso la paciente presenta unos signos vitales normales, evidenciaba que tenía contracciones, había evidencia de la viabilidad fetal y tenía cambios en el cuello uterino, lo que sugería que realmente estaban en un trabajo de parto pretérmino.

Es hospitalizada con un diagnóstico, un embarazo de 33 semanas, un trabajo de parto pretérmino, una ruptura de membranas y se inició manejo con antibióticos, buteronilición y un refuerzo del esquema madurez pulmonar. Se inició un trámite de remisión ante la no disponibilidad de camas en la unidad de recién nacidos en la clínica. En ese momento se observa, revisando la historia clínica, valoraciones por enfermería al ingreso a las 5, 7, 10 y 11 y 9 de la mañana.

Desde el control de las 11 y 19 de la mañana no se pudo auscultar la fetocardia, o sea la frecuencia cardíaca del bebé con el Doppler, por lo que se le informó al médico y al ginecólogo, quien finalmente asiste y confirma la ausencia del activo cardíaco a través de la ecografía. Posteriormente a este diagnóstico y conclusión se indica la valoración psicológica y se inicia el manejo habitual para inducirle el parto. Durante el trabajo de parto se realizó valoración por anestesia, por su antecedente de cirugía cardíaca, quien confirmó que la paciente tenía una estabilidad hemodinámica adecuada y podía llevar este proceso sin riesgo.

Luego el parto se presentó el 2 de septiembre a las 11 y 21 con la expulsión de un feto de sexo masculino de peso 1,760 gramos y una talla de 39 sin signos vitales. En la placenta como hallazgo importante se describe un gran hematoma, la paciente por fortuna en el postparto inmediato evoluciona adecuadamente y se le da salida en el segundo día con órdenes de los controles ambulatorios. El resultado de la patología muestra un feto de 32 a 33 semanas, si en evidencia de malformaciones macroscópicas en la placenta sostervan múltiples infartos sugestivos de

insuficiencia placentaria y una nota donde se sugiere descartar infección por TOSH, que son infecciones asociadas al bebé que pueden producir aseteraciones en los bebés y en los recién nacidos.

En resumen, tenemos una paciente primitiva con un embarazo pretérmino de alto riesgo por sus antecedentes que consulta por contracciones y salida de líquido por la vagina. Presenta el momento de ingreso sin hospitales normales, evidenciando una frecuencia de agredad capital positiva y cambios en el cuello y también era evidente la salida de líquido neófilo, por lo que fue hospitalizada con diagnóstico de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas. Tiendo en cuenta estas condiciones, el manejo inicial de la paciente fue el correcto al ser hospitalizada, iniciar antibióticos y aplicarle el refuerzo de la madurez pulmonar.

La paciente con ruptura de membranas pretérmino antes de la semana 34, de acuerdo a la bibliografía Canet-Samos, debe ser tratada de esta manera, con manejo expectante, antibiótico, madurez pulmonar y hospitalización, que fue lo que le hizo a esa paciente. Esa paciente tenía una alta probabilidad de tener su parto durante esa hospitalización, por lo que era indispensable adecuar unas condiciones propias para la atención del bebé. Esto fue lo que hizo indispensable pensar en buscar una cama de unidades recién nacidos para que se atendiese el bebé al nacer.

Observó la hospitalización mientras se realizaba el trámite de remisión, ocurrió la muerte fetal. De acuerdo a la historia clínica y a la patología, se puede decir que era un feto que venía comprometido con el diagnóstico, una insuficiencia placentaria, a la que se le sobranegó un evento súbito, como he dicho, una abrupción placentaria, un desprendimiento de la placenta, porque se menciona al momento del nacimiento que la placenta tenía un coágulo en el alumbramiento, y esa abrupción placentaria pues probablemente fue la causa que produjo súbitamente el compromiso final del feto, que tenía ya una insuficiencia placentaria de base. Por fortuna, después de este proceso, la paciente lleva un postparto normal y no tuvo ninguna complicación en su periodo de postparto.

PREGUNTA: Dr. Carlos Vivas, usted nos puede indicar, de acuerdo a sus conclusiones, en donde estableció tres ingresos, si cada uno de los ingresos se dio a diagnóstico de acuerdo a cada una de las etapas gestacionales de la madre gestante?

Cada atención en cada momento parecía una enfermedad diferente, que correspondía a cambios en diferentes etapas del embarazo.

Por ejemplo, el primero fue una amenaza del aborto, el segundo fue una amenaza de parto pretérmino, y en el tercero lo que se hizo fue evaluar la posibilidad de algunas alteraciones en la parte de la atención arterial, descartando un EMA gestacional y una preeclampsia. En cada una de esas oportunidades, se le hizo la evaluación a la paciente y se le dio la salida en las condiciones apropiadas.

PREGUNTA: Doctor, por su experiencia, usted le puede indicar al despacho si ese manejo dado a la madre gestante en las tres atenciones fue el adecuado y conforme a lo establecido en las leyes ARTIS?

Empiezo a decir, cada uno de estos problemas se resolvió apropiadamente y la paciente pudo salir en condiciones adecuadas para su caso.

PREGUNTA: Usted manifestó en esta audiencia que se le formularon también medicamentos y antibióticos. Usted recuerda qué clase de medicamentos se le formularon a la madre gestante? Inicialmente se le me dice en el momento del ingreso?

Sí señor, durante las estancias en la clínica. En el momento del ingreso, ya la paciente cuando presentaba la ruptura de membranas, se le formularon unos antibióticos que se formulan siempre en el protocolo y que tratan de evitar que, al estar la membrana rota, sobreviva una infección posterior. Especialmente lo que tiene que ver para el bebé. Usted manifestó en sus conclusiones

que, debido a que se tenía la expectativa del nacimiento del bebé y ante la no existencia en ese momento de cama, UCI, neonatal, la clínica Torima solicitó a través de la EPS salud total la remisión.

PREGUNTA: ¿Usted le puede indicar al despacho si la remisión la podía efectuar la clínica Torima sin esperar la autorización de la EPS?

Lo que me pregunta es si se podía trasladar la paciente sin esperar la confirmación de la remisión, pues claramente la respuesta es que no. La paciente no puede salir de la clínica, mucho menos en esas condiciones en las cuales en cualquier momento se puede presentar el nacimiento del bebé sin tener establecido claramente la confirmación en el lugar donde va a ser recibida la mamá y la confirmación de que en ese lugar se cuenta con los recursos necesarios para atender al bebé.

PREGUNTA: Usted nos manifestó en esta audiencia que se estableció durante la tercera estancia, la última, que en el momento de hacer la auscultación a la madre de estantes estableció que no tenía, o sea que estaba cursando fetocardia, que no tenía movimientos en el corazón del feto y entonces se produjo el ovito fetal. Usted nos puede indicar si el ovito fetal es una urgencia o emergencia?

Quisiera que me especificara claramente a qué se refiere con que pueda ser una emergencia.

PREGUNTA: ¿o sea si es necesario para desembarazar, si es una emergencia cuánto tiempo habría para desembarazar?

Infortunadamente cuando se presenta la pérdida del bebé o la muerte del feto inútero, en ese momento pues ya no se puede hacer nada por el bebé y es necesario hacer pensar en la salud de la madre.

En esas condiciones hay que pensar qué es lo que a la madre le produce menos secuelas a largo plazo para que ella a su vez no sólo sea saludable sino que ojalá pueda tener más bebés a futuro y en esas condiciones lo que más le conviene es darle la oportunidad de tener un parto vaginal normal. Por eso se le dan los medicamentos para que le produzcan las contracciones y se produzca la auscultación natural del bebé porque es la vida que conlleva menos riesgos en este caso para la mamá y que pensando en el futuro le da la oportunidad de tener nuevos embarazos y en ese momento el parto va a tener menos riesgo para ella.

PREGUNTA: Usted nos manifestó que existió una patología realizada por el doctor Juan Carlos Castro, usted nos puede precisar frente a esa descripción que realiza en su dictamen el patólogo el tema de la insuficiencia placentaria, en qué consiste.

Sí, lo que dice el doctor es que en la placenta hay unos infartos, es decir que hay unas áreas de la placenta que no están funcionando bien y que probablemente hacen que la oxigenación del bebé no sea la adecuada, a eso le hace referencia cuando dice la insuficiencia placentaria. A mí me parece importante que tres cosas, una que como yo mencioné los resultados de la ecografía no mostraban una disminución del crecimiento en ese momento de acuerdo al reporte de la historia clínica, o sea que en el diagnóstico no había elemento para pensar que se estuviese presentando esa insuficiencia placentaria, pero de hecho sí se estaba presentando porque al final la patología sí lo demuestra. Y luego me parece que un evento importante es el tema del coágulo de la placenta, que sugiere que en un momento agudo se presentó un desprendimiento de la placenta y entonces deja un panorama más o menos claro de que la paciente tenía un problema de base como es una insuficiencia placentaria y al presentarse ese súbito desprendimiento de la placenta en un bebé que ya estaba comprometido con una función placentaria, comprometido, fue un fenómeno muy agudo que probablemente llevó a la muerte del bebé.

PREGUNTA: ¿Es decir, de acuerdo a su respuesta, que ese fenómeno efecto causa fue, digamos,

el detonante para el resultado del óbito fetal?

Sí, sí señor, pues de acuerdo al reporte. Usted nos manifestó la relación de la insuficiencia placentaria con el abrupto de la placenta. ¿Las dos situaciones tienen una relación directa como patología? Esa es una pregunta muy difícil de responder porque en realidad la ciencia no lo tiene claro, pero en principio son dos fenómenos aparte, a pesar de que se pueden presentar juntos desde el mecanismo a través del cual se produce la insuficiencia en un fenómeno que en este caso particular ya venía presentándose en la placenta y el abrupto es un fenómeno agudo, cierto, que en algún momento puede tener relación en algunas patologías, sí, pero que lo uno fuese consecuencia del otro, no necesariamente.

PREGUNTA: Usted manifestó en esta audiencia que la madre era primigestante, que tenía 33 semanas de embarazo en la atención última de la clínica Torino. ¿Usted le puede indicar al despacho si frente a esa condición los médicos que atendieron a la madre gestante le dieron los medicamentos necesarios para la maduración del feto?

Lo que pasa es que cuando se presenta la ruptura de las membranas hay que pensar que el parto probablemente va a ser necesario adelantarle porque tener la membrana rota se expone a un riesgo a que se presenta una infección, entonces después de lograr la gran duda que se tiene es si estos bebés que les falta tiempo tienen los pulmones maduros que los hace que estén listos para nacer, entonces al tener esa preocupación lo que se hace es aplicar los medicamentos para madurar los pulmones y dentro de lo posible darle el tiempo para que estos medicamentos actúen y de esa manera mejorarle las condiciones que podría tener el bebé al nacer. Señoría no tengo más preguntas para el pedito, ha sido muy claro en su historia y se ha rendido.

PREGUNTA: ¿Por favor, usted nos podría indicar la metodología que se utilizó para realizar su dictamen pericial?

Sí claro, hicimos una revisión de la historia clínica que hicieron llegar y a través de la revisión de la historia clínica a hacer una revisión cronológica de los hechos y de las diferentes situaciones que se presentaron durante el proceso de atención a la paciente, revisando los medicamentos que se emplearon y los tiempos en los que se emplearon los medicamentos y cada una de las acciones que finalmente terminaron en el diagnóstico del óbito y luego en la atención del parto y las atenciones en el postparto hasta la salida de la paciente.

Después de eso entonces se llevó a un análisis inicial que con base en la revisión de alguna información que fue anexada a mi informe, entonces pudimos correlacionar datos con la literatura mundial, es decir, por ejemplo yo fui a revisar las guías de NICE, NICE es el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud del Reino Unido que deja ver si realmente es indispensable el monitoreo fetal comparado con la disputación intermitente en cuanto al control del trabajo de parto y si eso cambia, si es un trabajo de parto en fase latente o en fase activa o en el expulsivo de la paciente. Y esa literatura que tuve la oportunidad de anexarles para que ustedes la revisaran muestra que en la fase latente se podía hacer el control del bienestar fetal de la misma manera sin tener efectos adversos con la disputación intermitente adicional comparado con la monitorea. Esto pensando en que cuando uno ausculta la frecuencia diarreca del feto, en caso de tener contracciones y se auscultan después de las contracciones, esto podría ser un indicador del bienestar del feto.

También tuve la oportunidad de anexarles un documento que habla del abrupcio de placenta y cómo deja ver que la mortalidad de esta situación en fenómenos agudos es del 10%. Entonces si ustedes tienen la oportunidad de leer ese artículo entonces podrán ver que es un evento agudo grave que con frecuencia es una causa importante de mortalidad en los bebés. También les puede referenciar la resolución 3280.

Hay que tener en cuenta que esto es un evento que no podríamos comparar con la literatura actual

sino con la literatura que era disponible en ese momento. Bueno no creo que sea necesario que les exponga pero ahí están los documentos. También les anexé un documento de ruptura prematura de membrana donde hablan de cómo en las pacientes que rompen membranas antes del término se hace necesario pensar en la madurez pulmonar, en poner los antibióticos y desembarazar los bebés sólo en caso de que las contracciones precisan o en caso de que haya signos de infección.

Entonces después de revisar todo esto en la literatura, entonces receté y les agregué el análisis que está ahí plasmado.

PREGUNTA: Doctor, indíquenos, indique el despacho si es cierto o no, que la paciente Paula Carvajal ingresó el 1 de septiembre del 2017 a la clínica Tolima a las 4 y 33 am por el servicio urgencias con dolor abdominal tipo contracción de 4 a 5 horas de evolución, salida de líquido sanguinolento por la vagina y con movimientos fetales presentes. ¿Eso es cierto o no?

Sí señor.

PREGUNTA: Doctor, según la revisión de la historia clínica, por favor indíquenos si al momento del ingreso la paciente es atendida por médico general o por un ginecóstete.

Por el médico general.

PREGUNTA: Doctor, ¿qué significa que la paciente tenía alto riesgo obstétrico y por qué se considera este riesgo en el caso de ella?

Ese riesgo se clasifica desde antes del parto, desde muy temprano en el embarazo, con base en una información de la historia clínica, hay unos puntajes que se dan de acuerdo a si es el primer embarazo, el segundo, si hay antecedentes de algunas enfermedades en la historia de ella o de su

familia, básicamente y se genera un puntaje que genera un riesgo.

En el caso de ella era importante el antecedente de la cirugía, de la corrección de la comunicación interauricular y eso per se le daba un riesgo importante. Por fortuna ese riesgo aparecía en la clasificación, pero esa enfermedad como tal, para el caso particular, la paciente gracias a Dios no tenía ningún compromiso a ese respecto de su infección cardíaca.

PREGUNTA: Ustedes mencionó el tema de que tenía una insuficiencia placentaria, sumado digamos al riesgo que se indica que se clasificó, para este caso ¿qué supervisión o vigilancia de parte del equipo médico y especialmente de ginecología y obstetricia debería garantizarse en la paciente?

El diagnóstico de insuficiencia placentaria es un diagnóstico de patología, no es un diagnóstico al cual se hubiese tenido acceso con anterioridad, o sea por eso mencioné la información de las ecografías, que casualmente las ecografías, uno le hace seguimiento y mostraba que el crecimiento era el adecuado del bebé, entonces no había forma de hacer el diagnóstico de insuficiencia placentaria con base en esa información, solo se hizo después de que el bebé nació, pues claro con posterioridad y era un diagnóstico que para el momento del ingreso de la paciente no se tenía hecho.

PREGUNTA: Doctor, indica en el despacho si es cierto, sí o no, que a la paciente desde que ingresó a las 4 y 52, o sea ingresa a las 4 y 33, pero aproximadamente a las 4 y 52 se le ordenó valoración por ginecología y obstetricia, además de monitoreo fetal y otros laboratorios, ¿eso es cierto?

No, la verdad no lo tengo tan claro, tendría que revisar en ese momento ese dato específico a la historia.

PREGUNTA: Ok, entonces en ese momento ¿tiene acceso a la historia clínica de la paciente?

Déjame ver, yo ya lo reviso en ese momento, voy a cambiar de computador por el tema este de la conexión, voy a mirar. Señoría, le solicito que si es posible que le demos un tiempito al doctor, porque otras preguntas que le voy a hacer también dependen de la historia del clínico que se manejó.

Aquí estoy en la nota de ingreso, dice diagnósticos, seguramente usted también tuvo la oportunidad de verlo, vamos a mirar en la nota médica, dice interpretación para clínicos, los resultados de las pruebas, observación, maduración pulmonar, no disponible cama en la unidad de FSM, ha sido silenciar trámite de remisión. Hasta ese momento no veo técnica que solicite esa valoración. Dice órdenes médicas, monitoreo, sí, ahí se ordenó la monitoreo, monitoreo fetal, cuadromático, proteína celestial, paracellorina, coloración, sí, o sea, se me pregunta si se ordenó el monitoreo y si fue una doctora médico general que hizo y que aparece firmando el ingreso, pero ahí no logro observar que se estipule, que se ha llamado el especialista, el ginecólogo en ese momento.

PREGUNTA: Doctor, creería que de pronto si miramos por hora, en la hora 4.52 de la mañana.

Yo estoy leyendo las notas médicas, estamos hablando de las notas médicas, porque yo tengo las notas médicas 4.33 de la mañana, cierto, y esas notas aparecen, todas esas órdenes médicas que yo le menciono y otras relacionadas con la obtención y los medicamentos. A las 4.52 dice, interconsulta, ginecoceticia, paciente de 24 años, primestarte, trabajo en embarazo 33 semanas, trabajo al parto, fase latente, bienestar fetal por clínica.

Esa nota aparece como de ginecoceticia, ¿cierto?

INTERVENCIÓN. No, creo que está firmada por la misma doctora.

Sí, la firma aparece de la doctora, pero es como si la hubiera hecho ginecología, porque aparece 4.52 ginecología obstetricia, aparece en el título de la nota. La firma aparece firmada por la doctora, pero pienso que puede pasar que la valoración se hiciera y la nota lo hubiese escrito la doctora, porque dice claramente, en el título dice ginecología obstétrica.

Se lo puede ver 4.52, primero de septiembre del 2017. Correcto, listo, bien, entonces digamos que, pues, respecto a ese tema no hay claridad porque no está firmado, aunque abajo dice estado ordenado, ¿sí? Sí, ordenado. Ok, listo, continuamos doctor.

PREGUNTA: Bueno, en el caso de la señora Paula, o sea, sabiendo cómo ingresó a la clínica, ¿por qué razón tenía indicado la valoración por monitoreo fetal? Y eso que trataban de confirmar el bienestar fetal, es la indicación del examen.

Ok, hay varias formas de valorar bienestar fetal, hay ecografías, Doppler, monitoreo, y hay unas formas clínicas que han dado, por ejemplo, lo que le mencionaba de la auscultación post contracción y el perfil biofísico, o sea, la presencia de movimientos fetales o movimientos respiratorios del bebé, y el Doppler fetal, no sé si ya lo mencioné, pero son varias las formas de valorar el bienestar.

PREGUNTA: Listo doctor, como se tiene ahí acceso y cuando estudió la historia clínica para hacer el dictamen policial, ¿se puede indicar cuántas valoraciones por especialista?

(..)

O sea, según su concepto 2, y según lo que está afuera de la historia clínica, según lo que podríamos entender. Sí, podríamos entenderlo así. Habría que entender que la historia clínica es un documento apio, si usted me pregunta detalles de horas, tendría que referirme directamente a revisarlo nuevamente, porque quedó en la sede de memoria.

O sea, según su concepto 2, y según lo que está afuera de la historia clínica, según lo que podríamos entender. Sí, podríamos entenderlo así. Habría que entender que la historia clínica es un documento apio, si usted me pregunta detalles de horas, tendría que referirme directamente a revisarlo nuevamente, porque quedó en la sede de memoria.

PREGUNTA: Doctor, usted podría indicarnos si se le realizó, o no a la paciente, ¿el monitoreo fetal ordenado desde el ingreso?

Yo tengo entendido que sí, en el sentido de que se le escuchó, que es un monitor fetal. Un monitor fetal es un instrumento donde, a través de un dispositivo que se llama un Doppler, se le escuchan las frecuencias cardíacas al niño. Y, adicional a eso, ese Doppler tiene una conexión a un aparato que tiene la capacidad de hacer un registro en un papel de la frecuencia cardíaca.

Y eso se puede correlacionar en caso de que se presenten contracciones o movimientos, y se puede ver cómo la frecuencia cardíaca puede variar de acuerdo a los movimientos y a las contracciones. En ese orden de idea, pues, a la paciente se le hizo el monitoreo a través de escucharle la frecuencia cardíaca fetal con el Doppler. En la historia clínica dice que se usa el Doppler para escuchar la frecuencia cardíaca fetal, pero lo que no se hizo fue el registro, por lo que dice que no tenía papel.

PREGUNTA: Doctor, usted acaba de indicar que en la historia clínica está registrado esta situación. ¿Usted me puede indicar en qué parte?

A ver, miramos. Aquí cuando no... A ver... Ahí cuando dice que no le escucharon la frecuencia cardíaca fetal, dice que usaron el Doppler, ¿cierto? ¿O es de para atrás? Sí, esa es la última.

Por decirlo así, la once y algo. Muy bien. Se usó el Doppler para escuchar la frecuencia, pero fue cuando no se las juntó, ¿cierto? Usualmente el Doppler es un instrumento disponible, usualmente

en la sala de partos, porque es usualmente lo que se le escucha la frecuencia cardíaca al bebé.

A ver si mencionan... Me acuerdo perfectamente que en ese momento se menciona. Bueno, en los otros sitios menciona la frecuencia cardíaca, pero no dice exactamente con qué instrumento lo escucharon. Tendría que de pronto revisar las notas de enfermedad, pero aquí no las tengo a la mano.

Bueno. Listo, doctor. Bien.

PREGUNTA: Doctor, ante una posible insuficiencia placentaria, es decir, también el término de salida de líquido amniótico, sanguinolento, ¿se podría presentar algún tipo de cambio en la monitoría fetal?

No. Sí, claro. O sea, sí.

PREGUNTA: Doctor, ¿es decir que la monitoría fetal permite detectar si hay un posible compromiso fetal y tomar decisiones pertinentes en pro del cuidado del bebé?

Sí, hay que verlo en dos sentidos. En la monitoría fetal, todos los métodos diagnósticos tienen una especificidad, ¿cierto? Y una sensibilidad. O sea, son muy buenos.

Algunos son buenos para decir que el bebé está bien, pero malos para decir que el bebé está mal. El monitoreo fetal no es un examen tan específico. O sea, no es como decir, no es como la patología que encogió la placenta y veía claramente que ahí estaba la calcificación y que tenía la insuficiencia placentaria.

La monitoría fetal es un examen que tiene una buena sensibilidad, pero una mala especificidad. Es

decir, es buena cuando todo sale bien, pero es mala cuando dice que algo está mal. En resumen, usted puede tener la insuficiencia placentaria y la monitoría fetal ser normal.

O al contrario, no tener la insuficiencia placentaria y la monitoría salir mal. O sea, no es un examen conclusivo en ese aspecto que sí claramente lo puede orientar, por supuesto.

PREGUNTA: En el caso de la señora Paula, bueno, lo que pasa es que no se le hizo algún tipo de auscultación, de monitoreo, según la historia clínica, no está registrado. Por esa razón, mis preguntas anteriores, si estaba, digamos, plasmado en la historia clínica. Pero en el caso... Sí se le auscultó la frecuencia cardíaca, no es que no se le auscultó nada.

No es que no se le hizo nada, no. Si se le tomaba la frecuencia cardíaca, como está protocolizado, que se debe hacer de manera intermitente, lo que no se le hizo fue el registro. De hecho, yo pienso que esa auscultación de la frecuencia cardíaca fetal se hacía con el doble, porque es la forma normal con la que se hace.

Pero, pues, no. En inglés exactamente no lo puedo confirmar. Pero es usualmente como se hace, se hace con el doble.

PREGUNTA: Listo, correcto, doctor. Dice que no lo puede confirmar. Más adelante vamos a hablar del tema en las últimas preguntas. Doctor, en el caso de Paula, de la señora Paula, digamos, de haberse detectado algún compromiso fetal, digamos, mediante la monitoría, mediante la auscultación, ¿cuál hubiese sido el protocolo a seguir?

Depende. Depende de la conclusión del diagnóstico. Voy a dar un ejemplo. Cuando una paciente está en trabajo de parto, una paciente... ... está en trabajo de parto y tiene contracciones y se le hace el monitoreo fetal y la monitoría fetal muestra algún tipo de compromiso fetal, entonces usted

lo que hace es tomar unas medidas y repetirlas. Por lo que digo que el examen no es bueno para sacar conclusiones en cuanto a eso. Probablemente uno no diga esto está... tiene alguna duda y toca salir corriendo a hacer algo.

No. Es necesario repetirla y confirmar con otros métodos diagnósticos. Entonces, pues sí, si la monitoreamos a alguna alteración, pues toca eventualmente repetirlo haciendo un doble o una nueva ecografía o alguna cosa.

Lo que pasa es que a mí me da la impresión que esos fenómenos son muy agudos y esto ha corrido muy poco tiempo, pero de pronto hemos estado nosotros más tiempo aquí sentados de lo que ha pasado con la señora entre el ingreso por urgencias, fue hospitalizada, le hicieron los exámenes, le tomaron la sangre, le pusieron el antibiótico, le hicieron las órdenes y eso es un proceso en el que yo veo que hasta las 11 de la mañana pasaron realmente muy pocas horas. O sea, eso no... hay que estar sentado en la clínica o en el hospital un poco para entender esa dinámica, ¿no?

PREGUNTA: Listo, doctor. Doctor, usted nos habló acerca de una reemisión. ¿Por qué era importante hacer la reemisión de la señora Paula o hacia otra institución?

Pues hacia otra institución. Si da su bebé pretérmino que no puede respirar porque no tiene su pulmón en diso para respirar, es indispensable intubarlo y ponerlo en una máquina para que respire. Si no se hace eso, pues le van a hacer y no va a poder vivir.

PREGUNTA: Ok, doctor. Doctor, usted en la historia clínica que usted tuvo ahí para hacer el dictamen pericial, usted pudo determinar, pudo verificar en qué terminó el proceso de reemisión, si fue aceptada por la clínica o por la EPS de salud total. ¿Se hizo alguna gestión? ¿Está plasmada en esta clínica?

No, la parte médica yo revisé.

Se dice, lo que vimos ahorita, que se inició muy temprano el trámite de reemisión por las razones por las que se hizo, pero no, esa parte no la veo.

PREGUNTA: Ok, doctor. Doctor, en su dictamen usted describe que la paciente fue valorada por enfermería al ingreso a las 5, 7, 10 y 11, 19 último control de fetocardia. Estas valoraciones fueron realizadas por un profesional, jefe de enfermería o por auxiliares de enfermería?

Yo no me fijé. O sea, dice ahí en las notas de enfermería que tenía fetocardia la paciente. No veo a qué viene la diferencia en que si es el profesional o la jefe. Me parece igual de valioso que la consultación se haga por una u otra persona que sea en ese sentido para ejercer esa función.

PREGUNTA: Bueno, doctor. Como usted tiene ahí la historia clínica ya para terminar, doctor, esto, digamos por horas en las notas de enfermería a las 5 de la mañana, no sé, doctor, si de pronto No tengo la historia, dígame. A las 5 de la mañana, correcto, sí. 4 y 54, nota aclaratoria. ¿Estamos viendo la misma historia? Creo que sí, pero busquemos horario de 5M en el cual se indica fetocardia en 148 latidos por minuto. Yo tengo 4 y 54 nota aclaratoria, 4 y 51 aplicación de clindamicina 4 y 50 aplicación de tramadol del primero de septiembre estamos hablando del 2017, ¿cierto? Perfecto, sí señor. Después de la nota de las 4 y 54 que aparece en el perfil infeccioso se cambia la piscina por clindamicina se explica a la paciente el diagnóstico después de eso no veo la nota que usted me menciona. Caray.

Creo que no estamos mirando el mismo documento. Estoy viendo un documento que dice documento impreso el 4 de noviembre del 2022 a las 10 y 27. Un segundo doctor, digamos, porque ya con esta terminaríamos impreso un documento que dice eso de la página 24 un documento que tiene 41 páginas.

Es que creo que como ustedes le envían una historia química sin otros anexos entonces nos cambia el perfil para leer. Tengo un documento impreso 10 y 27 del 4 de noviembre, doctor. Sí, eso.

Listo, bien. Entonces, 4 y 10 Fecha dice 5 y 17 no, sí, esa parte dice 5 y 17 firmada electrónicamente, compresa de estéreo Su señoría, si me permite compartir pantalla para mayor claridad Ya estoy terminando, señoría. Sí, puede compartirse.

Mientras usted me muestra eso, a mí me queda la duda de que bueno, no, muéstreme el documento recién visto. Lo puede ampliar un poquito para decirle a uno viejito Gracias, sí, eso está mucho mejor, muchas gracias. Dice 5 de la mañana, auxiliar de enfermería 148 por minuto es valorado por la doctora López Sí, bueno, acá hace referencia a esta parte No, no lo estoy escuchando tiene el micrófono apagado Listo.

RESPUESTA E INTERVENCIONES: Bueno, aquí verificamos petocardia de 148 latidos por minuto hora 5M del 9 de septiembre del 2017. Fíjense que ya dice que la doctora estaba ahí Yo presumo que la doctora está al lado de ella con la petocardia o sea, por más de que ella fue la que la anotó y la escuchó Sí dice que la doctora está en ese momento ahí Bueno, avanzamos un poco, hora 7 de la mañana Sí se ve claramente Petocardia positiva Sí Sí señor, yo lo veo claramente Doctor, usted como ginecólogo y obstetra quedaría tranquilo con un reporte de petocardia como positivo o usted debería expresar o la historia clínica debería expresar la cantidad de latidos por minuto ¿Cuál es el rango normal de la petocardia? ¿Nos puede indicar por favor? Están los números, sí señor Perdón, sí señor, ¿qué perdón doctor? Sí señor, debería describirse el rango o cuánto tenía Ok, avanzamos un poco más entonces Vemos acá 7 y 30 Le voy a dejar aquí un poco quieto el cursor para que usted no verifique si hay otro registro La 7 y 30 No, pues yo hoy no lo veo Tranquilo, hoy le digo un poco ¿Movimientos fetales presentes? Pensó lo de los movimientos, es importante ¿no? Porque si el bebé se mueve estaba vivo Verificamos que 7 y 30 de la mañana ¿no? 7 y 30, sí señor,

estamos solo viendo las de enfermería Había que compararlo con las notas médicas ¿No le parece? Listo y avanzamos un poco a las 10 de la mañana Creo que tampoco se verifica Aparte no dice Y últimamente aquí a las 11 y 55 Aquí ya es donde va ¿Listo doctor? Voy a cerrar ¿Si le parece? Listo A lo que yo, es que el último registro que se hizo Bueno, ese último que le acabo de enseñar Tampoco aparecía el tema de la fetocardia Sin embargo, como usted bien lo dijo Lo que se mencionó fue cuando ya se indicó Que no existía, digamos, movimientos fetales Y ya se indicaba en la noticia Entonces,.

PREGUNTA: Doctor, me queda una inquietud La valoración es de control de fetocardia Según la literatura médica ¿Cada cuánto se debe revisar a una paciente Que está en ese estado de embarazo? En el estado de la paciente Sí, depende de si está en trabajo de parto o no Y si el trabajo de parto es en fase activa O fase latente Y depende del documento de la guía que uno consulte Básicamente, en una fase latente

Está escrito en la guía del Servicio de Salud para esa época Que los síntomas vitales de la paciente deben registrarse cada hora Y si está en fase latente Y si está en fase activa, cada media hora Y si está en expulsivo, cada cinco minutos.

PREGUNTA: En la literatura médica O por lo menos en los protocolos de atención del 2013 Se indicó que por lo menos cada cuatro horas ¿Es posible que eso sea correcto? Es posible Pero depende, como digo, de si la paciente está en trabajo de parto o no O si está solo en observación Si se tiene en cuenta Que el último control de fetocardia fue Según el registro médico que incluso nos mostró El abogado de la parte demandante fue a las 7 am De conformidad con las notas de enfermería Y el último control fue a las 11 ¿Es posible determinar que entonces estaríamos dentro de esas cuatro horas Que dicta el protocolo médico Aceptado en el 2013?

Pues sí, no sé Yo pienso, yo dejé en el informe Los registros de estos y tengo que revisar

nuevamente la historia clínica Porque soy seguro que yo no los invertí Ahí deben estar Y hay que revisar entonces exactamente Dónde aparecen los registros de la frecuencia de cardiaca fetal.

TESTIMONIO DR. PADILLA MARIO PADILLA

Soy médico ginecólogo Egresado de pregrado de la Universidad Juan N. Corpas en el 2000 Y egresado de ginecología artificial La Fundación Universitaria San Martín en el 2008 Máster en cenología de la Universidad de Barcelona En el 2018 Y actualmente soy ginecólogo de la finca Tolima

PREGUNTA: Como testigo Del caso de la paciente Paula Alejandra Carval Cristancho Ok, puede hacer a esta audiencia un relato claro Y detallado ¿Usted considera importantes En relación con el caso De la señora Carvajal?

Listo, sí señor El único acto médico que tuve yo Con la paciente Paula Alejandra Carvajal Yo me encontraba Evolucionando las pacientes El día, perdona Camilo El día primero de septiembre La dinámica era evolucionar Todas las pacientes de piso Y cuando estaba evolucionando las pacientes de piso Recibo un llamado del médico de urgencias Que no escucha la fetocardia de una paciente Inmediatamente bajo al servicio del CEPAC Valoro a la paciente Le realizo una acografía En donde encuentro un feto único Sin actividad cardíaca Realizando el diagnóstico de ovito fetal Posterior al diagnóstico Pues obviamente se le explica a la paciente Al esposo y a los familiares El diagnóstico y la conducta seguida ¿Usted teniendo en cuenta Que participó En la atención de la paciente ¿Le puede indicar Que la atención Brindada por la clínica Fue la ideal O si hubo fallas Sí doctor Con una paciente como lo explicaba El doctor Carlos Vivas El manejo indicado Es el manejo expectante Que decimos nosotros Así como lo dice la literatura Y los protocolos de la clínica El manejo expectante es tal cual Como iniciaron el manejo La médico de ingreso Que es iniciarle maduración pulmonar Iniciarle antibiótico a la paciente Iniciarle tocolisis Y el manejo expectante se realiza Para que el

pronóstico del bebé sea mejor ¿Por qué? Porque un bebé prematuro tiene mayor riesgo De sangrado cerebral, de sangrado gancho intestinal Mayor riesgo de hospitalización en UCI Y mayor riesgo de días en UCI Entonces por eso se hace el manejo expectante En este tipo de pacientes

PREGUNTA: ¿Qué fue el manejo que le realizaron a la paciente? ¿Se le puede atribuir alguna responsabilidad A la clínica o a los médicos Que atendieron a la paciente?

Doctor yo creo El manejo que se le realizó al paciente Es el que está en la literatura médica Una paciente con el diagnóstico que entró O el adecuado Así como le explico El manejo expectante es darle Que cuando nazca el bebé Las secuelas sean menos Darle el beneficio de la maduración pulmonar Y darle el beneficio de que gane más peso el paciente Para así reducir las complicaciones del bebé Cuando nazca

PREGUNTA: ¿La clínica o los médicos Que atendieron a la paciente Podían prever el desenlace fatal Que se presentó en la pérdida del bebé?

Desde el momento del ingreso comercial La forma de valorar El bienestar fetal La frecuencia cardíaca Donde el bebé siempre fue normal Incluso tenía membranas rotas Y el líquido nunca fue meconiado Que es un hallazgo que se puede documentar En pacientes cuando hacen hipoxia Y sufrimiento fetal Eso fue un evento súbito No se podía prever El desenlace catastrófico De la paciente.

PREGUNTA: ¿cuál es el análisis del caso y cuál es el, digamos, los tiempos para llevar a cabo el desembarazamiento de la señora Paula Alejandra Cristancho? ¿Qué nos puede decir al respecto? No le entiendo muy bien la pregunta. O sea, usted baja.

No, yo la valoro. Sí, sí, sí, ya más o menos la entiendo. Yo la valoro, hago el diagnóstico, me

comunico con el ginecólogo de urgencias, que era el doctor mayor de la sala de partos, le comento el caso e inmediatamente en la residencia de la sala de partos.

O sea, entre la urgencia, entre mi valoración y que la subieron, el lapso fue nada, porque yo hablé con el doctor Mora y dice en la historia y la acepta inmediatamente. O sea, la trasladan de urgencias, de CEPAC, la trasladan inmediatamente a la sala de partos donde está el ginecólogo de turno que en ese día estaba el doctor Jaime Mora, porque ahí estaba escrito en la historia clínica. ¿Es decir que el parto se produjo el mismo día, o sea, horas siguientes a su dictamen? Pues tiene, no, no, no, pues tiene que tener en cuenta que eso es una evolución, ¿no? El trabajo de partos se divide en fase latente, que tiene unas horas, y una fase activa, que tiene otras horas.

Eso no puede ser de forma inmediata, eso tiene una evolución. Pero ella obviamente está dentro de los parámetros desde el momento que se trasladó, se le inició el medicamento de inducción y el parto. Correcto.

PREGUNTA: ¿Recuerda usted, doctor, por el conocimiento que tiene el caso, si una vez producido el parto, se mandaron pruebas al laboratorio en patología? ¿Recuerda usted si existe o existió frente a ese caso algún dictamen de patología que estableciera las posibles causas de la muerte intrauterina del bebé?

Pues en ese momento no, obviamente, pero estuve revisando la historia y sí revisé el reporte de patología. ¿Al despacho qué pudo examinar en ese reporte de patología? Que reportaba unos infartos placentarios y un hallazgo de una insuficiencia placentaria.

PREGUNTA: ¿De acuerdo a su conocimiento, usted le puede indicar al despacho qué es esa insuficiencia placentaria y relacionárnosla con los infartos que menciona el informe de patología por el doctor Juan Cármen del Hospital Férico Lleras, a costa de la ciudad de Ibagué?

Claro, en palabras sencillas, es cuando la placenta no aporta los nutrientes ni el oxígeno adecuado al feto y eso se ve reflejado en primera instancia en el crecimiento fetal.

PREGUNTA: Doctor Mario, ¿usted le puede indicar al despacho? ¿Sí me está escuchando así? Sí, sí, señor. ¿Usted nos puede indicar, de acuerdo a lo manifestado anteriormente, si esa insuficiencia placentaria, de acuerdo a la literatura médica, digamos es la causa de la muerte intrauterina?

Pues basada en la patología, pues esa fue la causa.

PREGUNTA: ¿usted a qué hora se ingresó ese día a la hora de la clínica?

La paciente ingresó a las 4 de la mañana y yo ingresé a turno a las 7 de la mañana. Yo estaba disponible para valorar pacientes en hospitalización. Ok doctor.

PREGUNTA: ¿Con usted había otro ginecólogo de turno o otro de la misma especialidad? Sí señor, el doctor Jaime Mora que estaba en sala de cuartos. Pero ingresábamos los dos a las 7 de la mañana, no a las 4 de la mañana cuando ingresó la paciente. Ok doctor.

PREGUNTA: Doctor, usted conocía de la condición, perdón, replanteo. ¿Conocía usted de la condición de Paula previamente y de su riesgo obstétrico?

No, hasta el momento en que me llamaron. Ok.

PREGUNTA: Doctor, ese día, ¿a qué horas valoró usted por primera vez a la señora Paula? A las 2 y 35 como lo dice la historia clínica. Ok.

PREGUNTA: ¿Sabe usted, si usted me indica que había otro, el doctor Jaime Mora, ¿sabe usted si el doctor Jaime hizo alguna valoración antes de la hora en la que usted realizaba la valoración de la paciente? No tengo conocimiento doctor.

PREGUNTA: Ok. Doctor, usted tiene conocimiento para la fecha o recuerda para la fecha de los hechos, ¿cuántos monitores fetales tenía la clínica Tolima a disposición?

Uy, no, la verdad no, eso fue en el 2007, pero en la sala de partos había, creo que dos, tres, no sé, dos, no sé, la verdad no estoy, no me acuerdo. Ok.

PREGUNTA: ¿usted era conocedor que a la señora Paula Carvajal no se le había realizado la monitoreo fetal?

Doctor, como le indiqué, yo conocí la paciente en el momento en que acudía al llamado del médico general.

Ok, perfecto. Bueno doctor, para este caso ya usted conoció la historia clínica de la paciente.

PREGUNTA: Doctor, ¿es normal que se deje de practicar una monitoreo fetal por falta de papel?

Pues porque eso es lo que está registrado en la historia clínica. ¿O esto se informa al doctor, al químico, etcétera, para ordenar otra alternativa? Igual ahí tenían el doble, la fetocardia, podían escuchar, como lo indicó el perito, con la frecuencia cardíaca intermitente es casi lo mismo que hacer una monitoreo fetal.

PREGUNTA: Ok, exactamente doctor, ya que usted lo menciona exactamente, ¿usted conoce cuál fue la alternativa que se tomó en reemplazo de la monitoreo fetal?

Perdón, no la escuché.

PREGUNTA: Bueno doctor, mi pregunta es si usted conoce con exactitud, ¿cuál fue la alternativa que se tomó para reemplazar la monitoreo fetal?

O sea, fue clínica la frecuencia cardíaca intermitente y los movimientos fetales de la paciente. Doctor, ante una insuficiencia placentaria, ante salida de líquidos amnióticos, animolentos, ¿se podría presentar algún cambio en la monitoreo fetal? No, lo que pasa es que este evento fue agudo. Como le digo, cuando le explicaba al doctor cuál es la insuficiencia placentaria, lo primero que se refleja es en el crecimiento del bebé.

Las ecografías de la paciente nunca se vio restricción del crecimiento ni feto pequeño, ni nada que no le hiciera sospechar la insuficiencia placentaria. Eso fue un evento agudo. Ok.

PREGUNTA: Usted puede encontrar, doctor, una monitoreo fetal. Es un diagnóstico estático. Usted puede encontrar ahorita una monitoreo buena y en una hora o dos horas, un desenlace.

El que no se le espera, o sea, eso no le garantiza a usted que no vaya a pasar nada con el feto.

PREGUNTA: Correcto, doctor. Según su respuesta, que dice que en este momento se puede tomar una monitoreo, después puede pasar otra circunstancia. Entonces, en el caso de la señora Paula, ¿a cuánto se debió estar haciendo una vigilancia del estado del feto?

Lo que pasa es que depende del escenario, depende de la paciente. Toca individualizar la paciente. Una cosa es una paciente en trabajo de parto, en fase latente, en fase activa, en exclusivo.

O sea, eso cambia. Cada paciente es una paciente diferente, doctor. Correcto.

Si usted revisa las guías de RPMI, ni siquiera está indicando cada cuánto. Ok, doctor, pero según su experiencia y pues determinando que es el caso de la señora Paula, lo que sucede es cada cuánto. Señorita repetitiva, es que él ya indicó que eso depende de cada caso en concreto.

Señorita, sí, efectivamente cada caso en concreto, pero estoy hablando del caso en concreto de la señora Paula. Y no me ha dado respuesta, me dice dependiendo del caso. No, doctor, es que la literatura en caso de RPMI no dice cuánto está indicado cada cuánto.

Por eso le digo, tiene que individualizar la paciente.

PREGUNTA: Ok. Doctor, ¿por qué era importante remitir a la paciente o a la señora Paula a otra IPS? O sea, ¿por qué era importante, teniendo en cuenta que esta solicitud se hizo desde el momento de ingreso de la paciente a la clínica?

Pues porque era un embarazo pretérmino. Finalmente la RPMI, cuando cumplen los esquemas de maduración, toca desembarazarla. Y no había disponibilidad en la clínica, o sea, toca hacerlo con anticipación. Y desde que ingresó la paciente activaron la remisión y por eso es, o sea, lo necesitaba.

PREGUNTA: Ok, usted me dice, acaba de decir... Le voy a explicar lo del manejo expectante en cuanto a la maduración. Usted madura la paciente y 48 horas después toca desembarazar la paciente. ¿Sí? Entonces en la clínica no había disponibilidad de UCI.

Por lo tanto se inició la remisión desde el momento del ingreso. Ok, doctor, ¿usted tiene conocimiento de este proceso de remisión? ¿En qué terminó? ¿Si fue aceptada por la clínica o la IPS de salud total se pronunció respecto a la solicitud de remisión?

No, no tengo conocimiento,

PREGUNTA: doctor. Ok, doctor, tengo entendido que usted fue quien dio la noticia a la señora Paula respecto al óvito fetal.

¿Es así?

Sí, señor.

PREGUNTA: Doctor, ¿podría indicarnos usted qué explicación le dio a la señora Paula de esta situación que se presentó frente a la pérdida del bebé? ¿Qué explicación? Sí, o sea, sí, ¿qué explicación se le dio?

Obviamente se le explicó el diagnóstico a la señora, se le explicó la conducta a seguir, los posibles riesgos y complicaciones que puede conllevar el trabajo de parte del parto. Ahí incluso está en la nota que se le explica a la paciente, se le explica al familiar, se le explica al esposo, se le explica y se le aclaran dudas.

Todo eso está escrito en la historia clínica, doctor.

PREGUNTA: Doctor Mario, bueno, una paciente de alto riesgo obstétrico como el de la señora Paula, ¿debe ser supervisada por un auxiliar de enfermería, por un médico general o por un especialista en ginecología y obstetricia?

Doctor, es que no sé si usted tenga conocimiento que el alto riesgo obstétrico se clasifica es por una tabla que es por la Herrera de Hurtado y es según los antecedentes de la paciente. No por la patología, toca independizar una cosa de la otra, no porque tuviera un RPM en alto riesgo, sino por

los antecedentes de la paciente es que se clasificó en alto riesgo.

PREGUNTA: Correcto, doctor. Y respecto al alto riesgo en el que se clasificó la señora Paula, ¿quién debería estarla vigilando o atendiendo?

El médico general tiene la competencia de hacer la admisión y fue lo que se hizo y se hizo el manejo adecuado, o sea, el manejo que hizo, el ingreso es el mismo que ha podido hacer el médico ginecólogo, o sea, no iba a cambiar el desenlace, doctor. Listo, doctor Mario.

PREGUNTA: Doctor Mario, atendiendo a su experiencia, al caso concreto y mirándolo un poco de manera retrospectiva, ¿usted considera que los profesionales de la clínica de Ritolima o todos los profesionales que le atendieron a la paciente hubiesen podido haber hecho algo desde el ingreso a esta institución que hubiesen podido evitar el desenlace fatal?

Pues, doctora, como lo vengo repitiendo, el manejo que le hicieron a la paciente con el diagnóstico fue el adecuado.

TESTIGO DR. CARLOS:

PREGUNTA: ¿Quiere hacer un relato, doctor, claro y detallado de los hechos que considera importantes en relación con este caso? Del caso no me acuerdo, pero indique la historia clínica del registro y nota.

Yo me encontraba en el servicio del CEPAD el día que ocurrió el evento. La función como médico general. Donde está hospitalizada la señora María Alejandra.

Con órdenes médicas establecidas. Por incontrol con enfermería por la vigilancia del diagnóstico

materno especial. Y en un momento determinado la enfermera me informa que no se encontró la respuesta característica del bebé.

Hoy verifico y después llamo al ginecólogo que se encuentra en el área de hospitalización que se queda el doctor Mario Padilla.

PREGUNTA: Doctor Carlos, si usted le puede indicar al despacho cuántas semanas tenía la madre gestante según historia clínica y según lo que usted recuerde. ¿Recuerda usted cuál fue el motivo del ingreso a la clínica Tolima de la madre gestante Paula Alejandra Carvajal?

En la primera semana de la clínica ella consultó por actividad oxirina a dejarse de salida de líquido agnóstico. Al momento del ingreso se registra que la paciente se encontraba con salida de líquido pero sin grano.

Estaban íntegras, por lo cual se consideraba una paciente en trabajo de parto. Con un fetérmino al momento del ingreso.

PREGUNTA: ¿Usted le puede decir al despacho de acuerdo a lo que ha manifestado en esta audiencia, de acuerdo a que usted se encontraba en el CEPAC en ese momento en la clínica Tolima. ¿Usted le puede indicar si a la paciente se le hizo el proceso de maduración al feto?

Según la clínica sí, la paciente había ingresado días atrás donde se manifestó, registró la dosis de maduración que era 2. Y ya al momento de este ingreso de la paciente ya había pasado más de 8 días entonces se colocó una dosis de refuerzo. Que se colocó además como tenía ruptura de ventana y tratamiento antibiótico de inmediato. De acuerdo a su conocimiento y a su experiencia en el CEPAC,

PREGUNTA: ¿le puede indicar al despacho si el manejo dado a la madre gestante Paula Alejandra Carvajal, según el cuadro clínico que presentaba, era el adecuado y el correspondiente al diagnóstico dado?

Sí, considero que sí porque esta paciente se encontraba en una situación pretérmina, aún necesitaba una unidad de cuidados intensivos que en el momento de ingreso a la mesa comenzó el trámite de reacción y estaba en ese proceso cuando llegué al momento de turno de trabajar.

Y sí, fue la situación que pidió exámenes en el laboratorio para presentar un proceso infeccioso que podría estar ocasionando un gran demorado.

PREGUNTA: De acuerdo a su respuesta anterior que manifiesta que se hizo el proceso de solicitud de remisión a una unidad de cuidados intensivos neonatal, ¿recuerda usted esas solicitudes de cuando se hizo?

Según lo que registra la historia, desde el momento de ingreso, si la médica termina la notación, ahí se decidiera la reacción. Como se encontraba en una situación pretérmina de 33 semanas, el bebé necesitaba una atención especial en el momento de ingreso y ya que se encontraba en trabajo de paciente.

PREGUNTA: ¿Usted recuerda, de acuerdo a lo que usted nos manifestó, manifiesta que se le brindaron antibióticos? ¿Usted recuerda si algún examen de los que se les ordenó tomar reflejaban algún proceso infeccioso?

No, porque en el registro de mi nota no tengo ese dato.

PREGUNTA: ¿Usted le puede indicar al despacho si recuerda cuantas ocultaciones o cuantos

monitoreos se le realizaron a la madre gestante Paula Alejandra Carvajal en el Sepad?

La verdad no recuerdo, lo que está en la historia clínica se dice que en el momento de la entrega del turno, a las 7 de la mañana, se les ocultó la fetocardia. Ya posteriormente los monitoreos que se realizaron, cuando me avisaron, en el momento no encontraron la fetocardia, que ya pasaba monitoreando el control.

PREGUNTA: ¿Usted manifestó en esta audiencia que haciendo el control del monitoreo y la ocultación, evidenció el ovito fetal o la muerte intrauterina del bebé y que llamó al doctor Mario Padilla? ¿Usted le puede indicar al despacho cuánto duró el doctor Mario en ingresar a la sala del Sepad?

La verdad no recuerdo lo del tiempo, porque no es de inmediato, que uno llama y uno dice a Padilla, él siempre bajaba de inmediato o cualquier tipo de colocación. No le llega de inmediato al servicio para la valoración de la paciente. Señorías, no tengo más preguntas para el doctor Carlos, ha sido muy claro en la declaración, muy amable.

PREGUNTA: Doctor Carlos, muy buenas tardes. Buenas tardes. Doctor, para el día de los hechos, ¿usted recuerda a qué horas ingresó al turno de urgencias ese día y qué atención realizó usted sobre la paciente Paula Carvajal?

Por los médicos siempre llegaba a la cita de la mañana, en el cual siempre las enfermeras pasaban ronda entregando a las pacientes y revisándolas en el momento de la entrega.

Yo escuchaba las noticias de actualidad de lo que había ocurrido en la noche.

PREGUNTA: Doctor, es decir, ¿cuántas valoraciones médicas le realizó usted a la paciente desde

que ingresó o a qué hora le realizó la valoración médica?

La valoración registrada, más o menos, como a las 11 y 40, o sea, como a las 11 me llamaron para informar. Se trataba de un servicio que en una de las nuestras enfermerías estaba colapsado, o sea, que el flujo de pacientes era alto y pues allí la prioridad en el momento de ingreso de maternas era de acuerdo a su complejidad.

Esta ya era una paciente que se encontraba con órdenes médicas certididas desde el ingreso y la conducta a seguir era la vigilancia y el trámite registro para terminar su presión barata. Ok, doctor. Bueno, según lo que acaba de indicar, la paciente ya está vigilada.

PREGUNTA: ¿Por qué no se valoró, o usted por qué no le hizo una valoración desde el momento en que usted ingresa su turno, o sea, trabaja en el turno de urgencias?

Es un servicio en el cual era de alto flujo de pacientes y cada ingreso que se hacía era de acuerdo a su prioridad que manifestaba cada materna. Yo me encargaba de la atención de las personas que llegaran allá. Una vez que se registraba la necesidad de asiento, pues yo hacía las consultas.

Esta paciente ya estaba definida en las consultas a establecer, ya estaban definidas, no había ningún cambio. Ok, doctor.

FIJA FECHA PARA CONTINUACIÓN AUDIENCIA DE TRÁMITE Y JUZGAMIENTO

- Se suspende la diligencia

Se fijó fecha para continuar con la audiencia de trámite y juzgamiento para el día 09 de agosto de 2024 a las 9:00 AM (Virtual) (En la que se agotarían los alegatos de conclusión y la sentencia de primera instancia).