

Señores:

JUZGADO CUARENTA Y SIETE (47) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

Proceso: 11001310300820140039300

Demandante: JUANITA REYES HERNÁNDEZ Y OTROS.

Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO Y OTROS.

ASUNTO: APORTO DICTÁMENES PERICIALES DE PSICOLOGÍA FORENSE Y DE MEDICINA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2014 - 393

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.318.915 de Bogotá, Abogado Titulado e inscrito portador de la Tarjeta Profesional No. 168.358 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado judicial de la parte demandante, por medio del presente escrito, de manera respetuosa me permito:

- Aportar dictamen pericial de psicología forense, elaborado por la profesional DRA. ÁNGELA PATIÑO realizado a la menor JUANITA REYES HERNÁNDEZ y su madre la señora KARINA HISSIDA HERNÁNDEZ. Al despacho se aportan 62 folios.
- Aportar dictamen pericial de ginecología y obstetricia, elaborado por la profesional DRA. DIANA PAOLA GONZÁLEZ VALENCIA, realizado sobre la atención brindada a la señora KARINA HISSIDA HERNÁNDEZ Y su fruto por nacer. Al despacho se aportan 1.736 folios.

Atentamente,



CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA,

C.C. No. 79.318.915 de Bogotá.

T. P. No. 168358 del C. S. de la J.

Calle 12 B número 8 - 23 oficina 214.

Correo electrónico de notificación judicial: camargocartagena@gmail.com

1.248

Bogotá, Enero 18 de 2021

Señores

Camargo & Cartagena Abogados en salud

Dr. Carlos Alberto Camargo Cartagena

Cl. 12B #8-23 Oficina 214

Bogotá

REFERENCIA: DICTAMEN PERICIAL 11001310300820140039300

Yo DIANA PAOLA GONZALEZ VALENCIA, mayor de edad, identificada con C.C N°. 1.026.277.861 de Bogotá, Médica Cirujana de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, especialista en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, con Rethus 04/09/2017 actuando en calidad de perito, dentro del proceso de la referencia, me permito hacer llegar Dictamen Pericial realizado, sobre la atención brindada a la paciente JUANITA REYES HERNANDEZ y su fruto por nacer.

JURAMENTO:

DIANA PAOLA GONZALEZ VALENCIA, mayor de edad, identificada con C.C N°. 1.026.277.861 de Bogotá, Médica Cirujana de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, especialista en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA; dando cumplimiento a los requisitos y en calidad de Perito Médica hago entrega del dictamen pericial, decretado a la parte demandante, declaró bajo la gravedad de juramento, que cumplo con los requisitos impuestos por la ley y los solicitados en el artículo 226 del Código General del Proceso. De igual manera, declaro que he sido designado como perito en otros procesos por el mismo apoderado, pero no por los mismos demandantes, asimismo, manifiesto que este informe emitido es independiente, imparcial y corresponde a mi real convicción profesional. Se acompaña de los documentos que le sirven de fundamento y de aquellos que acrediten la idoneidad y experiencia como perito, los cuales se encuentran adjuntos al final del informe.

1. Se explicarán los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de sus conclusiones.

Se realizó búsqueda sistemática de la literatura en bases de datos y en material académico.

2. La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere.

No aplica.

3. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores

procesos que versen sobre las mismas materias. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.

No son diferentes.

4. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.

No son diferentes.

PROCESOS EN LOS QUE HE ACTUADO COMO PERITO:

LISTADO DE CASOS DE DICTÁMENES ELABORADOS Paciente	Juzgado	Radicado	Tema del dictamen
Paciente OLGA YANETH GUTIÉRREZ FLÓREZ HARVEY YAMID RODRÍGUEZ LÓPEZ Y OTROS. Contra CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN Y OTRO.	Juzgado 51 Civil del Circuito	11001310302420130039700	Ginecología y obstetricia
Paciente JALESY MAIDÚ CÁRDENAS Y OTROS Contra CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR Y OTROS	Juzgado 39 Administrativo del Circuito de Bogotá, D. C.	11001333703920170018200	Ginecología y obstetricia

Paciente DANNA SOFÍA RIVEROS CONTRA MÉDICOS ASOCIADOS S.A	JUEZ CINCUENTA (50) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.	11001310304320130063700	Ginecología y obstetricia
--	---	-------------------------	------------------------------

CUESTIONARIO:

1. ¿Qué es la historia clínica obstétrica y cuál es su importancia para la obtención de un diagnóstico, impresión diagnóstica y toma de conductas adecuadas?

La historia clínica, de acuerdo con la resolución 1995 de 1999, "es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención" (1). En el contexto de una paciente obstétrica esta definición se mantiene, adicionando información del fruto por nacer, antecedentes, aspectos biopsicosociales, entre otros, y su importancia es aún mayor teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la misma es la identificación de factores de riesgo que pueden ser determinantes en la gestación y el fruto por nacer, lo cual es necesario para el enfoque integral, la detección temprana de patologías y la toma oportuna de decisiones.

2. ¿Qué importancia tiene en la historia clínica obstétrica los ítems: motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes, la revisión por sistemas, el examen físico, el análisis, los diagnósticos o impresiones diagnósticas, la conducta o plan? Explique.

Motivo de consulta: permite establecer la razón puntual por la cual la paciente acude a la atención médica.

Enfermedad Actual: es donde se ahonda en el motivo de consulta, se especifica la cronología del motivo de consulta y su asociación con otros síntomas o eventos, lo cual se obtiene a partir de la anamnesis, buscando orientar tempranamente el cuadro clínico hacia el diagnóstico.

Antecedentes: Se debe hacer énfasis en los antecedentes personales (que incluye edad, patologías pre y gestacionales, antecedentes obstétricos, con detalle de complicaciones y anormalidades de las gestaciones anteriores, ginecológicos, con énfasis en la fecha de última menstruación, paridad, fecha del último parto si aplica, método de planificación, controles prenatales a la fecha y resultados de los estudios paraclínicos e imagenológicos realizados durante la gestación, última citología cervicovaginal), farmacológicos, familiares, quirúrgicos (especialmente antecedentes de intervenciones ginecológicas y abdominales), alérgicos, y transfusionales, con el fin de identificar factores de riesgo.

Revisión por sistemas: Se interroga sobre síntomas clave para la gestante: cefalea, dolor torácico, dificultad respiratoria, tos, fiebre, dolor abdominal o pélvico, vómito, diarrea, síntomas urinarios, dolor o inflamación en extremidades, síntomas de vasoespasmo (fosfenos, tinnitus, epigastralgia, visión borrosa), amniorrea (pérdida de líquido amniótico), sangrado genital y movimientos fetales. Estos pueden o no estar relacionados con el motivo de consulta, y su identificación obliga a descartar enfermedades asociadas que puedan afectar la salud de la gestante y el fruto por nacer.

Exámen Físico: Corresponde a la exploración de la paciente y el fruto por nacer, la cual debe ser sistemática y ordenada para evaluar cada sistema, si se presentan alteraciones y evaluar la relación con los síntomas referidos por la paciente. Permite orientar el diagnóstico.

Análisis: Se realiza un resumen de todo lo encontrado en los ítems anteriores, analizando estos hallazgos y formulando finalmente el diagnóstico o impresión diagnóstica.

Diagnóstico o impresión diagnóstica: Es la conclusión a la que se llega después de realizar el análisis del caso enfocado y basado en los hallazgos de los ítems anteriores.

Conducta o plan: En base a los síntomas, hallazgos del examen físico, el diagnóstico al que se llega, y teniendo en cuenta los antecedentes, se enfoca el tratamiento y las indicaciones médicas en general para el manejo de la paciente.

Todos los ítems son importantes para el enfoque y manejo correctos del paciente.

3. ¿Qué antecedentes deben interrogarse a la paciente obstétrica? Explique

Como se expuso en el punto anterior, en la paciente obstétrica son importantes todos los antecedentes, especialmente los antecedentes personales (que incluye edad, patologías pre y gestacionales, antecedentes obstétricos, con detalle de complicaciones y anormalidades de las gestaciones anteriores, ginecológicos, con énfasis en la fecha de última menstruación, paridad, fecha del último parto si aplica, método de planificación, controles prenatales a la fecha y resultados de los estudios paraclínicos e imagenológicos realizados durante la gestación, última citología cervicovaginal), farmacológicos, familiares, quirúrgicos (especialmente antecedentes de intervenciones ginecológicas y abdominales), alérgicos, y transfusionales, con el fin de identificar factores de riesgo.

4. Porque debe hacerse una revisión por sistemas en la gestante, juiciosa y completa? Explique

Como se expuso previamente, es importante identificar síntomas en la gestante que puedan o no estar relacionados con el motivo de consulta, con el fin de identificar patologías adicionales que pueden poner en riesgo a la paciente y al fruto por nacer.

5. ¿En qué consiste y cuales son las partes del examen físico del binomio madre hijo? Explique.

El examen físico corresponde a la exploración de la paciente, la cual debe ser sistemática y ordenada. Inicialmente se tiene una vista general, evaluando estado general, estado de alerta, hidratación, orientación, posteriormente se evalúan signos vitales maternos, y posteriormente se realiza la exploración en orden: cabeza y cuello, tórax y cardio respiratorio, incluyendo mamas (especialmente si hay síntomas relacionados), abdomen, incluyendo aquí la exploración obstétrica, en la que se debe resaltar la importancia de la frecuencia cardiaca fetal, la altura uterina, la posición fetal y la presencia de actividad uterina. Posteriormente la exploración ginecológica, en la que dependiendo del caso debe incluirse el tacto vaginal. Seguido de la exploración de extremidades y finalizando con la exploración neurológica.

- 6. Explique qué es la dilatación, el borramiento, la estación, la presentación, la variedad de posición.

Dilatación: apertura del orificio cervical.
Borramiento: acortamiento y adelgazamiento del cuello uterino.
Estación: relación de distancia del punto más avanzado de la presentación o punto de reparo con respecto a diferentes planos imaginarios, paralelos y descendentes de la pelvis.
Presentación: polo fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis, lo ocupa completamente y tiene un mecanismo definido de parto.
Variedad de posición: relación que tiene el punto de reparo de la presentación con los extremos de todos los diámetros de la pelvis materna (2).

- 7. ¿Qué es el bienestar fetal y cómo se logra establecer a través de la historia clínica y de los exámenes paraclínicos? Explique

El bienestar fetal refleja la homeostasis fetal, resultado del buen funcionamiento e intercambio adecuado entre los 3 compartimientos: materno, fetal y trofoblasto (3). Clínicamente puede establecerse el bienestar fetal mediante la presencia de movimientos fetales y ante la identificación de una frecuencia cardiaca fetal normal (entre 110 y 160 latidos por minuto). Dentro de los estudios paraclínicos iniciales del bienestar fetal está la monitoria fetal (en la que se evidencia el comportamiento de la frecuencia cardiaca fetal y su relación con la actividad uterina y/o los movimientos fetales) y el perfil biofísico por ecografía (que tiene en cuenta parámetros como el tono fetal, los movimientos fetales, los movimientos respiratorios fetales y el líquido amniótico). Durante el trabajo de parto también puede establecerse el bienestar fetal clínicamente con las características del líquido amniótico una vez la paciente presente membranas amnióticas rotas. La presencia de algún hallazgo anormal lleva a considerar la posibilidad de que el fruto por nacer presente un estado fetal no tranquilizador o no satisfactorio.

- 8. ¿Qué es el sufrimiento fetal agudo? ¿Cómo se manifiesta? ¿Cómo se detecta? ¿Establecido esto es una urgencia médica? Explíquelo.

El sufrimiento fetal agudo corresponde a una alteración grave de la homeostasis fetal secundaria a un trastorno de la oxigenación que se presenta durante el trabajo de parto. Se

manifiesta por acidosis fetal, o por trastornos de la adaptación a la vida extrauterina (APGAR bajo, signos neurológicos, etc) (4). Existen múltiples factores durante el trabajo de parto que influyen en la oxigenación fetal, principalmente factores placentarios y umbilicales. Dentro de los factores placentarios se encuentran las contracciones (distocias dinámicas de tipo hiperdinámicas), el síndrome hipotensivo del decúbito, sangrado materno. Dentro de los umbilicales, compresiones del cordón umbilical.

El adecuado flujo sanguíneo a través de la placenta es de vital importancia para el intercambio gaseoso fetal. Por lo que cualquier alteración del mismo genera en el feto fenómenos de hipoxia. La respuesta fetal a la hipoxia busca mantener un adecuado flujo sanguíneo y oxigenación en órganos vitales tales como cerebro, corazón, suprarrenales y placenta.

- Adaptación cardiovascular: disminución del ritmo cardíaco, vasoconstricción periférica y elevación de la tensión arterial, que lleva a bradicardia fetal por estimulación de barorreceptores del seno carotídeo, la cual favorece la oxigenación cardíaca. Ocurre un fenómeno de redistribución en el que se compromete el flujo sanguíneo de órganos como riñones e intestino para favorecer la perfusión de órganos vitales. Durante la hipoxia moderada se logra mantener perfusión de cerebro y corazón, hasta que la hipoxia se hace severa y se rebosan los mecanismos de compensación. El feto entra en un estado de descompensación severa que genera lesiones multiorgánicas, bradicardia final, hipotensión y muerte fetal.
- Se altera el transporte de glucosa al feto, por lo que el feto entra en una fase de glucogenólisis, aumenta catecolaminas y cortisol. Se favorece la vía anaeróbica, lo cual sumado a acidosis respiratoria secundaria a la afectación del intercambio placentario lleva a acidosis metabólica. El feto hace uso de la hemoglobina libre como amortiguador ácido básico, sin embargo este mecanismo de compensación se agota rápidamente y se presenta la caída rápida del pH.
- Adaptación cerebral: aumento del flujo circulatorio hasta que se presenta la acidosis grave, momento en el que de manera inicial el flujo circulatorio vuelve a niveles normales, hasta disminuir progresivamente llevando a encefalopatía hipóxico isquémica.

En resumen, las manifestaciones de la hipoxia fetal pueden iniciar con la disminución de los movimientos fetales, alteraciones en el registro de frecuencia cardíaca fetal, presencia de meconio en el líquido amniótico, esto puede evidenciarse al examen físico y mediante la interpretación de la monitoria fetal o la realización del perfil biofísico. Ya en el momento del nacimiento puede evidenciarse APGAR bajo al nacer, depresión respiratoria o neurológica, entre otras, que pueden incluir la muerte fetal o neonatal.

Teniendo en cuenta lo anterior, la identificación de cualquier signo que sugiera la pérdida del bienestar fetal corresponde a una urgencia médica.

9. ¿Qué es una monitoria fetal? ¿Cuáles son sus tipos o clases de monitoria y como se deben interpretar estos resultados? Explique

La monitoria fetal es una prueba de bienestar fetal en la que se evalúa la frecuencia cardiaca fetal en relación con la actividad uterina y/o los movimientos fetales. Existen dos tipos de monitorias (5):

Monitoria fetal sin estrés (o NST): Hace referencia al registro de la actividad cardiaca fetal con actividad uterina ausente o menor a 3 contracciones en 10 minutos. Se evalúa el patrón de la actividad cardiaca en relación con los movimientos fetales y la actividad uterina si está presente. Indicada en gestaciones mayores de 28 semanas para establecer bienestar fetal. Se debe interpretar bajo criterios internacionales establecidos.

- Reactiva: Presencia de al menos 2 aceleraciones de mínimo 15 segundos de duración y un aumento de al menos 15 latidos por minuto respecto a la línea de base.
- No reactiva: Que no cumple criterios de una prueba reactiva.

Monitoria fetal con estrés (CST): Registro de actividad cardiaca fetal con actividad uterina regular definida como al menos 3 contracciones en 10 minutos. Tiene el propósito de valorar la reserva fetoplacentaria ante las contracciones uterinas regulares, en el periodo anteparto. Se debe interpretar bajo criterios internacionales establecidos.

- Positiva: desaceleraciones tardías en más del 50% del trazado
- Negativa: no desaceleraciones tardías ni variables

Adicional a lo anterior, el colegio americano de obstetricia y ginecología (ACOG) propone:

- Categoría I: si mantiene línea de base entre 110 y 160 lpm, con variabilidad moderada, sin desaceleraciones tardías o variables, desaceleraciones tempranas presentes o ausentes, aceleraciones presentes o ausentes.
- Categoría II: trazados que no cumplen criterios para categoría I ni para categoría III
- Categoría III: variabilidad ausente y descalerecaciones tardías o variables recurrentes o bradicardia, o presencia de patrón sinusoidal.

10. Como se debe tomar una monitoria fetal, cuales son sus dificultades, en qué casos es difícil su realización y que se debe hacer ante lo anterior? Explique.

Se prefiere que la paciente se encuentre en posición de decúbito lateral izquierdo o en semiFowler, luego se realizan las maniobras de Leopold para localizar el sitio de auscultación de la FCF, donde se coloca y se fija el transductor de ultrasonido (previa aplicación de gel ultrasonográfico en la superficie de contacto con el abdomen materno), mientras que en el fondo uterino se coloca y fija el dinamómetro (sin gel) (6). Pueden presentarse dificultades en la obtención de un trazado continuo en casos de mal ajuste del transductor, o en menor frecuencia por cambios de posición fetal, o ante la localización posterior del feto. También en casos de obesidad materna con abundante panículo adiposo puede dificultar la captación de señales por el transductor, con dificultades para obtener un trazado de monitoría adecuado. En el caso de gestaciones gemelares también pueden presentarse dificultades en la toma del trazado de monitoria.

Ante las dificultades puede recurrirse a los cambios de posición materna con el fin de obtener una mejor ubicación del feto, a la fijación correcta del transductor, sin embargo ante la persistencia de dificultades puede recurrirse, según la disponibilidad, a la realización de un perfil biofísico que permita constatar la presencia de bienestar fetal.

11. ¿Qué es el trabajo de parto, cuáles son sus fases y cómo se determinan las mismas?

El trabajo de parto consiste en el mecanismo mediante el cual feto y placenta abandonan el útero por vía vaginal. Comprende un mecanismo complejo en el cual se requieren contracciones regulares (definidas como 3 o más contracciones en 10 minutos de al menos 35 segundos de duración y al menos 35 mmHg de intensidad), y cambios cervicales (dilatación y borramiento) los cuales son progresivos en el tiempo (2).

Las fases que comprende el trabajo de parto son (7):

- Primera fase o periodo: Dilatación y borramiento.
 - a. Fase latente: desde el inicio del trabajo de parto hasta una dilatación de 5 cm.
 - b. Fase activa: desde la dilatación de 5 cm hasta 10 cm y borramiento del 100% o expulsivo.
- Segunda fase o periodo: Expulsivo. Desde la dilatación en 10 cm y el borramiento en 100% hasta la expulsión del feto
- Tercera fase o periodo: Alumbramiento. Desde la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta y membranas ovulares.

12. ¿Qué papel juega la ecografía fetal u obstétrica en la evaluación del bienestar fetal y en la toma de conductas?

Algunas de las pruebas para evaluar el bienestar fetal se realizan mediante ecografía, tales como el perfil biofísico, y en casos específicos (sospecha de insuficiencia placentaria, por ejemplo) el doppler fetoplacentario. Las mediciones obtenidas son de alta utilidad realizadas por un operador experto. Un resultado normal puede ser tranquilizador, mientras que uno anormal obliga a instaurar un manejo específico de manera oportuna, según sea el caso.

13. Como se debe controlar por el médico y su equipo de salud el trabajo de parto en cada una de sus fases? Explique y señale los instrumentos, medios y técnicas para llevar a cabo un seguimiento idóneo, oportuno, juicioso y adecuado del mismo. Explique.

El control del trabajo de parto es principalmente clínico. En primer lugar deben controlarse las vitales maternas como mínimo cada hora, teniendo en cuenta tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Adicionalmente debe realizarse el control obstétrico que consta del control de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal, las cuales deben realizarse entre cada 30 minutos (8). Esto debe ser consignado en un formato dispuesto por cada institución y adicionalmente en el partograma, herramienta diseñada para seguir la progresión del trabajo de parto. En este último, además de consignar vitales maternas y

1202

fetales, y las características de la actividad uterina (que idealmente deben ser medidas directamente por el personal de salud, evaluándose por un periodo de 10 minutos como mínimo), se registran los cambios cervicales en términos de dilatación y la progresión del descenso del polo cefálico fetal. Estos cambios cervicales se evalúan cada 4 horas mediante el tacto vaginal, excepto en casos en los que la clínica amerite una evaluación más estrecha, como recomienda la OMS (7).

14. ¿Cómo se detectan de manera oportuna las distocias durante el parto? Explique.

Se consideran dos tipos de distocia, según la causa de esta (9):

- Distocia mecánica: obstrucción del trabajo de parto normal por condiciones maternas o fetales específicas (pelvis no ginecoide, estrechez pélvica, antecedentes traumáticos sobre la columna o la pelvis, miomas, cáncer, cicatrices cervicales, edema cervical, desproporción cefalopélvica, tabiques vaginales, condilomatosis severa, mala posición fetal, macrosomia fetal, malformaciones fetales, gestación múltiple, distocia de hombros, asinclitismo, hidrops fetal, brevedad del cordón, circular de cordón umbilical, prociencia de cordón, placenta previa, abrupcio de placenta, entre otras)
- Distocia dinámica: obstrucción del trabajo de parto normal por inadecuada actividad uterina (hipodinamias, hiperdinamias, inversión del triple gradiente, o incoordinación uterina)

Algunas distocias mecánicas y las distocias dinámicas sólo son identificables en el curso del trabajo de parto. Para la identificación oportuna se requiere de una vigilancia estrecha del trabajo de parto con el examen físico y la monitoría fetal.

15. ¿Cómo se va encajando la presentación fetal en la pelvis materna a medida que transcurre el trabajo de parto? Explique

El descenso y encajamiento del feto corresponden al tercer evento que se presenta en el mecanismo del parto (2). Posterior a la flexión de la cabeza fetal que permite orientar el diámetro de la cabeza fetal, esta avanza progresivamente a través de la pelvis hasta llegar al estrecho medio de esta. Para sobrepasar el estrecho medio se da el proceso de rotación interna, y una vez lo sobrepasa continua el mecanismo del parto con la extensión y desprendimiento de la cabeza fetal, la rotación externa y finalmente el desprendimiento y expulsión.

16. Señale al despacho porque debe realizarse un control del trabajo de parto estricto en la paciente clasificada como de alto riesgo obstétrico? Explique.

La importancia del seguimiento estricto tanto ante, como intra y postparto, en una paciente identificada como de alto riesgo obstétrico radica en que independientemente del factor de riesgo identificado, este puede asociarse a desenlaces no solo maternos sino también perinatales y neonatales adversos. Es decir, una paciente identificada con riesgo obstétrico alto tendrá mayor riesgo de desenlaces adversos tales como sufrimiento fetal, muerte

perinatal o neonatal, incluso de muerte materna en el peor de los casos. Por lo anterior requieren de un trabajo de parto cuidadosamente vigilado y controlado, con el fin de identificar y actuar tempranamente ante la presencia de alguna anomalía.

17. Señale a qué hora ingreso el binomio madre hijo encabezado por KARINA HISIDA HERNANDEZ ASSIA a las instalaciones del HOSPITAL SAN IGNACIO el día 9 de diciembre de 2012

De acuerdo a la epicrisis aportada, el ingreso de la paciente se da a las 17+09 horas, recibiendo atención en urgencias de obstetricia a las 18+45

18. Señale cuál fue el servicio por el cual accedió el binomio madre hijo encabezado por KARINA HISIDA HERNANDEZ ASSIA a la institución en mención?

De acuerdo a la historia clínica aportada, la paciente ingresa al servicio de urgencias de obstetricia.

19. Señale cuál fue el motivo de consulta y cual la enfermedad actual referida por la paciente KARINA HISIDA HERNANDEZ ASSIA en la consulta del día 9 de diciembre de 2012 en el HOSPITAL SAN IGNACIO?

Según el documento aportado, el motivo de consulta es "control prenatal" y la enfermedad actual: "PACIENTE DE 36 AÑOS CON EMBARAZO DE 37 2/7 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE PRIMER TRIMESTRE QUIEN CONSULTA POR CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN EXPULSION DE TAPON MUCOSO Y ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR MODERADA. REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. NIEGA AMNIORREA O SÍNTOMAS DE VASOESPASMO."

20. Señale a qué hora fue valorado médicamente por primera vez el binomio madre hijo encabezado por KARINA HISIDA HERNANDEZ ASSIA el día 9 de diciembre de 2012 y cuáles fueron los hallazgos?

La primera valoración médica se realiza a las 18+45, encontrando una paciente estable hemodinámicamente, en buenas condiciones generales, con tensión arterial en estadio I, al parecer no asociado a vasoespasmo, con vitalidad fetal y bienestar aparente según reporte de monitoria sin estrés, y sin presentar cambios cervicales.

21. Señale si en la historia clínica de la señora KARINA HISIDA HERNANDEZ ASSIA se registra la realización de monitorías fetales el día 9 de diciembre de 2012, cuáles y a qué hora fueron realizadas?

En los documentos aportados se evidencia un informe de monitoria realizado a las 19+01 horas. Adicionalmente, en la evolución registrada a las 21+48 se reporta un trazado de monitoria aparentemente diferente. Sin embargo, no se evidencian los trazados de dichas monitorias.

22. Señale si obran en la historia clínica los trazados de estas monitorias y dentro de los mismos y para cada uno de ellos señale:

- Fecha y hora de la toma de cada uno.
- Duración de cada trazado
- Identificación del trazado
- Tipo de monitoria
- Presencia o no de contracciones
- Presencia o no de desaceleraciones y de qué tipo? Explique
- Hallazgos del trazado.
- Variabilidad
- Línea de base
- ¿Qué indica cada trazado en su momento?

Como se expuso previamente, en la historia clínica no se evidencia ningún trazado de monitoria realizado a la paciente. Únicamente se cuenta con un informe de monitoria al parecer del ingreso y en evoluciones posteriores con interpretaciones incompletas.

23. En caso dado de no estar los trazados señale si en la historia clínica se registra que los mismos fueran entregados a la paciente o a algún familiar, a quién, en qué fecha y qué prueba hay de la recepción de los mismos? Explique.

En los documentos aportados no hay evidencia de trazados de monitoria, ni se registra que hayan sido entregados a la paciente o a su familiar.

24. ¿Qué valoración médica o de enfermería hay respecto del hecho de la ruptura de membranas? Explique y señale si este hecho sucedió dentro de las instalaciones del HOSPITAL SAN IGNACIO y si debió realizarse tal valoración.

En la evolución de revaloración en urgencias (21+48) se registra que siendo las 21+30 horas la paciente presenta ruptura espontánea de membranas. Teniendo en cuenta el momento del ingreso, puede decirse que dicha ruptura en efecto ocurrió en las instalaciones del hospital en mención. Lo anterior evidencia que la paciente es valorada minutos después.

25. Señale que es la ruptura de membranas, como se confirma y en el caso en mención, como se confirmó que efectivamente existiera una ruptura de membranas? Explique.

La ruptura de membranas es la pérdida de la continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene con la salida de líquido amniótico previo al inicio del trabajo de parto (8). El diagnóstico se realiza clínicamente mediante la evidencia de amniorrea en la especuloscopia (visualización directa del cuello uterino). En casos de duda diagnóstica puede recurrirse a la realización de amnioinfusión, o a pruebas indirectas de detección de proteínas específicas del líquido amniótico en canal vaginal, o a la medición del índice de líquido amniótico por ecografía. Para el caso en mención, en el registro de evolución de las 21+48 se reporta al examen físico la realización de especuloscopia con evidencia de amniorrea escasa.

26. Señale a qué hora fue hospitalizado el binomio madre hijo encabezado por KARINA HISIDA HERNANDEZ ASSIA en el HOSPITAL SAN IGNACIO el día 9 de diciembre de 2012 y cuáles las razones para ello?

La orden de hospitalización se genera posterior a la valoración realizada a las 21+48 horas, con posterior ingreso a la sala de partos reportada en la historia clínica hacia las 00+00 horas del 10 de diciembre de 2012. Las razones por las cuales se decide la hospitalización, de acuerdo a lo registrado, son el hallazgo de ruptura de membranas sumado al hallazgo de cambios cervicales compatibles con trabajo de parto en fase latente.

27. Señale respecto de la realización, diligenciamiento y registro de las historias clínicas, tanto de ingreso a urgencias, como de hospitalización; si son completas, adecuadas e idóneas? Explique su respuesta.

Las historias clínicas aportadas son desordenadas e incompletas, en especial en el examen físico, en el cual no se registra la evaluación de todos los sistemas, así mismo la descripción de la actividad uterina es insuficiente. Adicionalmente, algunos registros no aportan signos vitales maternos. Llama la atención que a las 04+06 horas se registran en una sola evolución 3 notas retrospectivas, incluyendo la descripción quirúrgica. Otro hallazgo es el abordaje inconsistente del trastorno hipertensivo.

28. Señale respecto de la valoración - evolución médica realizada el día 9 de diciembre de 2012 a las 21+50 horas, en que estado se encontraba el binomio madre hijo y cuáles eran los hallazgos obstétricos del tracto vaginal? Explíquelos.

En la valoración en mención se describe una paciente en buen estado general, sin vasoespasmo, con vitalidad fetal por FCF de 154 lpm y por monitoria descrita como reactiva, en quien se comprobó que presentaba ruptura prematura de membranas y con cambios cervicales compatibles con trabajo de parto en fase latente, los cuales consisten en una dilatación de 2 cm, borramiento de 80% y estación -2.

29. Señale respecto de la realización, diligenciamiento y registro de la valoración - evaluación médica realizada el día 9 de diciembre de 2012 a las 21+50 horas, si esta es adecuada, completa e idónea, explicando la razón de su dicho.

La valoración es incompleta teniendo en cuenta que no se registran signos vitales maternos, ni un examen físico completo, por lo anterior no puede decirse que la historia clínica sea adecuada, completa o idónea.

30. Señale acorde a lo registrado en la historia clínica si se realizó evolución - valoración médica del binomio madre hijo encabezado por KARINA HISIDA HERNANDEZ ASSIA entre las 21+55 horas del día 9 de diciembre de 2012 y las 00+39 horas del día 10 de diciembre de 2012? Explique y señale los registros clínicos médicos realizados y su contenido. Además señale al despacho si estas evoluciones debieron realizarse teniendo en cuenta la clasificación de riesgo, el estado clínico del binomio? Explique.

Según el documento aportado, entre las horas señaladas no se registran valoraciones médicas. Como se mencionó previamente la recomendación por organismos internacionales como el CLAP y la OMS, y de acuerdo a guías nacionales vigentes en su momento, si bien no se especifica el tiempo que debe transcurrir entre una y otra valoración, se sugiere que se realicen controles de signos vitales maternos al menos cada hora, control de signos vitales fetales y de actividad uterina cada 30 minutos, y de cambios cervicales cada 4 horas, excepto en casos que ameriten una valoración más frecuente. Estos parámetros son válidos tanto para pacientes de bajo como de alto riesgo obstétrico.

31. Señale en qué estado se encontraba el binomio madre - hijo y cuáles eran los hallazgos obstétricos del tacto vaginal a las 00+40 horas del día 10 de diciembre de 2012? Explique.

La historia clínica en mención describe una paciente en buen estado general, con tensión arterial en rango de prehipertensión, demás vitales dentro de límites normales, con vitalidad fetal por auscultación de fetocardia y al parecer por monitoria reactiva. Reportan paciente con actividad uterina irregular. Al examen físico se describen cambios cervicales dados por dilatación de 7 cm, borramiento de 90% y estación -2.

32. Señale acorde al contenido de la historia clínica si en ella obra trazado de monitoria fetal alguna realizada a las 00+40 horas del día 10 de diciembre de 2012 y cuales son los hallazgos obstétricos en el registro señalado? Expliquelos.

No se tiene evidencia en el documento aportado de trazados de monitoría. Únicamente se registra en la evolución de dicha hora una monitoria NST reactiva con 2 contracciones en 10 minutos, sin especificar otros parámetros.

33. Señale si la valoración - evolución médica realizada el día 10 de diciembre de 2012 a las 00+40 horas es adecuada, completa e idónea, explicando la razón de su dicho.

No puede decirse que dicha valoración sea adecuada, completa o idónea dado que la misma se registra con antecedentes incompletos, con un examen físico incompleto, sin aportar una lectura completa de la monitoria que al parecer fue realizada.

34. A qué hora se dio la orden de iniciar oxitocina, con base en qué circunstancias clínicas, técnicas o científicas y a que hora - acorde a los registros de la historia clínica - dio inicio el goteo de la misma? Explique.

De acuerdo a lo aportado, la orden médica de inicio del goteo de oxitocina se genera en la evolución realizada a las 00+40 horas, según se indica para refuerzo de la fase activa del trabajo de parto, en una paciente con actividad uterina irregular. En las notas de enfermería se registra a la 01+00 horas que se inicia el goteo de oxitocina por orden médica.

35. Acorde a la historia clínica a que hora inicio la gestante el trabajo de parto en su fase activa? Explique.

Dicha orden médica registra la solicitud de los siguientes medicamentos: oxitocina, cefalotina, dipirona, ergometrina maleato, metoclopramida, ranitidina, y ringer lactato.

39. Señale acorde a los registros de la historia clínica, cuales son las razones registradas para dar analgesia con tramadol a la paciente a la 01+20 horas del día 10 de diciembre de 2012? Explique

Previo a la orden verbal de administración de tramadol evidenciada en el registro de enfermería, se reporta en el subjetivo de la evolución retrospectiva de la 01+00 que la paciente se encuentra álgica. No se registran otras razones asociadas al uso del fármaco.

40. Acorde a los registros de la historia clínica, señale cómo evolucionó la estación de la presentación a través del tiempo y señale si dicha evolución es normal y está acorde a los parámetros técnicos establecidos (CLAP) de evolución del parto en gestantes nulíparas con ruptura de membranas, acostadas. Explique.

De acuerdo a lo descrito, la estación de la presentación fetal inicialmente se identifica en -2 (21+50), 3 horas y 10 minutos más tarde se describe una estación de -1, y media hora después la paciente se identifica en estación 0. Podría decirse que el descenso descrito hasta ese momento se encuentra dentro de límites normales. La descripción del CLAP con respecto a el descenso de la presentación evidencia que la misma es un fenómeno progresivo que se acelera al final del periodo de dilatación (11). El CLAP no tiene en cuenta la paridad, ni la posición materna ni el estado de las membranas como factores que modifiquen el proceso de descenso de la presentación. Estas variables son importantes para estimar el proceso de DILATACIÓN.

41. Acorde a los registros de la historia clínica señale cómo evolucionó el borramiento y la dilatación del cuello uterino a través del tiempo y señale si dicha evolución es normal y está acorde a los parámetros técnicos establecidos (CLAP) de evolución del parto en gestantes nulíparas con ruptura de membranas, acostadas. Explique.

De acuerdo a lo aportado, a las 21+50 la paciente es encontrada con dilatación de 2 cm y borramiento de 80%. Alrededor de 3 horas después se encuentra con dilatación de 7 cm y borramiento de 90%, 20 minutos después se registra de manera retrospectiva una paciente con dilatación de 8 cm y borramiento de 100% y finalmente 30 minutos más tarde con dilatación de 10 cm y borramiento de 100%.

Para una paciente de las características de la paciente en mención, acostada, nulípara, con membranas rotas, el CLAP indica que la fase activa de trabajo de parto puede tener una duración de hasta 6 horas y 10 minutos, por lo que puede decirse que su trabajo de parto se encuentra dentro de los límites establecidos.

42. Señale cual se registra en la historia clínica como la razón (es) clínicas o paraclínicas, para realizar la cesárea en esta paciente y señale si dicha cesárea tiene el carácter de urgencia médica y porque

De acuerdo al documento aportado "no es posible tener un trazado continuo de monitoria fetal, se encuentra de forma intermitente la frecuencia cardiaca fetal. Por dificultad para la monitorización continua que no permite garantizar el bienestar del feto, en paciente con pujo insuficiente por fatiga se indica pasar a cesárea". Puede decirse que para el equipo médico el estado del feto no era tranquilizador, sumado a que la paciente se encontraba en expulsivo, por lo que esta cesárea en efecto podría tener el carácter de urgencia médica.

43. Señale a qué hora se detectó el denominado "patrón saltatorio" en la monitoria? Está descrito técnicamente dentro de la literatura médica este patrón? ¿Dónde? Explique y señale en qué consiste.

De acuerdo a lo aportado, se describe por primera vez dicho patrón en la nota retrospectiva de las 01+00 horas, con una "pérdida de foco repetitiva". En la literatura se hace referencia a "patrón saltatorio" como a la presencia de una variabilidad marcada (superior a 25 lpm) (12), la cual frecuentemente se acompaña de desaceleraciones variables y se asocia a estados de hipoxia de evolución rápida. Dentro de la guía de interpretación de ACOG esta característica se encuentra dentro de los criterios de una monitoria categoría II (5).

44. Señale si una vez detectado el "patrón saltatorio" debió acudir de inmediato a la toma de ecografía obstétrica para determinar el estado de bienestar fetal? Explique su respuesta y señale si esto se hizo.

De acuerdo a lo reportado en la historia clínica, la paciente no fue llevada a ecografía. Debe tenerse en cuenta el contexto de esta paciente. Si bien el hallazgo de patrón saltatorio en la monitoria, de acuerdo a las guías internacionales corresponde a una monitoria categoría II, en la que la conducta apropiada es la reanimación in útero y la repetición de la monitoria, debe tenerse en cuenta que la paciente se encontraba en expulsivo. Como explica la literatura (12), en el periodo expulsivo la hipoxia y acidosis fetal pueden desarrollarse más rápidamente, por lo que probablemente la paciente no contaba con las condiciones adecuadas para recibir reanimación y continuar en observación, así como tampoco para la realización de un perfil biofísico para tomar una prueba bienestar fetal diferente.

45. El denominado "patrón saltatorio" puede corresponder a un sufrimiento fetal agudo?

Como se explica previamente, el patrón saltatorio corresponde a un signo de hipoxia fetal, por lo que se puede considerar como un hallazgo sugestivo de sufrimiento fetal agudo.

46. Señale si la historia clínica registra previo a este hallazgo de "patrón saltatorio" un control adecuado, oportuno, integral del binomio madre hijo y sustente su respuesta.

Como se explicó previamente, el trabajo de parto desde su inicio requiere de vigilancia de signos vitales tanto maternos como fetales y de actividad uterina cada 30 minutos. No existe evidencia en la historia clínica de que la paciente haya recibido dicha vigilancia.

1256

47. Señale si en la historia clínica de la señora KARINA HISIDA HERNANDEZ ASSIA se encuentran los trazados de esta monitoria de "patrón saltatorio" o semejante?

No se evidencian en los documentos aportados ninguna de las monitorias fetales realizadas intraparto.

48. ¿Cómo se explica la orden y administración de analgesicos después de detectar "el patrón saltatorio"? Explique

Como se mencionó previamente, la evolución anterior a la administración de tramadol por orden verbal según lo indicado en las notas de enfermería, la paciente se encontraba algica, sin embargo no se evidencia la orden médica escrita ni la justificación precisa de la orden de analgesia. Para el mismo momento se registra el patrón saltatorio de la monitoria.

49. ¿Cuáles fueron las razones registradas en la historia clínica para suspender la oxitocina? Explíquelas y señale si son suficientes.

En la historia clínica aportada no se registra la razón por la cual se suspende el goteo de oxitocina.

50. Si el trabajo de parto vaginal está muy avanzado, la estación de la presentación fetal ha progresado considerablemente y la cabeza fetal ha rotado dentro de la pelvis materna; puede la cesárea presentar gran dificultad para sacar el feto, ante la dificultad de "devolverlo dentro del canal del parto"? Explique detalladamente su respuesta.

En efecto, desde que la presentación se encuentra encajada (a nivel de espinas ciáticas o más) puede presentarse una extracción difícil por vía alta. Aún más si la cabeza fetal ha rotado para sobrepasar el estrecho medio de la pelvis (rotación interna). Si no se logra el ascenso de la presentación con las maniobras habituales puede llegar a requerirse de realizar maniobras para empujar la cabeza fetal a través del canal vaginal hasta lograr la extracción por vía alta, o una extracción de pelvis. La impactación de la cabeza fetal y las maniobras requeridas para su extracción pueden traer consigo complicaciones como desgarros de la arteria uterina, desgarros cervicales de difícil manejo, hemorragia postparto e histerectomía obstétrica por parte de la madre, y por parte del feto una extracción difícil puede ser causa de asfixia, aspiración de líquido o meconio, o de lesiones por trauma principalmente en cabeza y cara.

51. ¿A qué hora se registra la decisión de llevar la paciente a cesárea? Explique y señale si fue llevada a la misma como una urgencia médica y porque? Explique.

Las notas médicas aportadas evidencian que a la 01+30 se decide llevar la paciente a cesárea. No se especifica en notas médicas ni de enfermería si la paciente es llevada de urgencia, sin embargo es algo que puede inferirse puesto que se justifica la misma con una sospecha de estado fetal no satisfactorio.

52. Señale si al momento de realizar la cesárea existía plena certeza de los parámetros obstétricos, entre ellos de la estación de la presentación, la relación del feto y su cabeza con la pelvis materna y que importancia tiene esta certeza en la realización de una cesárea? Explique.

En la historia clínica se describe una paciente en expulsivo, con una cabeza fetal en estación 0. No se especifican otros parámetros. El conocimiento de los mismos es importante para determinar y preparar el abordaje de la presentación fetal durante la extracción en la cesárea.

53. Acorde a la hoja de DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA señale a qué hora dio inicio la intervención quirúrgica y a que hora llegó a su fin.

La hora de inicio registrada es a la 01+45, y la de finalización a las 03+45.

54. Señale si se describen en la descripción quirúrgica la existencia de complicaciones? ¿En qué consistieron estas? Explique.

En la descripción quirúrgica se describe inicialmente una anestesia regional fallida, requiriendo conversión a anestesia general. Se reporta tetania de la pared abdominal materna, con difícil acceso a cavidad abdominal requiriendo de incisión en T invertida. Adicionalmente, posterior a la histerotomía, se presenta anillo de contracción sobre el segmento uterino, requiriendo histerotomías adicionales. Lo anterior, sumado al encajamiento de la cabeza descrito en +1 condicionan una extracción fetal difícil.

55. Señale si la incisión (Pfannenstiel) usada en esta cirugía para realizar la operación cesárea es la adecuada y la indicada y la idónea para afrontar urgencias obstétricas y explique por qué.

El abordaje quirúrgico en las emergencias obstétricas no es necesariamente igual al de otro tipo de emergencias quirúrgicas. La técnica de incisión de la pared abdominal que ha demostrado mejores resultados y menos complicaciones asociadas es la transversal tipo Joel Cohen (13), seguida de la técnica Pfannenstiel. La técnica de incisión vertical en línea media permite una entrada a la cavidad abdominal más rápida y con menor pérdida de sangre, con una mejor exposición de la cavidad, sin embargo se asocia más frecuentemente a dehiscencias de la pared abdominal y a movilidad posoperatoria más limitada. Algunos autores referencian esta técnica como la recomendada para casos de emergencia (14). Organizaciones internacionales, basadas en múltiples estudios, han determinado que deben tenerse en cuenta múltiples factores para decidir la vía de entrada a la cavidad abdominal más adecuada, incluyendo la experticia y preferencia del cirujano (15).

56. Señale al despacho acorde a los registros de la historia clínica si lo registrado en la cirugía es: disección de la pared abdominal, seguido de ingreso a cavidad, seguido de evidencia de contracción tetánica de la pared abdominal que dificulta el acceso a la cavidad... Señale al despacho que es la contracción tetánica de la pared abdominal, que la puede producir y cómo debe actuarse en estos casos, porque

1-257

debió convertirse la incisión? Ante una tetania la tracción manual es suficiente?
Explique.

Lo que se denomina "contracción tetánica de la pared abdominal" en el informe quirúrgico probablemente hace referencia al hallazgo de una contracción sostenida de la pared abdominal la cual no responde a los agentes neuro bloqueadores o relajantes del procedimiento anestésico. Durante el expulsivo, la pared abdominal ayuda en el aumento de presión intra abdominal para aumentar la fuerza requerida para el nacimiento. El estímulo es recibido por terminaciones nerviosas localizadas en la musculatura pélvica, envían impulsos aferentes hacia la médula, finalmente estimulando centros de neuronas motoras que finalmente generan la contracción muscular (16). Como toda fibra muscular, el estímulo excesivo puede generar contracción excesiva. Ante este hallazgo durante el procedimiento quirúrgico, la principal complicación es la reducción de la ventana operatoria, por lo que llega a requerirse la ampliación de la misma, la cual por lo general se realiza ampliando la incisión.

57. Explique por qué se decide rechazar la presentación por vía vaginal? para rechazar la presentación por vía vaginal es porque la estación en donde se encontraba al menos? Explique.

De acuerdo a lo evidenciado en la historia clínica, se toma la decisión de rechazar la presentación por vía vaginal dado que con las maniobras de extracción realizadas durante la cesárea no se logra la salida de la cabeza fetal. Se describe que la presentación se encontraba en estación +1.

58. En qué consiste esta maniobra de rechazo de la presentación por vía vaginal? ¿Qué relación tiene la progresión de la estación de la presentación? ¿Indica esto la existencia de una distocia mecánica? A qué se refieren con que se decide rechazar la presentación por vía vaginal sin éxito? Explique.

Esta maniobra consiste en la realización de presión sobre la cabeza fetal ejerciendo una fuerza contraria a la de descenso, por vía vaginal, buscando desencajar y regresar la cabeza fetal a la cavidad uterina. Entre mayor sea la estación a la que se encuentre la cabeza fetal, mayor la dificultad y la posibilidad de lesiones fetales y maternas. Al no lograr el ascenso de la cabeza fetal suficiente para la extracción fetal durante la cesárea, se determina que el intento es fallido o sin éxito.

No puede decirse que la paciente cursaba con una distocia mecánica solo por la evidencia de progreso en la estación de la cabeza fetal. Son múltiples las causas de distocia mecánica, como se expuso anteriormente.

59. Señale si el control del trabajo de parto del binomio madre hijo encabezado por KARINA HISIDA HERNANDEZ ASSIA fue adecuado, idóneo, oportuno.

Como se expuso previamente, el control de trabajo de parto de la paciente en mención no fue adecuado, idóneo ni oportuno.

60. Señale si el actuar médico ante las circunstancias fue idóneo, adecuado y oportuno.

No puede decirse que el actuar médico haya sido idóneo, adecuado ni oportuno, en términos generales.

61. Señale si es cierto que el actuar médico inmediato, más temprano, en este caso, hubiese cambiado el pronóstico y resultado obtenido en el menor y su madre. Explique.

Teniendo en cuenta que no hay evidencia de un seguimiento obstétrico adecuado, y aunque es difícil establecer la cronología del estado fetal no satisfactorio por no contarse con los trazados de monitoria realizados, se reporta que la paciente presenta una monitoria fetal con "patrón saltatorio" a las 01+00, lo cual como se explicó previamente es un signo de sufrimiento fetal agudo. Se anota que se ajusta el monitor encontrando FCF en 140 lpm, y media hora después se decide la cesárea de emergencia, la cual inicia a las 01+45. Si bien se presentan diferentes factores que pueden estar relacionados con el desenlace adverso (complicaciones anestésicas y quirúrgicas), la paciente es llevada a cesarea 45 minutos después de la identificación del "patrón saltatorio" de la frecuencia cardíaca fetal, lo cual podría ser una demora que representara un posible mejor desenlace.

62. Señale respecto de los consentimientos informados, en qué fecha y hora se realizaron los mismos? Explique para cada uno de ellos.

El consentimiento para atención de parto tiene fecha del 09 de diciembre de 2012. Los consentimientos para procedimiento anestésico y de cesárea tienen fecha del 10 de diciembre de 2012. Ninguno de los descritos registra la hora a la que fueron realizados.

63. Señale al despacho respecto de las notas de enfermería, desde que horas se realizaron las mismas y a que horas se realizaron las mismas? Señale si esto es adecuado, oportuno y coherente con la atención y el estado del binomio?.

Las notas de enfermería se registran desde las 18+49 horas del 09 de diciembre de 2012. La mayoría de estas se registran retrospectivas. En términos generales las notas son coincidentes con las notas médicas, algunas con diferencias de algunos minutos, lo cual no puede decirse que sea falta de coherencia o que se relacione con una atención inadecuada. Cabe aclarar que por defectos de fotocopiado y escaneo del documento, algunos registros se ven afectados y la hora anotada no es clara (pagina 000054).

BIBLIOGRAFÍA

1. Resolución 1995 del 8 de julio de 1999. Ministerio de Salud.
2. Ruiz A. Cap 6. Nomenclatura Obstétrica, Trabajo de Parto y Parto Eutócico. Guías de Atención Basadas en Evidencias, en: Obstetricia Integral Siglo XXI Tomo I. Universidad Nacional de Colombia. 2010.

3. Nápoles D. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. MEDISAN [Internet]. 2013 Mar [citado 2021 Ene 08]; 17(3): 521-534. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300014&lng=es.
4. Fournié A, et al. Sufrimiento Fetal Agudo. EMC - Ginecología - Obstetricia, 2000; 36(1), 1 - 15.
5. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. ACOG Practice Bulletin No. 106. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2009;114:192–202.
6. Fierros M, et al. Cap 6. Monitoreo Cardiotocográfico Fetal Intraparto, en: Manual de Obstetricia y Procedimientos Quirúrgicos. McGraw Hill Education. 2015.
7. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
8. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias.
9. Karaçam Z, et al. Evolving Understanding and Treatment of Labour Dystocia. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 182 (2014) 123–127.
10. Mercado M. Cap 15. Distocias, en: Obstetricia Integral Siglo XXI Tomo II. Universidad Nacional de Colombia. 2010
11. Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2a Edición: guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR; 2010.
12. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandraran E; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Oct;131(1):13-24.
13. Caesarean Section (CG 132). Clinical Guideline. National Institute for Health and Care Excellence. Published: 23 November 2011.
14. Hema KR, Johanson R. Techniques for Performing Caesarean Section. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Vol. 15, No. 1, pp. 17-47, 2001.
15. Hofmeyr JG, Novikova N, Mathai M, Shah A. Techniques for Cesarean Section. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2009. 201(5), 431-444.
16. Oliveira B, Domelas de Andrade A, Lemos A, et al. Abdominal Muscle Electrical Activity During Labor Expulsive Stage: A Cross-Sectional Study. Rev Bras Fisioter. 2011;15(6):445-51.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Diana', written in a cursive style.

DIANA PAOLA GONZALEZ VALENCIA

C.C N°. 1.026.277.861 de Bogotá

Números de contacto: 8134968 - 322 8576175

Dirección de notificación: Carrera 88 # 18-33, interior 4, apartamento 201.