



1002



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN: Carrera 6 No. 24A - 14 BARRIO MENEGUA, VILLAVICENCIO, META
TELÉFONO: 57 6014069944 extensión 3837

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022

CIUDAD Y FECHA: VILLAVICENCIO. 16 de marzo de 2022
NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBVILL-DSM-01468-C-2022**
OFICIO PETITORIO: No. 1537 - 2019-09-24. Ref: Proceso 50001315300320170030600 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: ANGIE B JIMENEZ CORTES
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO VILLAVICENCIO
JUZGADO
AUTORIDAD DESTINATARIA: ANGIE B JIMENEZ CORTES
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO VILLAVICENCIO
JUZGADO
Carrera 29 No. 33 b -79 palacio de justicia of. 403 torre a
VILLAVICENCIO, META
NOMBRE PACIENTE: **NAHIARA ESCOBAR HERNANDEZ**
IDENTIFICACIÓN: RC 1122527092
EDAD: 9 años
ASUNTO: Responsabilidad profesional

*Recibido
Escobar
Marzo 20/2022
8:20 AM
10 Folios
150000*

Metodología:

• La aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones medicolegales que deberán ser utilizados en el contexto específico de cada caso; como se establece en el procedimiento Abordaje medicolegal de casos relacionados con responsabilidad profesional en atención en salud DG-M-P-91 Versión: 01 de 29 de diciembre de 2017

MOTIVO DE PERITACIÓN

El Juzgado Tercero Civil del Circuito de Villavicencio mediante oficio No. 1537 del 24 de septiembre del 2019, solicita "que por intermedio de un profesional en neurocirugía pediátrica (a cargo de la parte demandante), dentro del término de un mes contado a partir del envío de la comunicación determine los siguientes interrogantes: Interrogantes audiencia del 01 de abril del año 2019: Determinar si las secuelas presentadas por la menor NAHIARA ANTONELLA ESCOBAR HERNANDEZ son originadas a causa de: 1. Atención en el momento del parto. 2. Mora en la atención del parto. 3. Negligencia médica que ocasionara las secuelas que reposan en la historia clínica o por si el contrario se debieron a situaciones ajenas al momento de la atención del parto.

Auto del 20 de junio del año 2019 (solicitado por el demandante a folios 352-363): Establezca los protocolos médicos a seguir en un caso como el que se aquí se trata, en cuanto a la ruptura de membranas y necesidad de remisión urgente de un paciente, que atención se debe brindar cuando en la ruptura de membranas el líquido se encuentra meconiado, que atención se debe brindar a un bebé de baja talla y peso recién nacido, protocolos para dar salida a un menor de estas condiciones, grado de retraso sicomotoriz, análisis de historia clínica para corroborar los hechos de la presente y las condiciones actuales de la menor, para que se establezcan posibles causas y secuelas a futuro tanto físicas como psicológicas, fallas en la atención médica y demás que resulten relevantes. Igualmente, para que determine las secuelas por el manejo médico y si éstas son de carácter permanente o transitorio, y en general, para que dictamen de acuerdo con lo solicitado por el apoderado de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia a folio 531: ".....con fundamento en las historias clínicas y las del Hospital Departamental de Villavicencio, se rinda experticia acerca de la presentación,

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022



evolución, tratamiento y diagnóstico practicados y ordenados por el personal médico de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia a la señora Nataly Hernández y Nahiara Hernández entre el 26 y 29 de septiembre de 2012 y determinar con fundamento en tales pruebas documentales: Si los daños neurológicos o de retraso en el desarrollo de la menor Nahiara Escobar Hernández reclamados en la demanda, derivan o no, o si tuvieron origen u ocurrieron por causa o consecuencia del actuar o del manejo clínico adelantado por el personal médico y asistencial de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia, durante las atenciones prestadas a la paciente”.

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

- Copia de la historia clínica en cincuenta y cuatro (54) folios digitales de Servicios Médicos FAMEDIC.
- Copia de la historia clínica en dieciséis (16) folios impresos de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia.
- Copia de la historia clínica en cuarenta y seis (46) folios impresos del Hospital Departamental de Villavicencio.
- Copia de la historia clínica en dieciocho (18) folios impresos de la IPS Clínica José A Rivas.
- Copia de la historia clínica en uno (1) CD.

OTROS RECURSOS UTILIZADOS: Revisión bibliográfica de guías de manejo.

RESUMEN DEL CASO

DE HISTORIA CLÍNICA, anexo al oficio de solicitud se recibe copia de la historia de:

A. Historia Clínica de Nataly Margoth Hernández Hernández de Servicios Médicos FAMEDIC, de la cual se extrae la siguiente información: 1. El día 18/04/2012 la paciente asistió a consulta médica para inicio de controles prenatales. Para ese entonces, tenía 21 años de edad, llevó una ecografía del 24 de marzo con 11.4 semanas, con lo que calcularon 15 de semanas de embarazo para ese día. La altura uterina para ese día fue de 11 cms, peso materno de 44 kg con 1,60 cms de estatura, sin informarse otras alteraciones relevantes al examen físico. Se indicó la toma de exámenes del control prenatal, inicio de micronutrientes del embarazo y recomendaciones generales. Dra. Nanda Zamora, medicina general. 2. El día 24/05/2012 la paciente asistió para control prenatal con el resultado de los exámenes solicitados en la consulta anterior. Para ese entonces contaba con 20,1 semanas, la paciente no mencionó síntomas anormales. En la lectura de laboratorios, se describió infección vaginal. En el examen físico la altura uterina fue de 18 cms, peso materno de 45 kg, sin alteraciones mencionada de relevancia. Se diagnosticó supervisión de primer embarazo normal. Se indicó tratamiento para la infección vaginal, micronutrientes, toma de ecografía obstétrica y control al mes. Dra. Nanda Zamora, medicina general. 3. El día 28/06/2012 asistió a control prenatal con enfermería, para ese día se calcularon 23,5 semanas de embarazo. Peso materno para ese día de 49 kg, altura uterina de 23 cms, reporte de ecografía del 30 de mayo: feto único vivo flotante, con frecuencia cardíaca normal. Se decidió enviar a vacunación, solicitar exámenes del segundo trimestre del embarazo y citar a control al mes. Enfermera Yesenia Baquero. 4. El día 12 de julio en una consulta médica, la paciente fue remitida a psicología por “depresión y llanto fácil”. 5. El día 24/07/2012, la paciente asistió a control prenatal con enfermería con 27,3 semanas de embarazo, con peso materno de 50 kg, reporte de exámenes sin alteraciones, altura uterina de 25 cms, con dolor pélvico, por lo que se direccionó a consulta médica. Se indicó control al mes. Enfermera Yesenia Baquero. Ese mismo asistió a valoración psicológica, informaron que el embarazo no había sido deseado, fue encontrada con llanto fácil, labilidad emocional e irritabilidad. Se consideró episodio depresivo leve. 6. El día 02/08/2012 la paciente asistió a control prenatal con 29.5 semanas, se registró peso materno de 50 kg, altura uterina de 23 cms y dolor en la parte derecha baja del abdomen. En el análisis se describió que no hubo ganancia

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022

1003



de peso en los últimos dos controles, con poco aumento del tamaño uterino, para lo que se indicó toma de ecografía obstétrica y valoración por ginecología. Dra. Nanda Zamora, medicina general. 7. El día 13/08/2012 la paciente fue valorada por ginecología con 31 semanas de embarazo, se describió como motivo de la remisión "sospecha de feto pequeño", la paciente solo mencionó continuar con el dolor en la parte baja derecha del abdomen. Se informó una ecografía tomada el 10 de agosto, en la que se describió que cursaba con embarazo de 27-29 semanas, con peso estimado fetal de 1225 gramos, "descartar RCIU". El peso materno para ese día fue de 54 kg, altura uterina de 25 cms, sin más observaciones importantes. El diagnóstico emitido fue "atención materna por déficit del crecimiento fetal". Se consideró que la altura uterina no era concordante con la edad gestacional y la última ecografía era discordante en 3 semanas y el peso fetal estimado estaba por debajo del percentil 10. La conducta fue solicitar un doppler feto placentario prioritario más perfil biofísico y asistir a control con los resultados. Dra. Ana María Salazar. 8. El día 21/08/2012, la paciente asistió a cita de seguimiento con psicología, se describió que había "dificultades en la dinámica familiar, sentimientos de minusvalía, inconformismo y pobre visión hacia el futuro", "inadecuada red de apoyo familiar". Se continuó considerando episodio depresivo leve. 9. El día 07/09/2012 la paciente asistió a control con ginecología con 34,4 semanas de embarazo y diagnóstico de feto pequeño. La materna no manifestó sintomatología anormal. Se registró el resultado de la ecografía solicitada, que fue realizada el día 13 de agosto, reportando 29.2 semanas de embarazo, peso fetal estimado de 1332 gramos, índice de líquido amniótico de 13, perfil biofísico de 8/8 y doppler feto placentario "dentro de límites normales". Al examen físico peso materno de 54 kg, altura uterina de 28 cms, sin alteraciones. Se consideró "paciente con embarazo de 34,4 semanas con feto pequeño sin RCIU hasta el momento con bienestar fetal y doppler fetoplacentario normal". Se indicó continuar vigilancia y curva de crecimiento fetal, control en 2 semanas con nueva ecografía para valorar peso fetal. Dra. Ana María Salazar. 10. El día 21/09/2012 se realizó el control programado con ginecología, para ese momento con 36,4 semanas de embarazo, la madre manifestó disminución de los movimientos fetales y flujo vaginal. La ecografía indicada tomada el día 14 de septiembre, reportó embarazo de 33.4 semanas, peso fetal de 2099 gramos e índice líquido amniótico "normal". Peso materno de 55 kg, altura uterina de 29 cms, feto de cabeza hacia la pelvis materna, con frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto, con percusión del área renal dudosa. Se consideró "con déficit en crecimiento fetal sin diagnóstico de RCIU hasta el momento crecimiento en percentiles bajo pero continuo sin detención del mismo". Se decidió solicitar cultivo de la orina, ecografía de control en una semana con doppler, monitoría fetal y control con reportes. Dra. Ana María Salazar. 11. El día 26/09/2012, la paciente asistió a control prenatal con 38,6 semanas de embarazo calculadas por ecografía de primer trimestre. Manifestó manchado escaso. Aportó resultado de ecografía con perfil biofísico del 24 de septiembre con embarazo de 32.5 semanas, con hallazgos compatibles con feto pequeño para la edad gestacional, doppler "dentro de parámetros normales para la edad gestacional lo cual descarta RCIU", monitoría fetal "reactiva negativa". Peso materno de 55 kg, altura uterina de 28 cms, cuello uterino permeable 1 cm. Se indicó nueva ecografía con perfil biofísico y control en 48 horas. Dr. Jeymmi Galeano, médico general.

B. Historia Clínica de Nataly Margoth Hernández Hernández de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia, de la cual se extrae la siguiente información: 1. El día 26/09/2012 a las 11+24 horas la paciente asistió a urgencias por cuadro clínico de media hora de salida de líquido amniótico claro. Dentro de los antecedentes mencionaron que era el primer embarazo, la asistencia a siete controles prenatales, exámenes de laboratorio del control prenatal dentro de la normalidad, embarazo no deseado y se mencionó que las ecografías estaban mostrando que el feto estaba pequeño para el tiempo de embarazo. En el examen físico, los signos vitales estaban normales, se encontró altura uterina de 30 cms, frecuencia cardíaca fetal normal de 140 latidos por minuto y al tacto vaginal cuello uterino cerrado con salida de líquido amniótico con meconio grado I; sin mencionarse otras alteraciones. En el

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022



análisis se describió que por la ecografía de primer trimestre del 24 de marzo con 11.4 semanas, la edad gestacional para la fecha era de 38.1 semanas; pero tenía también una ecografía del 24 de septiembre (2 días atrás), con la cual, se calculaban 33 semanas de embarazo para esa fecha y un peso fetal estimado por ecografía de 2089 gramos; por lo que se consideró que cursaba con una restricción del crecimiento intrauterino con ruptura prematura de las membranas, y se decidió hospitalizar, toma de monitoria fetal, solicitar valoración por ginecología y realizar remisión para Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Dr. Marcos Oswaldo Romero Gutiérrez. 2. Ese día a las 13+47 horas la paciente fue valorada por ginecología, se describió adicionalmente, que tenía un doppler feto placentario normal, al parecer de la misma fecha de la última ecografía (24 de septiembre). En el examen físico, los signos vitales continuaban normales y se confirmó la salida de líquido amniótico. Se consideró restricción del crecimiento intrauterino y se decidió remitir a otra institución por no tener disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos neonatal, se insistió en realizar la monitoria fetal. Dra. Ana María Salazar. En nota de enfermería de las 14+28 horas se menciona la toma de la monitoria fetal, se canaliza y se ingresa. 3. A las 19+16 horas, ginecología realiza una nota médica retrospectiva de las 18+00 horas, en la cual describen que completaba nueve horas de ruptura de membranas, con restricción del crecimiento intrauterino y sospecha de estado fetal insatisfactorio por la presencia de líquido amniótico con meconio grado II. La paciente informó pobres contracciones y disminución de los movimientos fetales. En el tacto vaginal, adicionalmente, se describió que el cuello uterino seguía cerrado. La remisión para UCI neonatal, fue aceptada en Bogotá, pero ante las circunstancias, se decidió comentar al pediatra y realizar cesárea. Más adelante se encontró que el procedimiento quirúrgico fue realizado sin complicaciones. Dra. Ana María Salazar. 4. Evolución de ginecología del día 27/09/2012 a las 09+23 horas: la paciente manifestó sentirse bien, fue encontrada con signos vitales estables, con la herida quirúrgica en buen estado, con sangrado vaginal escaso y sin otras alteraciones, por lo que se decidió dar salida con recomendaciones, signos de alarma y fórmula médica. Dr. Rubén Darío Hoyos Ramírez. 5. En las notas de pediatría, se describió que a las 19+00 horas del día 26/09/2012, se recibió recién nacido de sexo femenino, con llanto fuerte, con buen patrón respiratorio, con puntaje apgar de 8/10 - 9/10 - 10/10, con peso al nacer de 1820 gramos y talla de 45 cms. Se ordenó trasladar junto con la madre e iniciar lactancia materna. Dr. Felipe Tous.

C. Historia clínica de la Hija de Nataly Margoth Hernández Hernández de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia, de la que se extrae lo siguiente: 1. El día 26/09/2012 a las 21+17 horas se encuentra la nota de adaptación neonatal de parte de pediatría: nacimiento a las 19+00 horas, recién nacido femenino con "llanto fuerte, vigorosa, líquido amniótico claro, con FC 142 x min, buen patrón, con puntaje apgar al minuto de 8/10"; dice que se succionó, adaptación inmediata de manera de espontánea, con peso al nacer de 1820 gr, talla al nacer de 45 cms, PC 31 cm, PT 28 cm y se mencionó examen físico sin alteraciones. Se consideró diagnóstico de recién nacido a término, nacimiento por restricción del crecimiento intrauterino + ruptura de membranas + meconio grado II, adaptación neonatal espontánea y bajo peso para la edad gestacional. Se indicó trasladar con la madre, dar lactancia materna, glucometrías a las 2 horas y cada 6 horas, lavado gástrico y cuidados de rutina. Dr. Felipe Tous. Más tarde se encontró una nota aclaratoria que menciona, la adaptación fue realizar por el pediatra Jorge Salcedo. Enfermería registró el primer valor de glucometría en 84 mg/dl (normal) y sobre las 00+00 horas el recién nacido fue trasladado junto con la madre en buenas condiciones y se observó lactar sin dificultad. 2. Evolución médica de pediatría del día 27/09/2012 de las 06+06 horas: se mencionó adecuado sueño y succión referidas por la madre. En el examen físico fueron descritos los signos vitales normales, temperatura normal y sin alteraciones en la valoración. Se informó que la hemoclasificación materna O positivo y la del recién nacido A positivo. Se decidió dar salida junto con la madre con recomendaciones, se explica a la madre la condición de bajo peso, se dan signos de alarma e indicaciones ambulatorias para toma de ecografía transfontanelar y ecocardiograma. Dr. Harry Sánchez. 3. El mismo día 27/09/2012 a

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022



las 18+40 horas hay una nota de medicina general, que dice que la recién nacida prematura con antecedente de restricción del crecimiento intrauterino fue valorada en urgencias por el Dr. Salcedo pediatra de turno, encontrando múltiples manchas puntiformes rojas en cara, tronco y extremidades, con glucometría de 40; por lo que indicó hospitalizar. Dr. Álvaro Girón. Sobre las 18+49 horas se encuentra la valoración por pediatría mencionada en la nota anterior, en la que, además de lo descrito, mencionan que había pobre actividad del neonato. Se consideró que, debido al antecedente del bajo peso, presencia de hipoglicemia y las manchas puntiformes (petequias), se debía hospitalizar y realizar exámenes. Dr. Jorge Salcedo. 4. Evolución médica de pediatría del día 28/09/2012 a las 08+49 horas: se mencionó que la madre refirió verla bien, se reportaron signos vitales normales y en el examen físico solo se mencionó la presencia de manchas puntiformes (petequias). Se registraron un hemograma con leucocitos 14.480, hemoglobina 17.70, neutrófilos 45%, plaquetas 76.000. Glucometrías entre las 18+00 horas y 06+00 horas: 48, 80, 56, 68 mg/dl. Se sospechó "TORCHS", se indicó realizar más estudios. Dr. Felipe Tous. Evolución médica de pediatría de las 17+41 horas: en ésta valoración se consideró alto riesgo de sepsis neonatal temprana, se describió en regular estado, con color amarillo, con persistencia de petequias en extremidades, se informó PCR 12, tiempos de coagulación prolongados; por lo anterior se consideró necesaria remisión urgente a UCI neonatal, tomar hemocultivos, urocultivo, inicio de los antibióticos ampicilina sulbactam, gentamicina, aplicar vitamina K y continuar el resto de cuidados. Dr. Jorge Salcedo. 5. Evolución médica de pediatría del día 29/09/2012 de las 06+26 horas: se informó que la madre refirió verla bien, en el examen físico regular estado general, color amarillo y en el análisis y plan de manejo, se dejó lo mismo que en la nota médica anterior. Dr. Harry Sánchez. En las notas de enfermería, se observa el registro de glucometrías de control en valores normales y sobre las 16+00 horas de ese día se informó de la aceptación de la remisión por parte del Hospital de Villavicencio. Con fecha del 28/09/2012 urocultivo negativo. Sin más información.

D. Historia clínica de la hija de Nataly Margoth Hernández Hernández del Hospital departamental de Villavicencio, de la cual se extrae lo siguiente: 1. El día 29/09/2012 sobre las 20+00 horas la paciente ingresó a esta institución, se reportó capurro para 37 semanas, peso 1935 gr, glucometría 67, signos vitales normales, en regular estado general por la restricción del crecimiento (RCIU) y presencia de un soplo. Se consideró recién nacido a término, bajo peso para la edad gestacional, riesgo de toxoplasmosis congénita, riesgo de sepsis neonatal, hijo de madre con líquido amniótico meconiado. En el análisis por el RCIU y las alteraciones de la coagulación, se solicitó ecografía transfontanelar en búsqueda de hemorragia cerebral. Se indicó realizar citomegalovirus IgM para descartar causa de la RCIU, se indicó antibiótico por la sospecha de aspiración de meconio, toma de hemocultivos, toma de ecocardiograma por el soplo, radiografía de tórax por la posible aspiración de meconio y demás estudios. Dr. Arnulfo Ayala, neonatólogo. 2. Evolución médica de pediatría del 30/09/2012 a las 10+00 horas: en los diagnósticos se consideró sepsis neonatal y a descartar infección congénita por toxoplasmosis o citomegalovirus. Se reportó PCR 6.5, plaquetas 94000, sin más alteraciones. Se continuó tratamiento en Unidad de cuidados intensivos neonatales básicos. Dr. César Villarraga, neonatología. Se reportó en radiografía de tórax fractura de clavícula derecha levemente desplazada, ecografía transfontanelar con lesión quística en el polo anterior del plexo coroideo anterior, leve ectasia ventricular supratentorial bilateral. Se solicitó resonancia cerebral. 3. Evolución médica de pediatría del 01/10/2012: se consideró evolución sin deterioro, se continuó el tratamiento antibiótico, se solicitó valoración por ortopedia por la fractura de la clavícula y a la espera de los demás reportes. Dra. Ximena Tovar. 4. Evolución médica de pediatría del día 02/10/2012: se adicionó a los diagnósticos hipertensión pulmonar severa y ductus arterioso persistente, se reportó resonancia cerebral "normal", plaquetas 228.000 y ecocardiograma con hipertensión pulmonar severa y ductus permeable. Se anotó cianosis ocasional, se indicó oxígeno, sildenafil y cierre del ductus con ibuprofeno. Dra. Ximena Tovar. 5. Evolución médica del día 03/10/2012: en el examen físico se informó episodios de cianosis con desaturación y aumento de la frecuencia respiratoria. Se consideró evolución estacionaria por aumento del

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA



requerimiento de oxígeno, ortopedia consideró que la fractura se podía manejar por la consulta externa. Se indicó cuidados intensivos. Dra. Ximena Tovar. 6. Evolución médica de pediatría de los días 04 y 05/10/2012: ese día se consideró evolución hacia la mejoría, se continuó el mismo tratamiento, se disminuyó la concentración de oxígeno y se indicó cuidados intermedios. Dra. Ximena Tovar. 7. Evolución médica de pediatría del día 06/10/2012: se reportó el resultado de citomegalovirus IgM negativo, hemocultivos a la fecha negativos, terminando esquema antibiótico, con buena evolución, con ganancia de peso, se indicó control de ecocardiograma. Dra. Ximena Tovar. 8. Evolución médica de pediatría del día 09/10/2012: se consideró evolución clínica sin deterioro, el ecocardiograma fue reportado como normal, se indicó suspender el oxígeno. Dra. Ximena Tovar. 9. El día 10/10/2012 se consideró evolución favorable, resolución de la hipertensión pulmonar, cierre exitoso del ductus arterioso, por lo que se indicó egreso con 2040 gr de peso con orden de controles ambulatorios. Dra. Ximena Tovar. 10. El día 08/10/2012 la paciente fue vista por oftalmología pediátrica, considerándose riesgo bajo de retinopatía del prematuro y con indicación de control a los 3 meses. Dra. Camila Rojas.

E. Historia clínica de Nahiara Escobar Hernández de la IPS Clínica José A Rivas, de la que se extrae lo siguiente: 1. Consulta de otología del día 10/04/2014: fue llevada porque la madre manifestó que la niña no escucha, la audiometría "sugiere pérdida profunda bilateral". Se consideró hipoacusia profunda bilateral, se solicitaron potenciales y se indicó protocolo de implante coclear. Laura García. 2. El reporte de los potenciales evocados auditivos del 17/05/2014 fue hipoacusia neurosensorial bilateral. 3. El día 06/08/2014 se realiza colocación de implante coclear derecho. 4. Valoración por otología del día 26/05/2016: asistió con diagnóstico de hipoacusia neurosensorial congénita bilateral no sindrómica, el padre manifestó mejoría del lenguaje y la marcha con el uso del implante. Se consideró candidata a implante coclear para oído izquierdo. Dr. José Rivas.

DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO MODO Y LUGAR

A). Diagnóstico y seguimiento del feto con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y del feto pequeño para la edad gestacional (PEG), (tomado de Sanín-Blair JE, Gómez-Díaz J, Ramírez J, Mejía CA, Medina Óscar, Vélez J. consenso colombiano, 2009. Revista colombiana de obstetricia y ginecología volumen 60 número 3): La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y el feto pequeño para la edad gestacional (PEG) se presentan en 4% a 15% de los embarazos. El único medio que permite de manera adecuada sospechar y diagnosticar las alteraciones en el crecimiento fetal es el ultrasonido. Para evaluar estas alteraciones, es necesario conocer la edad gestacional, calcular el peso fetal por ultrasonido y contar con curvas de crecimiento apropiadas para establecer los percentiles de crecimiento de cada feto. La opinión de este consenso es que se requieren datos de la población colombiana para tener una aproximación más real al problema, ya que los estudios existentes no permiten la masificación de su uso. Ahora bien, ante la ausencia de tablas validadas en nuestro medio, se recomienda emplear las tablas de Hadlock. De otra parte, según el consenso basado en las diferentes recomendaciones internacionales los fetos que presentan uno o varios de los siguientes parámetros son considerados como posibles casos de RCIU: - Crecimiento fetal por debajo del percentil 10 para la edad gestacional con signos de compromiso fetal que incluyen anomalías de la circulación feto placentaria identificadas por Doppler, disminución del líquido amniótico o alteraciones en las pruebas de bienestar fetal (perfil biofísico fetal, monitoreo no estresante - NST). - El feto con un peso inferior al percentil 3 para la edad gestacional calculado por ecografía. - Feto con circunferencia abdominal por debajo del percentil 2,5 para la edad gestacional sin alteraciones de otros parámetros biométricos. Un feto pequeño para la edad gestacional es aquel cuyo peso fetal está entre el percentil 3 y 10, muestra una valoración anatómica por ultrasonido normal, presenta pruebas de bienestar fetal normales y al realizar una valoración prospectiva persiste en similares percentiles de

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022



crecimiento. La historia clínica aislada subestima el diagnóstico en un tercio de los casos de RCIU. En el examen físico se emplea la medición de la altura uterina. Dicha medición, aunque presenta sensibilidades que varían de 20% a 50%, es fácil de hacer, no es costosa y debe realizarse en toda gestante como prueba primaria de tamizaje para detectar alteraciones en el crecimiento del feto. Una medida de tres o cuatro centímetros por debajo de lo esperado para la edad gestacional obliga a descartar la RCIU y amerita una valoración mediante ultrasonido (nivel de evidencia II y III, recomendación tipo C). Además, siempre se debe tener en cuenta la fecha de la última menstruación o el ultrasonido del primer trimestre con el fin de asignar percentiles de crecimiento al feto. Los parámetros a valorar por ultrasonido son: - Cálculo del peso fetal: se recomienda la fórmula de Hadlock que utiliza la medición del perímetro cefálico, la circunferencia abdominal y la longitud del fémur. Tiene un error estimado de +/- 15% del peso real. - Cálculo del percentil de crecimiento: después de estimar el peso fetal y conociendo la edad gestacional se calcula el percentil de crecimiento. Al comparar los valores obtenidos del peso fetal por ultrasonido con las curvas de Hadlock, se asignan los percentiles correspondientes a cada medición. - Valoración del volumen de líquido amniótico: los valores del índice de líquido amniótico (ILA) inferiores o iguales a 5 cm se considerarán como "oligoamnios", entre 5 cm-7 cm como "límite inferior de la normalidad" y valores entre 8 cm-18 cm como "líquido amniótico normal". Las personas que no tienen un entrenamiento adecuado en la valoración del índice de líquido amniótico en los cuatro cuadrantes realizan falsamente diagnósticos de oligoamnios mientras que algunos autores prefieren la realización de la columna máxima, considerando oligoamnios exclusivamente cuando no existe una ventana de líquido amniótico superior a 2 cm. - Seguimiento longitudinal del feto y evaluación de la velocidad de crecimiento (en los casos en que sea posible): cuando no se cuenta con una edad gestacional por datos de ultrasonido temprano ni por amenorrea, es aconsejable realizar un ultrasonido con intervalos de dos semanas para poder establecer la tendencia de crecimiento. Se recomienda este tiempo, pues en un período más breve resulta imposible diferenciar si los cambios observados en la medición se deben a la variación inter o intraobservador o a los cambios en el crecimiento fetal. Cuando en una valoración ultrasonográfica se detecta un crecimiento inferior al percentil 10 o existe sospecha de RCIU, se debe remitir a la paciente a una unidad de medicina materno-fetal o especialista en perinatología para una valoración integral de la madre y su feto que incluya: valoración morfológica fetal, búsqueda de signos ecográficos asociados con enfermedad cromosómica y/o signos de infección y pruebas de bienestar fetal (nivel de evidencia III, recomendación tipo C). Es indispensable, además, practicar pruebas de bienestar fetal que contengan al menos la valoración del Doppler de la arteria umbilical, de la arteria cerebral media y de las arterias uterinas (niveles de evidencia I, II y III; recomendaciones tipo A, B y C). Asimismo, se debe realizar una búsqueda del factor desencadenante y ofrecer estudios genéticos y/o estudios para infección de acuerdo con los hallazgos encontrados por medio del ultrasonido. Los fetos con malformaciones y con restricción del crecimiento intrauterino serán considerados como RCIU, pero su manejo dependerá de las anomalías asociadas. ETIOLOGÍA: La RCIU y el feto PEG no constituyen una entidad específica y son una manifestación de enfermedades fetales, maternas o placentarias o simplemente una variación estadística poblacional de la normalidad. La presencia de uno o más de los factores patológicos descritos aumentan la probabilidad diagnóstica de la RCIU. - Causas maternas: privación nutricional materna severa, enfermedades vasculares (hipertensión, diabetes pregestacional, preeclampsia), enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias, renales y trombofilias; ingestión de algunos medicamentos; el abuso del alcohol, tabaco o drogas psicoactivas y antecedente de feto pequeño en embarazos anteriores. - Causas fetales: constitucionales (feto constitucionalmente pequeño), anomalías cromosómicas, malformaciones estructurales, infecciones fetales, displasias esqueléticas y la gestación múltiple. - Causas placentarias: insuficiencia placentaria, infartos placentarios, vasculitis, placenta previa, corioamnionitis crónica, inserción anormal del cordón umbilical, placenta circunvalada, anomalías placentarias en la gestación múltiple, corioangioma y arteria umbilical única. PREVENCIÓN TERCIARIA DE LA RCIU: Una vez establecido el diagnóstico de la RCIU, se debería efectuar una valoración integral en un tercer nivel de

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA



atención que cuente con personal obstétrico y neonatal bien entrenado. Se debe realizar una correcta clasificación, búsqueda de las enfermedades maternas o fetales subyacentes y hacer las pruebas de bienestar fetal adecuadas, para definir el diagnóstico y el momento óptimo para la finalización de la gestación. Esta conducta es la única que ha demostrado incidir sobre la mortalidad perinatal y la morbilidad a largo plazo (nivel de evidencia II, recomendación tipo B). La utilización de medidas como: reposo absoluto, hiperoxigenación materna, agonistas, β -adrenérgicos, nifedipina, heparina y anticoagulantes, suplementos nutricionales y expansores del plasma no ha demostrado un efecto beneficioso sobre la RCIU establecida y, por lo tanto, no están recomendados (nivel de evidencia Ib, recomendación tipo A).

CONTROL DEL FETO CON SOSPECHA DE RCIU: El feto pequeño para la edad gestacional se diferencia del feto con verdadera RCIU por las ecografías de seguimiento y el Doppler de arterias uterinas y el Doppler fetal. El feto con crecimiento entre los percentiles 3-10, con pruebas de bienestar fetal normales, líquido amniótico en cantidad adecuada, Doppler fetal y de arterias uterinas normales se catalogará como "feto pequeño para la edad gestacional" y se recomendará seguimiento ecográfico de crecimiento y Doppler cada 2 semanas. Estos fetos no se benefician de la inducción electiva del parto antes de la semana 40. Valoración por estudios doppler materno-fetales de la circulación placentaria: Los fetos con RCIU secundaria a insuficiencia placentaria, los cuales constituyen el grupo de más alto riesgo, presentan cambios progresivos de aumento de la resistencia placentaria, hipoxia y sospecha de asfixia, que pueden ser detectados mediante Doppler, perfil biofísico y monitoreo fetal electrónico (NST). Aunque la aproximación Doppler de múltiples vasos es lo ideal, deben tenerse en cuenta otros parámetros para finalizar la gestación, tales como el perfil biofísico fetal y el monitoreo fetal anteparto. En los embarazos complicados con RCIU secundario a insuficiencia placentaria se sugiere realizar un enfoque de valoración de múltiples vasos que incluya: arteria umbilical, arteria cerebral media, arterias uterinas y en casos más severos: ductus venoso, vena umbilical, istmo aórtico y posiblemente parámetros de función cardíaca fetal. En feto con alteración hemodinámica grave, lejos del término, un estudio no logró demostrar que una conducta agresiva de finalización inmediata podría mejorar el pronóstico perinatal. Por tal motivo, la aproximación en estos casos, particularmente en los de lejos del término, debe ser individualizada. Entre las pruebas de bienestar fetal, el estudio Doppler de la arteria umbilical ha demostrado reconocer los fetos con crecimiento restringido que requieren mayor atención y vigilancia más estrecha; por lo tanto, una de las recomendaciones de este panel de consenso es que se involucre el estudio Doppler en el feto con sospecha de RCIU (nivel de evidencia Ib, recomendación tipo A). De acuerdo con la literatura revisada, este consenso considera que la secuencia de los cambios Doppler debe establecerse bien y su informe debe ser estandarizado: Cambios iniciales en el doppler: - Aumento de la resistencia en las arterias uterinas: presencia de Notch (escotadura) bilateral o índice de pulsatilidad (IP) promedio de las dos arterias superior al percentil 95. - Aumento en el IP de la arteria umbilical (superior al percentil 95 para la edad gestacional), con presencia de diástole umbilical y sin cambios en la circulación cerebral. En estos casos, el informe ecográfico-doppler dirá: "feto con aumento de las resistencias placentarias sin signos de redistribución hemodinámica". Cambios del doppler sugestivos de hipoxia fetal: - Alteración de la relación cerebro-placentaria. - Vasodilatación de la arteria cerebral (ACM), con un IP de la ACM inferior al percentil 5. - Aumento en el IP de la arteria umbilical con ausencia de flujo en diástole. En los casos anteriores es obligatorio realizar la valoración de los vasos venosos, ductus venoso y vena umbilical, y el flujo en estos vasos debe ser normal. El informe del ultrasonido dirá: "feto con signos de redistribución hemodinámica". Cambios doppler de posible asfixia fetal: - Flujo diastólico reverso en la arteria umbilical. - Ausencia de flujo atrial en el ductus venoso. - Presencia de onda "a" reversa en el ductus venoso. - Presencia de flujo venoso pulsátil en la vena umbilical periférica o intraabdominal. Al realizar el informe se catalogará como "feto con alteración hemodinámica grave".

SEGUIMIENTO: Dado que el feto con RCIU está en riesgo de muerte y de sufrir morbilidad, se debe realizar una vigilancia fetal cuidadosa que incluya el Doppler y las otras pruebas de bienestar fetal como el monitoreo fetal y el perfil biofísico. La severidad de la enfermedad y su progresión generalmente dependen de la edad de detección de la RCIU y de la severidad de la enfermedad placentaria (cambios en la

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022

1006



arteria umbilical). Entre los "criterios de severidad" en las pruebas de bienestar fetal se consideran los siguientes: •IP en el ductus venoso superior al percentil 95. •Signos Doppler sugestivos de posible "asfixia fetal". •Perfil biofísico fetal menor o igual a 6/10 con oligoamnios. •Prueba no estresante (NST) con variabilidad menor a 5 latidos y presencia de desaceleraciones. La actuación del obstetra para decidir el momento de la terminación de la gestación debe radicar en sopesar entre los riesgos de la prematuridad y los riesgos de dejar el feto en un ambiente hostil, que pueden llevar a complicaciones a corto y largo plazo. De otra parte, no existe evidencia de que el manejo hospitalario de la madre se asocie con mejores resultados perinatales, ni con un mayor peso neonatal; sin embargo, parece aconsejable recomendar reposo y eliminar posibles factores externos desencadenantes. Por lo tanto, es necesaria la hospitalización en los siguientes casos: presencia de síndrome hipertensivo asociado con el embarazo, cambios Doppler sugestivos de asfixia fetal, enfermedades maternas asociadas, dificultad para realizar un adecuado seguimiento ambulatorio o indicación de terminación de la gestación (nivel de evidencia IV, recomendación tipo D). Los criterios para la inducción de la maduración fetal con esteroides no cambian con respecto a las normas generales (24-34 semanas) y se deben utilizar cuando se piensa finalizar la gestación entre los rangos establecidos (nivel de evidencia Ia, recomendación tipo A). **RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO:** - RCIU sin signos sugestivos de insuficiencia placentaria (doppler normal): - Hospitalización: no requerida. - Seguimiento eco/doppler: semanal. - Control bienestar fetal: según edad gestacional, pero se recomienda NST y perfil biofísico semanal. - Terminación de la gestación: ante presencia de criterios de severidad en las pruebas de bienestar fetal o a las 37 semanas. - Vía del parto: de acuerdo con criterios obstétricos. Se debe realizar vigilancia fetal intraparto con auscultación intermitente como está indicada para embarazos de alto riesgo y según la OMS: en fase latente cada 30 minutos, en trabajo de parto activo cada 15 minutos, en expulsivo cada 5 minutos. - RCIU con aumento de la resistencia placentaria pero sin signos de redistribución hemodinámica y flujo diastólico presente en la arteria umbilical: - Hospitalización: no imprescindible. - Seguimiento eco/doppler: semanal. - Control bienestar fetal: NST y perfil biofísico fetal semanal. - Terminación de la gestación: ante la presencia de criterios de severidad en las pruebas de bienestar fetal o a las 37 semanas. - Vía del parto: de acuerdo con criterios obstétricos. Requiere vigilancia fetal intraparto con auscultación intermitente para embarazo de alto riesgo según OMS y/o monitoreo electrónico continuo o intermitente. - RCIU con aumento de la resistencia placentaria y con signos de redistribución hemodinámica: - Hospitalización: individualizar, se recomienda vigilancia más estrecha. - Seguimiento eco/doppler: cada 48-72 horas. - Control bienestar fetal: NST y PBF cada 72 horas. - Terminación de la gestación: ante presencia de criterios de severidad en las pruebas de bienestar fetal o a la semana 34. - Vía del parto: de acuerdo con criterios obstétricos. Requiere vigilancia fetal intraparto con auscultación intermitente para embarazo de alto riesgo según OMS y/o monitoreo electrónico continuo o intermitente. Si existe dificultad para la monitorización considerar el parto por cesárea. - RCIU con aumento de la resistencia placentaria y alteración hemodinámica grave: - Se considera que el feto presenta un estado de descompensación grave y puede morir en días. Monitorización estricta. - Hospitalización: requerida. - Seguimiento eco/doppler: diario. - Control bienestar fetal: NST y PBF diario. - Terminación de la gestación: Gestación mayor de 34 semanas, terminación de inmediato. Gestación de 28 - 34 semanas, maduración pulmonar y terminación a criterio médico, teniendo en cuenta la disponibilidad de camas en la UCI neonatal y los resultados de las pruebas de bienestar fetal. Se recomienda tener en cuenta los parámetros de función cardíaca fetal. Gestación menor de 28 semanas, analizar viabilidad fetal de acuerdo con el peso fetal calculado y los resultados perinatales de la UCI neonatal. - Vía del parto: se recomienda la cesárea en los casos en que se considere que el feto es viable. **SEGUIMIENTO POSNATAL:** Se considera indispensable la valoración mediante anatomía patológica de la placenta en los casos de RCIU. Con respecto a la madre, la presencia de RCIU severa en forma precoz debe llevar a una valoración materna en el posparto de los posibles factores desencadenantes como son: síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, enfermedades del colágeno, nefropatías y trombofilias. Es aconsejable una visita al especialista en medicina materno-fetal o alto riesgo

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA



obstétrico, para la adecuada consejería y valoración. En estos casos, se desaconseja la utilización de anticonceptivos orales hasta completar el estudio (nivel de evidencia IV, recomendación tipo D). Los niños propensos a la RCIU deben ser evaluados durante intervalos regulares, una vez superado el período posnatal, en búsqueda de alteraciones del desarrollo psicomotor. En la vida adulta, se han encontrado alteraciones tales como diabetes, hipertensión y síndrome metabólico; por lo tanto, debería existir una intervención sobre los factores de riesgo cardiovasculares (nivel de evidencia IV, recomendación tipo D).

B. Guía de manejo de ruptura prematura de membranas, (tomado de León González H. Secretaría distrital de salud de Bogotá, Asociación bogotana de obstetricia y ginecología (ASBOG)): Las membranas ovulares están compuestas por la unión del amnión y el corión, constituidas de elementos celulares epiteliales sobrepuestos a capas de tejido conectivo denso con elevada concentración de colágeno. El corión contribuye con 10 a 15% del total de la resistencia de las membranas ovulares. El amnios, por tanto, contribuye con el mayor porcentaje de dicha resistencia, siendo seis a diez veces más fuerte que el corión. La ruptura prematura de membranas es una patología obstétrica frecuente. En circunstancias normales, las membranas ovulares se rompen durante la fase activa del trabajo de parto; al ocurrir de manera prematura es la responsable de aproximadamente 30% de todos los partos pretérmino y origina una morbilidad materno-perinatal seria. Desafortunadamente, los avances en el conocimiento de esta patología han sido relativamente escasos. La ruptura prematura de membranas (RPM): Es la pérdida de la integridad del saco gestacional antes del inicio del trabajo de parto, independiente de la edad gestacional. Etiología: - Infección materna: la infección constituye el factor etiológico primordial en la patogenia de la RPM. - Infección de vías urinarias. - Infección del tracto genital bajo (cervicovaginitis). - Enfermedades de transmisión sexual. - Infección intrauterina (corioamnionitis). - pH vaginal. - Incompetencia cervical. - procedimientos prenatales especiales. - Exploraciones cervicales. - Déficit nutricionales maternos. - Tabaquismo. - Coito. - Concentraciones de prolactina. - Trastornos patológicos de la placenta. - Embarazos múltiples. - Hiperdistensión uterina (polihidramnios). Complicaciones fetales: La morbilidad fetal es dependiente de la edad gestacional en el momento de la RPM. Las principales patologías asociadas son: síndrome de dificultad respiratoria, ductus arterioso persistente, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, sepsis y muerte neonatal. Manejo: Antes de iniciar cualquier esquema de manejo deben tenerse en cuenta las indicaciones absolutas para desembarazar a una paciente con RPM, independientemente de la edad gestacional en que curse el embarazo: - Madurez pulmonar. - Trabajo de parto establecido. - Infección materna y/o fetal. - Malformaciones fetales. - Sufrimiento fetal. - Sangrados de la segunda mitad del embarazo que comprometan seriamente la vida de la madre y/o del feto. Embarazos por encima de las 36 semanas: Las pacientes con esta edad gestacional deben ser llevadas a parto lo antes posible. Tiene pocas ventajas mantener una gestación con manejo conservador cuando el feto tiene completa o casi completa la madurez pulmonar. El punto de discusión es la vía del parto: si el cérvix es favorable la inducción debe hacerse sin demora; de lo contrario, la posibilidad de una cesárea es mucho mayor. En estos casos el periodo de espera no debe ser mayor a 24 horas. Después de este tiempo y con pruebas de bienestar fetal adecuadas, debe desembarazar la paciente. La mayoría de los autores recomienda que debe iniciarse el antibiótico una vez superadas las 12 horas de período de latencia. El antibiótico de elección es la ampicilina a dosis de 1 gr cada 6 horas IV durante las primeras 24 horas de tratamiento y luego continuar con ampicilina o amoxicilina 500 mg VO cada 6 horas por 7 días. Trabajo de parto normal: Realice una evaluación rápida del estado general de la gestante, incluyendo los signos vitales. Evaluación del estado del feto: Ausculte la frecuencia cardíaca fetal antes y después de una contracción. Si hay rotura de membranas, observa el color del líquido amniótico que se escurre: la presencia de meconio espeso indica la necesidad de monitoreo continuo y posible intervención para el manejo del sufrimiento fetal.



C. Sufrimiento fetal. Causas y conducta a seguir, (tomado de Castelazo Ayala L: Ginecología y obstetricia México, volumen 77 Número 2, 2009): Manifestaciones clínicas de anoxia intrauterina. Sufrimiento fetal. 1.- Alteración de los latidos del corazón fetal: Hemos dicho ya que la taquicardia superior a 160 latidos, hallazgo frecuente en las exploraciones durante el parto normal, sólo incidentalmente coincide con anoxia fetal a menos que alterne con bradicardia o se acompañe de disminución en la intensidad de los tonos cardíacos. Por sí sola la taquicardia nunca debe indicar la extracción del producto, pero sí constituye un elemento clínico que obliga a vigilar estrechamente las demás alteraciones de frecuencia y ritmo cardíacos. La bradicardia (menos de 120 latidos por minuto), en cambio, siempre traduce anoxia o hemorragia cerebral con o sin anoxia. Principia siendo perceptible sólo durante la contracción uterina y pronto se hace evidente en forma constante. La bradicardia por anoxia cede habitualmente a la administración de oxígeno a la madre en un lapso de cinco o diez minutos y cuando esto no ocurre puede sospecharse la existencia de hemorragia intracraneana. El hallazgo de bradicardia persistente sí indica la extracción inmediata del feto aun en ausencia de toda otra manifestación de sufrimiento fetal. Lo mismo puede afirmarse de la arritmia cardíaca que traduce casi siempre un estado más grave del feto. Las variaciones de intensidad de los latidos fetales y la disminución persistente de ella casi nunca se presentan aisladas; se asocian habitualmente a bradicardia o arritmia. Por el hecho de que sí indican la extracción del producto, debe tenerse exquisito cuidado en evitar errores propedéuticos al percibirlos. Aun cuando en general las perturbaciones de latidos fetales descritas guardan proporción con el grado de afección del feto, no siempre ocurre así. Con cierta frecuencia se observa el nacimiento de productos que tenían serias alteraciones en sus latidos y que sin embargo no dan ninguna muestra de haber sufrido anoxia intrauterina. Por el contrario, en ocasiones nos sorprendemos de que un producto que no manifestó alteraciones cardíacas durante el parto nazca seriamente afectado; esto puede hacernos pensar en hemorragia intracraneana. 2.- Expulsión de meconio en presentaciones cefálicas: Es debida a la hiperactividad intestinal y al relajamiento del esfínter anal. Con frecuencia antecede a las modificaciones de los tonos cardíacos y no es raro observar el líquido amniótico mezclado con meconio en partos que se desarrollan normalmente y de los cuales se obtienen recién nacidos que no dieron manifestaciones de anoxia antes ni después de nacer. Por estas razones la expulsión de meconio debe constituir sólo un signo de alarma que obliga a estrechar la vigilancia sobre los latidos fetales, pero no indica por sí sola la extracción inmediata del feto. Conducta en presencia del sufrimiento fetal. Cuando el sufrimiento fetal está presente existe siempre indicación de interrumpir el trabajo de parto y extraer tan rápidamente al feto como lo permitan las condiciones médico-obstétricas del caso. Hemos indicado ya que la expulsión de meconio por sí sola y la taquicardia fetal por sí sola sólo obligan a una mayor vigilancia del producto durante el parto, pero no indican la extracción acelerada del mismo. La bradicardia, la arritmia y las alteraciones de intensidad de los tonos cardíacos sí indican siempre la extracción rápida del feto

D. El recién nacido de bajo peso, (tomado de Paisan Grisolia L, Soto Busselo I, Muga Zurriarín O, Imaz Urgiendo M. Hospital Donostia San Sebastián. Asociación española de Pediatría, 2008) : La identificación de los niños pequeños para su edad gestacional (PEG) es importante porque presentan un mayor riesgo de morbilidad perinatal, y de enfermedad cardiovascular en la edad adulta. Definición: El niño pequeño para su edad gestacional (PEG) o SGA (Small for gestational age) se define como un recién nacido que presenta una longitud y/o peso al nacimiento < -2 DE o P3 para su edad gestacional. Es importante disponer de tablas de referencia adecuadas para cada población y sexo, y determinar adecuadamente la edad gestacional (mediante ecografía en primer trimestre y F.U.R.- fecha de última regla), ya que el diagnóstico de PEG implica en algunos casos un tratamiento determinado y un seguimiento a lo largo de toda su vida. Los conceptos PEG y CIR se intercalan con facilidad en la práctica diaria. A pesar de que la mayoría de los PEG (> 90%) han sufrido un retraso en el crecimiento

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA



intrauterino y de que los factores implicados en ambos son similares, no deben confundirse ambos términos. PEG y CIR no son sinónimos: el crecimiento intrauterino retardado (CIR) es un concepto dinámico cuya detección exige un seguimiento en el tiempo mediante ecografía y que implica una disminución en la velocidad de crecimiento del feto, no alcanzando su potencial desarrollo genético, con independencia de que el peso al nacer esté o no por debajo de los límites de la normalidad para sus estándares poblacionales. PEG es un concepto estático que utiliza el peso y/o talla en el momento del nacimiento. Es interesante diferenciar si el niño PEG es simétrico o armónico (peso y talla afectados) o asimétrico o disarmónico (peso o talla afectados), es decir que sea un niño corto y delgado o sólo delgado. Se puede utilizar el índice ponderal: $IP = [(peso/longitud^3) \times 100]$, de manera que si se encuentra por debajo del P10 para su edad gestacional se consideraría como asimétrico. Clásicamente el factor que determina la falta de crecimiento comienza en el primer trimestre en el simétrico y en el tercero en el asimétrico. El PEG delgado es más susceptible a la hipoglucemia en el periodo neonatal, mientras que el PEG delgado y corto presentará con mayor frecuencia talla baja en la edad adulta; además, pertenecer a un grupo u otro podría implicar una respuesta diferente a la terapia con GH. Causas: El aporte de nutrientes en el feto depende entre otros del estado nutricional y salud de la madre, del desarrollo de la placenta y del flujo fetoplacentario. En nuestro medio se estima que 1 de cada 10 gestaciones puede cursar con retraso en el crecimiento fetal. Se han descrito como factores implicados en la patogenia del PEG causas maternas, placentarias y fetales, pero en la mayoría de las ocasiones la causa no está clara. En la mitad de los casos parecen verse implicados factores maternos destacando en los países desarrollados la importancia de la HTA grave gestacional y el antecedente de hijo previo PEG. Destacamos como causa prevenible y evitable en la que se puede incidir en atención primaria el tabaquismo materno. Las causas fetales suponen un 15% del total y en general suelen ser más graves y de peor pronóstico (a destacar las causas genéticas). Efectos en el periodo neonatal: La mortalidad perinatal en los niños PEG es de 10-20 veces mayor que en los niños con un peso adecuado para su edad gestacional. Las causas de esta morbilidad se deben principalmente a las consecuencias de la hipoxia y anomalías congénitas. Presentan con mayor frecuencia policitemia, hiperbilirrubinemia e hipoglucemia. Efectos sobre el crecimiento: La mayoría de los PEG presentan el denominado crecimiento recuperador o "catch-up", que se define como una velocidad de crecimiento mayor que la media para la edad cronológica y sexo durante un periodo definido de tiempo, después de una etapa de inhibición del crecimiento. Este fenómeno favorece que el niño alcance su canal de crecimiento determinado genéticamente. Esto implica que > 85% de los niños PEG adquieren este crecimiento en los dos primeros años de la vida (siendo más importante los primeros 2-6 meses). Entre los factores que favorecen la recuperación postnatal del crecimiento destacan el ser PEG asimétrico por restricción del desarrollo al final de la gestación, con mayor afectación del peso que de la talla y con un perímetro cefálico prácticamente conservado. En el caso del PEG simétrico en el que la inhibición del crecimiento se presupone se ha producido ya desde el primer trimestre de la gestación, la recuperación de la talla es infrecuente y las secuelas neurológicas suelen ser mayores. Efectos sobre el desarrollo neurológico y de la conducta: La talla corta en la edad adulta se asocia con desventajas psicosociales y problemas del comportamiento, por ello es importante el soporte psicológico de estos pacientes. Efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado y sistema cardiovascular: Estos niños presentan unos niveles elevados de colesterol total y LDL-col, así como una resistencia aumentada a la insulina. Además, sus cifras de tensión arterial sistólica son más altas que los niños sin este problema. Por lo tanto, el niño PEG tiene un riesgo aumentado de presentar el Síndrome X (HTA, DM tipo 2, hiperlipidemia) en el adulto a una edad relativamente joven. Otros: Se ha visto que estos niños presentan una hipersecreción de FSH, más pronunciada en varones. En mujeres puede aparecer una pubarquia prematura y se asocia con ovarios poliquísticos y ciclos anovulatorios y en varones se asocia con disminución del tamaño testicular, subfertilidad y mayor frecuencia de hipospadias y criptorquidia.



E. Guía para la atención del recién nacido (tomado de Guías de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en salud pública. Ministerio de la protección social, 2000): Para el manejo de las complicaciones del recién nacido, es preciso evaluar la capacidad resolutoria de la institución, si ésta no es adecuada, deberá procederse a la remisión del recién nacido con el soporte necesario para garantizar su vida y la minimización de los riesgos existentes. - Manejo del recién nacido meconiado: Se debe realizar aspiración buco-faringeo-nasal del líquido amniótico meconial, inmediatamente después del expulsivo de la cabeza, mientras el tórax aún permanece comprimido por el canal. La aspiración de material amniótico-meconial debe realizarse bajo laringoscopia, por debajo de las cuerdas vocales; si no hay meconio infravocal, suspender maniobras y complementar el apoyo general de la adaptación neonatal. Si se encuentra meconio infravocal proceder a: • Intubación endotraqueal • Lavado bronquial cuando hay meconio espeso • Extubación si las condiciones clínicas lo permiten • Lavado gástrico • Medidas complementarias generales de la adaptación neonatal inmediata, se debe realizar procedimiento similar en casos de presencia de sangre o pus en las vías aéreas. Las maniobras descritas se complementarán con las conductas que sean del caso, de acuerdo con la evaluación clínica particular de cada paciente. En aspiración amniótico - meconial, hay contraindicación para el uso de profilaxis corticoide antiedema cerebral. - Manejo del recién nacido con retardo del crecimiento intrauterino (pequeño para la edad gestacional): Verificar en la historia materna las posibles causas del retardo del crecimiento intrauterino, tales como toxemia, diabetes insulino dependiente con o sin componente vascular, hipertensión, cardiopatía, neumopatía crónica, desnutrición, infección, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas y consumo de medicamentos. Apoyar, conducir o inducir la adaptación neonatal inmediata, según sea el caso, previniendo y tratando prontamente la asfixia neonatal; evitar la hipotermia; evaluar la edad gestacional; practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.

F. Trombocitopenia en el neonato, (Tomado de Corniero P, Pertierra A. Anales de pediatría continuada, Elsevier. Volumen 8, 2010): La trombocitopenia neonatal se puede definir como un recuento plaquetario inferior a 150.000 y se considera trombocitopenia grave cuando el recuento plaquetario es inferior a 50.000. La prevalencia de la trombocitopenia oscila entre el 1-5% de todos los recién nacidos, aunque el porcentaje varía según la población estudiada. En los neonatos ingresados en las UCIN hasta el 22-35% presenta plaquetopenia, por lo general de carácter leve a moderada y más frecuente a menor edad gestacional y en pacientes con retraso del crecimiento intrauterino. Hay que tener en cuenta que son frecuentes recuentos plaquetarios entre 100.000 y 150.000 en neonatos sanos, sobre todo en las primeras 24 horas de vida; en esta situación se puede mantener una actitud expectante. Causas: La trombocitopenia puede ser secundaria a una disminución en la producción de plaquetas (el mecanismo más importante durante el período neonatal que en un 75% de los casos tiene lugar en las primeras 72 horas de vida, por ejemplo, en retraso del crecimiento intrauterino), la secundaria a un aumento del consumo (por ejemplo, en la enterocolitis necrosante) por hiperesplenismo o la causada por mecanismos combinados (por ejemplo, en un prematuro con sepsis). La causa más frecuente de trombocitopenia precoz es la hipoxia fetal crónica secundaria a una insuficiencia placentaria. Un pequeño porcentaje es secundario a infecciones prenatales, asfixia perinatal, alteraciones cromosómicas o trombocitopenias hereditarias. La trombocitopenia en el recién nacido con retraso del crecimiento intrauterino, se caracteriza por ser leve a moderada (entre 50.000 y 10.000), autolimitada y que suele recuperar en los primeros 7-10 días de vida. Por lo tanto, una duración superior a 10 días o recuentos de plaquetas inferiores a 50.000 nos obligará a descartar procesos infecciosos, congénitos o trombocitopenia autoinmune. Tratamiento: en la mayoría de los neonatos, la trombocitopenia será leve a moderada y no requerirá intervención, no obstante, el 25% de pacientes precisan tratamiento.



G. Hipertensión pulmonar, (tomado de Gasque Góngora J: hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. Revista mexicana de pediatría. Año 2009, volumen 76): La hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido es un síndrome ocasionado por una falla respiratoria aguda que causa una elevada morbilidad y mortalidad en los neonatos. Ocurre en 0.5 a 2 de cada 1,000 nacidos vivos. La causa puede ser idiopática o como consecuencia del manejo en terapia prenatal con medicamentos, o por asfixia grave de neumonía, sepsis, o HDC con hipoplasia pulmonar. La terapia convencional incluye: altas concentraciones de oxígeno, ventilación mecánica, sedación, alcalinización, soporte con inotrópicos y coloides para mejorar el gasto cardíaco, vasodilatadores para tratar de disminuir la resistencia vascular pulmonar. El óxido nítrico inhalado mejora la oxigenación en 60% de los casos con HPP grave, sin reducir la mortalidad. Cuando los vasodilatadores pulmonares no son efectivos para mantener una oxigenación adecuada, se usa como terapia de rescate la oxigenación por membrana extracorpórea. A pesar de los avances en el tratamiento, la mortalidad oscila de 10 a 50%, dependiendo de la fisiopatología de la causa desencadenante.

H. Evaluación del paciente con hipoacusia, (tomado de Collazo Lorduy T, Vergas Gutiérrez J: evaluación del paciente con hipoacusia. Libro virtual de formación en ORL, Hospital 12 de octubre, capítulo 32): Hipoacusias neurosensoriales o de percepción: ocurren por lesión en el órgano de Corti (hipoacusias cocleares), alteración de las vías acústicas (hipoacusias retrococleares) o por trastornos en la corteza cerebral auditiva (hipoacusias corticales). Como norma general, estas hipoacusias una vez establecidas tienen escasas posibilidades de recuperación. Indicadores de riesgo asociados a hipoacusia: 1. Antecedentes familiares de hipoacusia neurosensorial congénita o de instauración temprana (a lo largo de la infancia), hereditaria o de causa no aclarada. 2. Infección de la madre durante la gestación por alguno de los siguientes agentes: Citomegalovirus (CMV), rubéola, sífilis, herpes y toxoplasmosis. Esto es así, tanto si se confirma la infección, como si existen datos analíticos o clínicos sugerentes de la misma. 3. Malformaciones craneofaciales, incluyendo malformaciones mayores o secuencias dismórficas que afecten a la línea facial media o a estructuras relacionadas con el oído (externo, medio o interno). 4. Peso al nacimiento inferior a 1500 gramos. 5. Hiperbilirrubinemia grave, no en función de una cifra determinada, sino en cuanto a que sea subsidiaria de exanguinotransfusión, por la edad o la patología de base del paciente. 6. Empleo de medicamentos ototóxicos, bien durante la gestación en ciclo único, o bien, partir del nacimiento, en ciclos sucesivos o combinados (aminoglucósidos, diuréticos de asa, cisplatino, etc.). Además, se consideran potencialmente ototóxicos: • Los procedimientos no autorizados en el embarazo (isótopos radioactivos, radiología en el primer trimestre). • Los niveles séricos de aminoglucósidos por encima del rango terapéutico (aunque se administren en ciclo único). • Los aminoglucósidos (aunque se administren en ciclo único), siempre que exista historia familiar de ototoxicidad medicamentosa. 7. Las drogas ilícitas por vía parenteral y el alcoholismo en la madre gestante. 8. Meningitis bacteriana, a cualquier edad. 9. Accidente hipóxico-isquémico, a cualquier edad. Especialmente, en el momento del parto, si se registra Apgar de 0 a 4 al primer minuto o de 0 a 6 al quinto minuto, y siempre que se produzca parada cardiorespiratoria. 10. Ventilación mecánica prolongada durante más de 5 días en el recién nacido. 11. Signos clínicos o hallazgos sugerentes de síndromes asociados a hipoacusia en su nosología, p. ej., Sdr. de Waardenburg, retinitis pigmentosa, intervalo Q-T prolongado, osteogénesis imperfecta, mucopolisacaridosis ... 12. Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia o fractura de cráneo. 13. Trastornos neurodegenerativos y patología neurológica que curse con convulsiones.

I. CONCEPTO DE COMPLICACIÓN EN LA ACTUACIÓN MÉDICA (Tomado de Mora Izquierdo R: La Responsabilidad del Médico Tratante Según el Daño Ocasionado. Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal Y Ciencias Forenses, Año 22, Volumen XVI, Números 1 y 2, 1997): En los casos en los que se investiga la actuación profesional en el campo de la salud,

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022

1009



se presupone la presencia de unas constantes que son la relación medico-paciente, el acto médico, el daño en el paciente, la denuncia y la investigación penal. Para el caso actual, es obvio que existe la relación médico-paciente, el acto médico, el daño en el paciente, la denuncia y la investigación penal. Para el caso actual, es obvio que existe la relación médico paciente, dentro del acto médico y que ella es motivo de la actuación de autoridad penal competente. Ahora bien, desde el punto de vista de las variables que afectan la presentación del "daño", es de principal importancia su consideración en este punto: a. Constancia: se refiere a la presentación o no del daño en el paciente en todos los casos son igual diagnóstico e igual terapia implementada, independientemente del médico a cargo del acto médico y de la relación con su paciente. b. previsibilidad del daño: debe contemplarse la posibilidad de que se produzca el daño en el paciente como consecuencia del acto médico, como por ejemplo, el sangrado de un vaso de pequeño calibre después de una cirugía y su posterior formación de un hematoma en cúpula, es un evento que esta dentro de las complicaciones que reporta la bibliografía médica, por ende, el sometiendo de un procedimiento quirúrgico de este tipo, y su aprobación por parte del paciente exime la responsabilidad médica. c. Evitabilidad del daño: no es posible de ninguna manera evitar el daño causado en el paciente, por ejemplo, la histerectomía era el procedimiento de elección al presentar anemia crónica secundario a sangrado uterino anormal de larga data, además la paciente presenta multiparidad. Un evento como el hematoma en cúpula está asociado en las complicaciones del procedimiento, el paciente acepto riesgos y complicaciones de una cirugía de esta índole, en tanto que si este evento ocurrió, esta amparado bajo las complicaciones que se aceptaron en el consentimiento informado. d. Nexos de causalidad: es necesario afirmar o descartar la existencia de relaciones de causalidad entre el acto médico y el daño causado. Con base en las consideraciones anteriores, es posible postular las cuatro categorías en las cuales puede enmarcarse la actuación médica desde el punto de vista de la generación del daño en el paciente: 1. IATROGENIA: se refiere al daño, que aunque es previsible, es inevitable y constante, y aunque existe una causalidad directa con el acto médico, esta es inherente al mismo: dejar una cicatriz de apendicectomía. 2. ACCIDENTE: es un daño imprevisto, sucedido súbitamente y que inevitable e inconstante, con nexos de causalidad dentro del marco de una buena práctica médica. 3. COMPLICACIÓN: es un daño que se produce de manera inconstante aunque pueda ser previsible y en algunas ocasiones evitable y se presenta también dentro del marco de una buena práctica profesional. 4. MALA PRÁCTICA: en este caso, el daño se produce aun cuando era previsible, inconstante y con causalidad positiva con la actuación médica, en la cual aunque se previó, no se pudo evitar el daño final, por negligencia, impericia o imprudencia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

a). Atención médica prestada en el control prenatal a Nataly Margoth Hernández Hernández en Servicios Médicos FAMEDIC: El día 18/04/2012 Nataly asiste a cita médica para iniciar el control prenatal, con una ecografía tomada en el primer trimestre del embarazo (calculo confiable), se estima una edad gestacional de 15 semanas, con una altura uterina de 11 cms (encontrándose dentro del percentil 10 y 50) y según la talla y el peso registrados de la paciente, se encontraba con bajo peso (Índice de masa corporal de 17.1) al momento de iniciar la gestación, lo que es un factor importante para desarrollar complicaciones en el embarazo. Ese día se indicaron los exámenes y micronutrientes para dar inicio al control prenatal. En la siguiente cita del día 24/05/2012 la paciente asistió a control prenatal con 20.1 semanas de embarazo, se encontró una infección vaginal y se indicó tratamiento con metronidazol óvulos. Hubo ganancia de peso materno de 1 kg y adecuada progresión de la altura uterina en relación con la edad gestacional, sin más hallazgos ni molestias, se indicó realizar ecografía de segundo trimestre, toma de micronutrientes y recomendaciones. En el control prenatal del mes siguiente, que fue realizado el día 28/06/2012 por enfermería, la paciente aumenta 4 kg de peso, la altura uterina progresa adecuadamente, no hay síntomas anormales, se reportó ecografía de segundo trimestre sin mención de alteraciones. Se indicó continuar los micronutrientes, iniciar esquema de vacunación y toma de exámenes de segundo trimestre. Sobre el mes de julio de ese año se

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA



reportaron síntomas depresivos, lo que también puede ser determinante en el desarrollo de complicaciones de la gestación; para lo que se envió a psicología. En el control prenatal de ese mes, el peso materno y la altura uterina continúan aumento acorde, la paciente manifestó dolor pélvico, recientemente había sido vista por médico, los exámenes solicitados no registraron alteraciones, se indicó toma de micronutrientes y control con médico. En el control prenatal del día 02/08/2012 no hay ganancia de peso materno y la progresión de la altura uterina no se consideró adecuada, por lo que se indicó realizar ecografía de control y valoración por ginecología. Diez días después la paciente fue valorada por la ginecóloga, encontrando con 31 semanas de embarazo, la ecografía solicitada reportó “descartar RCIU”, el análisis y el diagnóstico de ese día fue enfocado hacia déficit del crecimiento fetal, y la conducta igualmente, se enfoca al estudio de éste, mediante solicitud de doppler feto placentario y perfil biofísico de forma prioritaria. Una semana después la paciente asiste a consulta con psicología, donde se venía diagnosticando e interviniendo un episodio depresivo leve. El día 07/09/2012 la paciente asistió a control con la ginecóloga con los exámenes solicitados, para ese entonces contaba con 34.4 semanas de embarazo, sin ganancia de peso materno con relación al último control, con leve mejoría en la relación altura uterina – edad gestacional, y con los exámenes registrando un peso de 1332 gr para 31 semanas de embarazo (por debajo de lo normal), un perfil biofísico normal y un doppler normal; por lo que se consideró feto pequeño sin RCIU con bienestar fetal, y se indicó continuar la vigilancia del crecimiento fetal para lo que se solicitó ecografía en dos semanas. Exactamente 15 días después, se realiza el control con la ginecóloga, la ecografía de control realizada en la semana 35 continúa reportando un peso fetal (2099 gr) por debajo de lo esperado sin más alteraciones, la paciente aumenta un kg de peso y la relación altura uterina – edad gestacional se acerca al percentil 10, sin llegar a él. Se consideró en el análisis de la atención “con déficit en crecimiento fetal sin diagnóstico de RCIU hasta el momento crecimiento en percentiles bajo pero continuo sin detención del mismo”, y se indicó control a la semana con doppler y monitoria fetal. Cinco días después se realizó el control indicado, con 38.6 semanas de embarazo, las ecografías continuaron reportando peso por debajo de lo normal, el doppler normal descartando RCIU y la monitoria fetal sin alteraciones, la relación altura uterina – edad gestacional arrojó por debajo del percentil 10; se decidió indicar control a las 48 horas con ecografía y perfil biofísico.

Teniendo en cuenta las definiciones dadas por el consenso colombiano del año 2009 en la materia y lo cual es acorde con los diagnósticos emitidos en la historia clínica por los profesionales que atendieron a Nataly Hernández en el control prenatal; se trataba de un caso de feto pequeño para la edad gestacional sin RCIU (restricción del crecimiento intrauterino). La sospecha de este diagnóstico, la genera el seguimiento de la progresión del crecimiento de la altura uterina, y ante cualquier desviación, la recomendación es la confirmación mediante ultrasonido, lo cual se indicó en el mismo momento en que se observó la variación de la altura uterina el día 02/08/2012. Luego de obtener un ultrasonido que detecta un crecimiento fetal inferior o existe sospecha de RCIU, la paciente debe ir a valoración por especialista, obtener pruebas de bienestar fetal, toma de doppler y búsqueda de posibles causas; recomendaciones que fueron realizadas por los profesionales que manejaron el caso, el día 13/08/2012 la paciente fue valorada por la ginecóloga y ese mismo día le realizaron el doppler y el perfil biofísico, que arrojaron resultados normales, es decir, no encontraron una causa en éstos, se reportó bienestar fetal y se descartó la presencia de RCIU.

Los controles ante la sospecha de RCIU recomendados por la guía revisada, consisten en control ecográfico de crecimiento y doppler cada 2 semanas, y menciona que estos fetos no se benefician de la inducción electiva del parto antes de la semana 40. Conducta que se puede observar en la valoración médica del día 17/09/2012 donde se indicó seguimiento a las dos semanas con ultrasonido, que efectivamente se realizó el día 21/09/2012, y en la valoración clínica se evidenció que continuaba con bajo peso para la edad gestacional, pero la curva de la altura uterina continuaba progresando a paso lento pero por encima del percentil 10, y en la conducta se solicitó el control indicado en una semana, consistente en ecografía, doppler y prueba de bienestar fetal. Y finalmente en el último control, teniendo en cuenta el control de los exámenes sin cambios, se indica control nuevamente a las 48 horas con pruebas de bienestar

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022



fetal y seguimiento del peso fetal.

Se considera que la desviación del crecimiento fetal fue diagnosticada a tiempo, se realizaron los controles recomendados por la guía de manejo, y los exámenes realizados de seguimiento al feto nunca mostraron ningún cambio de aumento de la resistencia placentaria, hipoxia y/o sospecha de asfixia, que obligaran a tomar una conducta médica diferente a la realizada por los profesionales de salud en el control prenatal. Por último, en las condiciones de salud de la Nataly y el feto, la guía no encontró evidencia de que el manejo hospitalario mejorara los resultados perinatales y es a consideración del obstetra la determinación del momento de terminar la gestación.

b). Atención médica prestada a Nataly Margoth Hernández Hernández en la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia: El mismo día de la asistencia a último control prenatal, 26/09/2012, Nataly asistió a urgencias sobre el medio día por salida de líquido amniótico, en el examen físico se confirmó la ruptura de membranas, con salida de líquido amniótico con meconio claro y frecuencia cardíaca fetal normal. Se mencionó el antecedente del déficit del crecimiento fetal con peso fetal de 2089 gr, se decidió hospitalizar, solicitar valoración por ginecología y remisión a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). La paciente fue valorada dos horas después por la ginecóloga, quien informó un doppler reciente normal y se insistió en la remisión a UCIN. En horas de la noche, tras continuar la paciente en las mismas condiciones, sin ubicación de UCIN y ante la sospecha de estado fetal insatisfactorio, se decide realizar cesárea de urgencia, con previo consentimiento de los pediatras de la institución de turno.

La guía de manejo revisada acerca de la ruptura prematura de membranas recomienda que los embarazos por encima de las 36 semanas si el cérvix es favorable, se debe iniciar la inducción del parto, preferiblemente dentro de las primeras 24 horas de ruptura de las membranas, luego de este tiempo se deben tener pruebas de bienestar fetal adecuadas; y menciona "la presencia de meconio espeso indica la necesidad de monitoreo continuo y posible intervención para el manejo del sufrimiento fetal". Por lo tanto, se considera que la impresión y conducta médicas de ese momento, también fueron acordes, ya que la ruptura de membranas fue identificada en el momento de ingreso a la institución de salud, y se toman la decisión acorde con la guía de manejar intrahospitalariamente, realizar pruebas de bienestar fetal (monitoria fetal), la paciente fue vista por la ginecóloga quien determina, por las condiciones del feto, garantizar la unidad de cuidados intensivos neonatales, pero ante la posibilidad de un estado fetal insatisfactorio, de que estuviera en riesgo la vida del feto y la valoración riesgo-beneficio de prolongar el tiempo esperando el traslado de la paciente a otra institución, decide terminar el embarazo por medio de una cesárea de urgencia, con aprobación del equipo de pediatría de la institución. Se puede observar que las decisiones fueron tomadas dentro de los tiempos que menciona el protocolo, además, de que la guía orienta hacia la toma de decisiones individualizadas, dependiendo de cada caso en particular, de los resultados de las pruebas de bienestar fetal y teniendo en cuenta que la expulsión de meconio debe constituir sólo un signo de alarma que obliga a estrechar la vigilancia sobre los latidos fetales, pero no indica por sí sola la extracción inmediata del feto.

c). Atención médica prestada a la hija de Nataly Margoth Hernández Hernández en la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia: La menor nace el día 26/09/2012 a las 19+00 horas tras una cesárea de urgencia por sospecha de estado fetal insatisfactorio con ruptura prematura de membranas. Mencionan que al nacer presentó llanto fuerte vigoroso, con puntaje apgar de 8/10 – 9/10 y 10/10, con un peso de 1820 gramos y una talla de 45 cms, y presencia de meconio grado II. No se encontraron otras alteraciones al examen físico. Se diagnosticó recién nacido a término con bajo peso para la edad gestacional. Se indicó permanecer con la madre, lactancia materna, tomar glucometrías y realizar lavado gástrico. La atención médica fue realizada por un especialista en pediatría.

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA



Lo primero que indica la guía de manejo revisada, es la adecuada identificación del recién nacido de bajo peso, lo cual es evidente en los diagnósticos anotados, ya que estos recién nacidos presentan mayores riesgos. Entre éstos, el riesgo de hipoglicemia en el periodo neonatal y consecuencias por la hipoxia, por lo que requieren seguimiento a corto y largo plazo. Por lo demás, las recomendaciones son el apoyo en la adaptación neonatal, evitar la hipotermia, realizar un examen físico minucioso en busca de alteraciones congénitas o infección intrauterina. Por lo tanto, se considera que la atención médica durante el nacimiento y la adaptación neonatal inmediata, fue adecuada.

El día 27/09/2012 el pediatra valoró el recién nacido en horas de la mañana, la madre no manifestó novedades, no se encontraron alteraciones en el examen físico, se mencionó que tenía incompatibilidad sanguínea con la madre (O+/A+), pero no se mencionó ictericia. Se decidió dar salida con indicación de realizar de forma ambulatoria estudios cardíacos y cerebrales. El mismo día, más o menos 12 horas después, hay una nueva valoración médica, donde se mencionó la presencia de hemorragias puntiformes y glucometría de 40 mg/dl, por lo que se decidió hospitalizar para realizar vigilancia médica y toma de exámenes.

De la atención médica de ese día, se puede observar que las primeras 12 horas de vida, ni pediatría ni enfermería reportaron alteraciones con el neonato, la glucometría inicial estuvo en un valor normal, se menciona buena adherencia a la lactancia materna y sin novedades, por lo que la indicación de egreso con seguimiento de forma ambulatoria, es aceptable. Posteriormente, se desconoce el motivo por el que la paciente es valorada nuevamente después de indicarse el egreso, encontrando hipoglicemia y hemorragias puntiformes, para lo cual la decisión de dejar en observación médica, fue pertinente. El día 28/09/2012, la madre continuó manifestando verla bien, en el examen físico no hubo otras alteraciones, las glucometrías estuvieron dentro de los rangos normales para la edad, pero las plaquetas arrojaron un resultado bajo (76.000), tiempos de coagulación alterados y PCR en 12, por lo que se consideró riesgo de sepsis temprana, se inició esquema antibiótico, toma de hemocultivos y urocultivo y remisión a Unidad de cuidados intensivos neonatal.

Las conductas médicas de ese día, se consideran acordes, teniendo en cuenta que la sepsis neonatal, se encuentra dentro de los diagnósticos diferenciales de la trombocitopenia neonatal, sin embargo, la menor no tenía otros signos clínicos de sepsis neonatal, y se debió considerar la posibilidad de que la trombocitopenia tuviera otra causa diferente a la sepsis. El día 29/09/2012 la madre refirió ver bien a la menor, pero en el examen físico se describió regular estado general, con coloración amarilla, y se indicó continuar el mismo manejo establecido el día anterior. En el transcurso de ese día, la menor fue trasladada a unidad de cuidados intensivos neonatal de otra institución.

CONCLUSIÓN

- 1. NAHIARA ANTONELLA ESCOBAR HERNÁNDEZ, PADECE SEGÚN LA HISTORIA CLÍNICA APORTADA, DE RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR E HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL, DE LAS CUALES NO ES POSIBLE PRECISAR LA CAUSA NI EL MOMENTO DE SU DESARROLLO.**
- 2. LAS CONDUCTAS MÉDICAS DESCRITAS EN LA HISTORIA CLÍNICA DE NATALY MARGOTH HERNÁNDEZ Y NAHIARA ANTONELLA ESCOBAR HERNÁNDEZ, TANTO EN SERVICIOS MÉDICOS FAMEDIC COMO EN LA CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SE CONSIDERAN ADECUADAS Y OPORTUNAS.**
- 3. NO ES POSIBLE RELACIONAR LAS ALTERACIONES PRESENTADAS POR NAHIARA ANTONELLA ESCOBAR HERNÁNDEZ CON LA ACTUACIÓN MÉDICA.**

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

a). Determinar si las secuelas presentadas por la menor NAHIARA ANTONELLA ESCOBAR HERNANDEZ son originadas a causa de: 1. Atención en el momento del parto.

R/ta: Las discapacidades presentadas por Nahiara Antonella Escobar son de origen

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022



multifactorial, es decir, pudieron haberse provocado por factores ambientales, genéticos y/o desconocidos; por lo que no es posible atribuir una sola causa a estas alteraciones, así como tampoco el momento concreto en que se ocasionaron, pudieron haberse ocasionado en el periodo perinatal como en el postnatal.

2. Mora en la atención del parto.

R/ta: Como ya se ha mencionado en el análisis de la atención médica, las conductas médicas fueron oportunas y acorde con los protocolos de manejo en el momento del nacimiento de Nahiara Escobar.

3. Negligencia médica que ocasionara las secuelas que reposan en la historia clínica o por si el contrario se debieron a situaciones ajenas al momento de la atención del parto.

R/ta: No es competencia del perito médico manifestarse acerca de los factores generadores de la culpa.

b). Establezca los protocolos médicos a seguir en un caso como el que se aquí se trata, en cuanto a la ruptura de membranas y necesidad de remisión urgente de un paciente, que atención se debe brindar cuando en la ruptura de membranas el líquido se encuentra meconiado, que atención se debe brindar a un bebé de baja talla y peso recién nacido, protocolos para dar salida a un menor de estas condiciones, grado de retraso sicomotriz, análisis de historia clínica para corroborar los hechos de la presente y las condiciones actuales de la menor, para que se establezcan posibles causas y secuelas a futuro tanto físicas como psicológicas, fallas en la atención médica y demás que resulten relevantes. Igualmente, para que determine las secuelas por el manejo médico y si éstas son de carácter permanente o transitorio.

R/ta: - En el apartado descripción del manejo esperado para el caso según las circunstancias específicas de tiempo modo y lugar, se hace la revisión de la Guía de manejo de ruptura prematura de membranas de la Secretaría distrital de salud de Bogotá y la Asociación bogotana de obstetricia y ginecología (ASBOG); y se revisa el tema de bajo peso al nacer en Colombia, encontrando pocas recomendaciones de manejo vigentes para la época de los hechos, entre ellas, la guía para la atención del recién nacido del Ministerio de la protección social del año 2000, y se hace mención de un protocolo de manejo de la Asociación española de pediatría.

- No es competencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses pronunciarse acerca del "grado de retraso sicomotriz", se sugiere trasladar este cuestionamiento a profesionales médicos en el sector salud.

- Culminado el análisis de la atención médica, se logra establecer que las actuaciones médicas en este caso estuvieron acordes con los protocolos de manejo encontrados para la fecha de ocurrencia de los hechos, y que las discapacidades descritas en la historia clínica de Nahiara Escobar Hernández, son de origen multifactorial, y no es posible establecer una relación entre éstas y la actuación médica.

c). Con fundamento en las historias clínicas y las del Hospital Departamental de Villavicencio, se rinda experticia acerca de la presentación, evolución, tratamiento y diagnóstico practicados y ordenados por el personal médico de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia a la señora Nataly Hernández y Nahiara Hernández entre el 26 y 29 de septiembre de 2012 y determinar con fundamento en tales pruebas documentales: Si los daños neurológicos o de retraso en el desarrollo de la menor Nahiara Escobar Hernández reclamados en la demanda, derivan o no, o si tuvieron origen u ocurrieron por causa o consecuencia del actuar o del manejo clínico adelantado por el personal médico y asistencial de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia, durante las atenciones prestadas a la paciente".

R/ta: Nataly Hernández y su hija presentaron alteraciones propias del embarazo, como bajo peso para la edad gestacional y ruptura prematura de membranas con presencia de meconio, que pueden tener su origen en múltiples causas, que no son fáciles de precisar en la mayoría de los casos. Teniendo en cuenta las guías de manejo revisadas, no se encontraron demoras ni

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBVILL-DSM-01481-2022

fallas en la atención médica en la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia, que pudieran estar relacionadas con las alteraciones descritas en la historia clínica de Nahiara Antonella.



COMENTARIOS

Se anexa la documentación aportada en 1 CD y 93 folios impresos.

Atentamente,

BIBIANA MARIA LEIVA MONTOYA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Ciencia con sentido humanitario, un mejor país

NOTA: Al solicitar cualquier información relacionada con el presente informe pericial, cite el número de caso interno. Este informe pericial fue elaborado a solicitud de autoridad competente con destino al proceso penal indicado en el oficio de remisión, no reemplaza ni homologa a la incapacidad laboral. Para un próximo reconocimiento es indispensable traer nuevo oficio petitorio.

07/04/2022 14:34

Pag. 20 de 20

1012



Dirección Seccional Meta

Contiene: Informe Pericial No. UBVILL-DSM-01468-C-2022
+ Anexos

Señora:

ANGIE B JIMENEZ CORTES

Juzgado Tercero Civil del Circuito de Villavicencio

Carrera 29 No. 33B – 79 Palacio de Justicia Oficina 403
Torre A

Villavicencio, Meta

Servicios Postales Nacionales
Atención al usuario: 02-1412200 - 01-200 111 210 - servicios@nps.gov.co
Ministerio de Correos

472

Destinatario	Remitente
Nombre/Razón Social: ANGIE B JIMENEZ CORTES, DOCTOR EN EL CIRCUITO	Nombre/Razón Social: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Dirección: CA 28 33B 79 PALACIO DE JUSTICIA TORRE A	Dirección: Calle 37 # 42-12
Ciudad: VILLAVICENCIO, META	Ciudad: VILLAVICENCIO, META
Departamento: META	Departamento: META
Código postal: 50006139	Código postal: 50006058
Fecha de emisión:	Envío: RA37221889CO

"Ciencia con sentido humanitario, un mejor país"
Dirección: Carrera 6 No. 24ª- 14 Barrio Menegua dsmeta@medicinalegal.gov.co
Conmutador: 4069977 - 4069944 Ext 3839
www.medicinalegal.gov.co

Ingreso

28-06-2022