**Dra. Claudia Patricia González** (EPS SANTINAS)

**Min 2:39:40**(médica cirujana, especializada en auditoría en calidad en salud, y actualmente se desempeña como directora de aseguramiento para EPS SANITAS en la oficina Manizales; indica que estuvo en Bogotá entre 2017 y junio de 2023 en el cargo de auditoría para EPS SANITAS; señala que en septiembre de 2021 tuvo la oportunidad de construir un concepto técnico científico desde el enfoque de auditoría para el caso de la señora Nadia Vanessa).

**P:** Por favor en el análisis de auditoría que usted hizo para para la Central jurídica y para efectos de contestar, esta demanda indique el Despacho Cuál fue el contexto de atención de la paciente desde el punto de vista Obstetricia, de los controles prenatales a la A la A la señora Nadia Vanessa.

**R:** la señora Nadia estuvo afiliada a EPS SSANITAS a partir del 2016 y que durante el año 2020 realizó los controles prenatales en los centros médicos. Como resultado de esos controles se identificó que la señora Nadia tenía un embarazo de alto riesgo obstétrico dado los antecedentes, indicando que según la historia clínica presentaba antecedentes de un parto por cesárea de urgencia dado por una pre-clampsia a las 30 o 32 semanas de edad gestacional, pero ya dentro el proceso de atención de EPS Sanitas ella surtió los controles prenatales, acordé con las guías de práctica clínica en el primer nivel de atención y también fue remitida de forma previa al parto a una IPS de mayor complejidad para el concepto médico especializado de ginecoobstetricia, con el cual se determinó la terminación del embarazo por vía cesárea. (min 2:42:00)

**P:** Volviendo al caso de la señora Nadia en su atención de fecha 17 de abril de 2020, a la paciente, se le realizó evaluación de riesgo obstétrico.

**R:** lossoportes de historia clínica permiten ver una gestión del riesgo, porque se identificó que la paciente tenía un trastorno de la tiroides, además tenía un trastorno de la hipertensión relacionado con el embarazo, y finalmente en la consulta el 17 de abril por el médico especialista en Obstetricia de la Clínica Juan N Corpas se determinó que la paciente prefería terminar el embarazo por medio de una cesárea programada. Y se citó la paciente para el 19 del mismo mes, el 19 de abril de 2020, para para realizar la cesárea. (min 2:45:00)

Refiere que la paciente hasta donde recuerda fue a un control prenatal el 17 de abril, y la citaron para la cesárea el 19 abril, ella ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Juan n Corpas alrededor de las 6:00 de la mañana del 19 de abril y la paciente manifestaba que tenía actividad uterina, es decir, ella percibía Contracciones, pero en los registros clínicos no se documenta que hubiera pérdidas vaginales, o sea, no había sangrado ni salida de líquido, entonces le indicaron a la paciente, como ya tenía la programación y la orden de la cesárea, hospitalizarse para realizar la cesárea programada; pero en el contexto de un procedimiento programado más no por por los síntomas que presentara ese mismo día.

**P:**  cuando indican, ahí están los hechos de la demanda y en la historia clínica Trabajo de parto en fase latente. ¿Qué significa esto?

**R:** el trabajo de parto tiene tres fases, la fase de latente, la fase activa y ya la fase de expulsivo o el propiamente, pues el nacimiento del bebé, la fase latente es la etapa inicial del trabajo de parto, donde el cuerpo se prepara, para el parto como tal, la fase latente se da cuando inicia la actividad uterina y hasta una dilatación de 4 a 6 cm o sea, cuando el bebé ya bajo a La pelvis y está encajado, normalmente el trabajo de parto en fase activa se hace un monitoreo ambulatorio pero no se hospitaliza (…) para el caso la paciente tenía un trabajo de parto en fase latente.

Indica que la resolución 3280 es un referente normativo, donde se dan los parámetros generales sobre la ruta de atención integral para la atención materno perinatal, aspecto que se verificó con los registros clínicos; señala que la resolución indica que no hay indicación para hospitalizar a la paciente en fase activa, y hay que realizar un partograma que es un seguimiento a la paciente con registro de horario de los signos vitales, pero como dijo anteriormente, los registros clínicos en los que tuvo acceso permiten concluir que la paciente fue hospitalizado para una cesárea programada independiente que ya tuviera algunas manifestaciones iniciales como era la contracción.

**P:** En este caso en especial, se requería un monitoreo de cada hora en esta paciente

**R:** pues es que la Resolución 3280 dice que no hay indicación para hospitalizar a una paciente en trabajo de parto en fase latente, que la indicación de hospitalización se da en la fase activa y que una vez entra en fase activa, hay que realizar una actividad muy importante que es el diligenciamiento de partograma. El partograma es una gráfica que permite hacer seguimiento a la paciente con registro Horario, entonces en el partograma, hay que registrar signos vitales, la posición de la mamá, la posición del bebé, el número de contracciones y permite a través de esos registros crear una curva para identificar si el trabajo de parto se está dando de forma constante y acorde a lo que se esperaría para esa paciente. Pero pues como dije anteriormente, los registros clínicos en los que tuve acceso permiten concluir que la paciente fue hospitalizada para una cesárea programada. Independiente, pues que ya tuviera algunas manifestaciones iniciales como era la contracción.

**P:** entonces para concluir la no requerían monitoreo de cada hora. Monitoreo de la de la paciencia y el menor.

**R:** No, no, la norma dice que el monitoreo con horario se da para la paciente de trabajo de parto en fase activa. Ya otra cosa son las condiciones clínicas de la paciente. Yo recuerdo que la historia clínica dice que, a la paciente, pues al binomio tanto a la mamá como al bebé se le hizo un monitoreo materno fetal, que es un monitoreo materno fetal, es un registro clínico que permite identificar el número de contracciones porque mide el tono del útero y también permite monitorizar la frecuencia cardíaca del bebé. Ese monitoreo, según recuerdo, se hizo alrededor de las 9:00 o 9:20 de la mañana, pues no estoy tan segura, pero el monitoreo dio categoría 1, es decir, no había alteraciones en las contracciones ni alteraciones en la frecuencia cardíaca del bebé.

**P:** se requiere unos criterios para efectos de que se haga el parto a la paciente, como esto era una programación de cesárea, ella tenía esos criterios para parto como tal. ¿O estaban esperando la hora de la cesárea, cuánto tiempo se puede esperar en una fase latente para para cesárea que estaba programada la señora, cuánto tiempo se podría esperar para hacer esa cesárea? ¿Tenía que ser urgente?

**R:** Pues no realmente la paciente no tenía criterios para realizar una cesárea de urgencia, porque, como dije ahora el monitoreo materno fetal que le hicieron alrededor de las 9:00 de la mañana reportó bienestar materno fetal.

Ahora bien, para la cesárea hay unas categorías relacionadas con la urgencializacion, entonces, digamos la categoría 1 es una cesárea emergente, es algo que se requiere de forma inmediata para salvar la salvaguardar el bienestar y la vida de la madre y el bebé.

La categoría 2 es una cesárea urgente que da creo entre 10 y alrededor de los 30 minutos para pasar a sala de Cirugías y la categoría 3, que es donde estaba la paciente, es una paciente que tiene la indicación de la cesárea ambulatoria, pues programada, pero que ya inició el trabajo de parto, el trabajo de parto en fase latente para una mujer que ya tuvo un embarazo previo es alrededor de 15 a 20 horas. Si el trabajo de parto en fase latente se da en una mujer que nunca ha tenido bebés, puede superar el rededor de las 20 o 24 horas.

En ese contexto, podríamos entender que no había una indicación, pues pese a que ella manifestó que tenía contracciones y que se indicaron unos cambios cervicales muy pequeños, no había indicación de hacer una cesárea urgente. Ella tenía la indicación de terminar el embarazo por cesárea, pero pues no hay registros clínicos que permitan inferir la urgencia de la cesárea, era una cesárea que se requería en el marco de las condiciones clínicas de la paciente, pero urgente para realizarla en el término de horas o minutos no tenía cuando ingresó a urgencias, pero es una situación diferente a la que se vive porque los registros clínicos se describen que las enfermeras identificaron que la paciente tenía un sangrado uterino abundante y cuando fueron a monitorizarla, pues ya no encontraron la frecuencia cardíaca del bebé, eso sí ya cambia completamente la situación, en el entendido que es una evolución dinámica. O sea, como estoy en este momento, no es la misma forma en la que voy a estar en 5 o 10 minutos, pero si miramos los registros clínicos al detalle, pues se identifica que cuando las enfermeras documentaron la evolución clínica es desfavorable de la paciente, el traslado a salas de cirugía se dio casi en 10 - 15 minutos. (min 2:55:10)

**P:** La ruptura uterina que sufrió esta paciente, qué constituye.

**R:** la ruptura uterina es un tema complejo porque constituye una complicación del trabajo de parto, es decir solamente se puede diagnosticar e identificar cuando ya se está en trabajo de parto, cuando uno revisa la literatura científica uno identifica que hay factores de riesgo para el desarrollo de ruptura uterina, uno de los factores de riesgo es una cesárea menor a 24 meses del embarazo, otro factor de riesgo son alteraciones genéticas y metabólicas que hagan que los músculos sean débiles, otro factor de riesgo es que la mamá hubiera tenido muchos embarazos, o sea una multípara, o que hubiera tenido embarazos de fetos muy grandes, mayores a 4000 gramos. otro factor de riesgo es que se hubiera estado utilizando oxitócicos, que fue el medicamento que yo le dije ahora que se utiliza para promover las contracciones uterinas. Pero pues en esta paciente, si bien es cierto, tenía un antecedente de cesárea, ese antecedente, era de 5 años, entonces ya no constituía como tal un factor de riesgo directo para la generación de una ruptura uterina.

Entonces, aquí es cuando llega la complejidad del caso, pues desde el alcance que yo tengo como auditora y de los soportes clínicos, porque fue un evento que no era prevenible, pero si era intervenible y según lo que yo identifico, la paciente se intervino de forma inmediata a la identificación de los síntomas, que fue el sangrado uterino.

**P:** esta paciente, que está en fase latente, si se hubiera monitoreado hora por hora permanentemente, se hubiera podido prevenir la complicación, la ruptura uterina.

**R:** No, no hay forma de prevenir porque la ruptura uterina, es un fenómeno que se da de un momento a otro, y así usted la tenga monitorizada de forma externa de forma interna, o sea, así usted le ponga el aparato del monitoreo materno fetal, pues usted puede identificar que en algún momento hay un aumento en las contracciones definido por aumento en la intensidad y aumento en la duración, pero aun así, y aunque le tome los signos vitales, cada hora o cada media hora, o aunque le tome la frecuencia cardíaca fetal de forma permanente, usted no puede decir “este útero se va a romper”, no, ese es un evento que se da de forma súbita. Por eso digo, no es prevenible, pero es intervenible.

**P:** Usted evidenció del análisis de la auditoría que le hizo a la historia clínica y al caso como tal, que no se hubieran estado utilizando los estándares que se utilizan para efectos de estos casos, como el de la señora Nadia de Vanessa.

Señaló que al momento de la auditoria tuvo la oportunidad de contar con conceptos médicos especializados de ginecoobstetricia y neonatóloga, y concluyeron lo mismo que ella que fue un evento, una complicación propia del trabajo de parto no prevenible y que el proceso de atención de la paciente estaba adaptado a las guías de práctica clínica que estaban vigentes en ese momento. (min 3:01:00)

El factor de riesgo más grande que tenía la paciente era el antecedente de cesárea, no obstante, esta había sido practicada hacia más de 5 años. Ya eso le dio tiempo al útero de sellar la herida quirúrgica de la cesárea previa.

**P:** Doctora, por favor infórmenos, si esta patología puede considerarse como rara, es decir, todas las maternas que tienen un antecedente de cesárea previa, tienen un alto riesgo de sufrir esa ruptura uterina?

**R:** No, realmente la incidencia reportada en la bibliografía es muy baja, hay artículos que documentan del 0.2% al 0.5 pero eso es más que toda literatura no colombiana sino internacional. Hay otros artículos que pueden hablar hasta de un porcentaje del 0.8%, pero pues se son muy bajas las posibilidades de tener una ruptura uterina.

**P:** Hay algún examen que hubiese podido practicar el equipo médico de la Clínica N corpas a esta materna para saber si iba o no iba a presentar ese ese evento, esa ruptura.

**R:** Pues no, la verdad, como dije antes, la ruptura uterina es un evento súbito, no hay factores de escala de predicción que utilicé ayudas diagnósticas, no. Pues, que yo conozca desde mi experticia en auditoría médica, no conozco que haya un examen especializado, que me digan Esta paciente tiene un porcentaje alto de presentar ruptura uterina, la clasificación del riesgo se realiza más que todo a partir de los antecedentes de la paciente.

señala que durante la atención no se evidenció negación o barreras de acceso en la atención médica, y teniendo en cuenta que el diagnóstico de la hija de la señora Nadia fue asfixia perinatal severa, la atención se dio en las mejores condiciones en que pudo haberse dado, porque según la literatura científica y la asociación colombiana de Neonatología el manejo de protocolo de hipotermia en Colombia son muy pocas las ciudades y muy pocas las instituciones que ofrecen ese protocolo de hipotermia, entonces cuando se hace un análisis retrospectivo del proceso de remisión se encuentra que entre el momento del nacimiento de la bebé y el momento de inicio, el protocolo de hipotermia pasaron menos de 6 horas, siendo un adecuado desempeño.

Indicó que la monitoria fetal fue reportada como normal, explicando que el monitoreo maneja dos parámetros, un parámetro es el tono de la intensidad de las contracciones y la frecuencia cardiaca del bebé, que para el caso se estimó como bienestar fetal; indica que los signos clínicos y los signos vitales y las manifestaciones clínicas que se describen en la historia clínica de la paciente muestran que estaban normales, así como no había factores que implicaran riesgo o que llevaran a concluir que la paciente no estuviera estable hemodicanamente; señala que la ruptura uterina es una complicación obstétrica propia del trabajo de parto, es decir se da de forma súbita y no es posible prevenir, según el registro clínico de la nota quirúrgica, dice que el útero se había roto por la historiografía que es la cicatriz que había en el útero correspondiente a la cesárea previa, pero como no tuve acceso a la historia clínica de la primera cesárea porque la paciente no estaba afiliado al EPS SANITAS, indicando que el factor riesgo más grande de la paciente era que ella tenía el antecedente de cesárea pero esto había sido hacía 5 años; reitera que cuando se hizo la auditoria de caso se hizo en el marco de la resolución 3280 que dice que si hay indicación de monitoreo con Horario, pero para las pacientes que están en trabajo de parto en fase activa, en este caso la paciente ingresó por indicación médica y se dio la orden de realizar la cesárea, tal como había sido concebido en el último control prenatal, y se documentó el bienestar materno fetal durante la espera de la cesárea, lo cual permite inferir que hubo una Gestión en el proceso de atención, haciendo la evaluación clínica y paraclínica de la madre y del bebé mientras era llevada a cesárea; indica que la asfixia perinatal se da cuando el bebé se queda sin sustento de oxígeno ni sangre antes de nacer, y que lo hace sensible por los cambios de fluctuación de oxígeno y de sangre; entre otros aspectos.

indicó que el papel del asegurador es construir una red amplia y suficiente y garantizar todo el proceso de autorizaciones de referencia; indica que la paciente estaba en trabajo de parto en fase latente, no en trabajo de parte en fase activa, reiterando que el trabajo de parto en fase latente es un proceso prolongado que se puede demorar hasta 20 horas y la velocidad de los cambios cervicales es más o menos de 1.2 o 1.5 cm por hora 5 cm por hora.

Perito **Dr. Jorge Andrés Jaramillo García** (médico ginecólogo titulado desde el año 1994, especializado en ginecología y obstetricia, y ha elaborado más de 250 dictámenes al respecto)

Frente al dictamen indica que: realizó evaluación de la historia clínica y se sometió al juicio clínico propio de este tipo de condiciones; indica que para el caso se trata de una persona en su segundo embarazo, clasificada de alto riesgo por la presencia de hipertiroidismo y haber tenido una cesárea en su embarazo anterior, haciendo lectura de los aspectos posteriores de la atención realizada a la paciente destacando la demora que se presentó en el procedimiento, y que derivó en una hemorragia intraparto, y complicaciones, que conllevo a un compromiso neonatal severo que desembocó en una hipoxia neonatal severa con posterior compromiso multiorgánico del bebé que lo hizo irrecuperable y que derivó posteriormente la muerte del neonato; indica que consultó la historia clínica suministrada, y no era procedente interrogar a las partes en este caso; indica que los análisis en los dictámenes se basa en la literatura científica, por lo que sumarle la experiencia a estos casos es relativo, depende de cada circunstancia en particular Teniendo en cuenta lo expuesto, se procede a conceder el uso de la palabra a las partes para que realicen al perito, las preguntas que se relacionen con el dictamen rendido y aportado por la parte actora.

Respecto de las preguntas formulados por el apoderado de la parte actora: indica que la cesárea previa de una mujer que se encuentra en embarazo tiene unas condiciones particulares. En ese orden hay dos tipos de cesáreas, esta una cesárea segmentaria, que se hace en la porción inferior del útero que ha sido sometido a un proceso de trabajo de parto y que tiene unas modificaciones que han hecho que el espesor del músculo se vuelva más delgado, y hay otra que se llama corporal o clásica, que fue la cesárea que históricamente primero se hizo en la literatura médica y es a la que eran sometidas las pacientes que no tenían trabajo de parto, en cuyo caso, la incisión se hacía sobre un músculo y tributario grueso. Por ende si se hace una cesárea sobre un músculo uterino grueso, la cesárea va a ser después mucho más resistencia al proceso de partos futuros, es por eso en este caso de cesáreas corporales o clásicas no se recomienda un parto vaginal después de haberse realizado una cesárea de este tipo, en cambio, las cesáreas segmentarias la cicatrización posterior a la primera cesárea es mucho más eficiente y se ha demostrado que esos números en la mayoría de los casos toleran perfectamente el trabajo de parto y podría darse un parto vaginal, desconociendo para el caso en concreto que tipo de cesárea se utilizó ; señala que para el caso el proceso de la ruptura es un proceso dinámico que ocurrió en algún momento en esas 3 horas; señala que en rutina del ejercicio médico es necesario constatar que la paciente tenga la información completa; precisa que el trabajo de parto tiene dos etapas, una fase latente y una fase tardía, en ese orden se supone que una paciente que se encuentra hospitalizada deber tener una valoración de los signos vitales cada hora para ver que no hayan modificaciones, si no hay modificaciones se puede dar esperar a realizar al procedimiento, y si en algún momento aparece una alteración, inmediatamente se debe proceder a hacer la intervención respectiva y la pregunta que menciona en mi dictamen, pasó un período de 3 horas donde ya estaba decidida la realización de la cesárea, por lo que desconoce los motivos por los que no se pasó con antelación, por lo que ya serán condiciones de tipo o de índole administrativo de la institución, pero si llama la atención que en ese periodo de tiempo no haya ninguna observación del estado de la paciente, hasta la evaluación siguiente en donde se encuentra una condición clínica que genera un gran compromiso de una gran morbimortalidad; señala que la ruptura uterina para el caso se considera un evento obstétrico previsible y prevenible, indicando que hay situaciones o signos clínicos que sugieren que se puede estar gestando una ruptura; entre otros aspectos.

Respecto de las preguntas formulados por el apoderado EPS SANITAS: indica que no está constatado en la historia clínica que se hubiera negado alguna atención; señala que de la literatura no establece que con una sola cesárea puede haber alguna anomalía de inserción de esta, por lo tanto, no se tiene establecido como de rutina a realizar una valoración de inserción placentaria en las pacientes con una sola cesárea. Cuando ya tienen más de una cesárea el hábito es que se incrementa la posibilidad de una invasión anormal de la placenta a la pared del útero y si se recomienda la realización de la misma, pero esto es con el objetivo de planear la técnica quirúrgica, o sea, ahí ya no se tiene en cuenta cuál va a ser la vida del parto, porque si la literatura ha sido claro que, con dos cesáreas o intervenciones quirúrgicas sobre el útero previo, siempre el parto debe ser por cesárea (no aplica para este caso). Pero el gran dilema es en la paciente con una sola cesárea previa en donde como lo mencionó, se ha visto que existe una alta probabilidad de tener un parto vaginal sin complicaciones y una baja probabilidad de que ocurra un evento como es una ruptura del útero, entonces ahí la ecografía placentaria no tiene mucho valor, porque se ha visto que la incidencia de las complicaciones de inserción placentaria en pacientes con una sola cesárea previa no es alta como para que justifique la realización del examen; entre otros aspectos.

Respecto de las preguntas formulados por el apoderado Fundación Universitaria Juan N Corpas, el testigo indicó: que toda mujer que se embaraza tiene la posibilidad de hacer una ruptura uterina con o sin cicatrices previas, toda paciente que tiene una cesárea previa tiene la posibilidad de hacer o no hacer una ruptura uterina, mencionando cual es la incidencia de dicha ruptura en las pacientes con cesárea previa, e indicando que toda paciente que tenga dos cesáreas previas (no aplica al caso), es indicación de cesárea, según la ciencia médica, aunque se han visto casos incidentales de partos vaginales en pacientes con 2, 3 y 4 cesáreas previas en las cual no ha pasado ninguna cosa; refiere que si se basa en los tiempos nota 12:59 que la paciente presenta los síntomas de ruptura, y una nota posterior 41 minutos después la extracción del bebe que duro 5 minutos, indicando por ende que no cree que la demora fuere tanta porque si hubiera sido tanto tiempo, hubiera nacido un bebé muerte que no hubiera sido recuperable; indica que cuando se presenta este tipo de complicación generalmente el pronóstico es la muerte con una mortalidad muy alta, y los que sobreviven casi la totalidad quedan consecuencias debido a la magnitud del evento; señala que en lo que evalúo no hay notas en ese lapso de ningún tipo, respecto a la condición materno fetal, desconociendo por ende si se hicieron, se escribieron, o si se hicieron y no se escribieron; señala que el monitoreo fetal más eficaz es la precepción de los movimientos fetales por la madre, sin desconocer los casos descritos donde la mamá refiere sentir al bebé pero este está muerto.

Agregó que, si bien es una falencia que no se encuentren las notas de enfermería, en este caso en particular no hubiera cambiado mucho la situación, dado que la ruptura uterina es código rojo, por ende si antes de 60 minutos de la ocurrencia del código rojo, o sea, la ruptura uterina, la paciente no ha sido llevada a un procedimiento quirúrgico necesario, en este caso la mortalidad es casi del 100% en la materna. Entonces, no cree que antes de las 12 del día haya ocurrido algo que hubiera podido ser identificado por alguno de los actores del personal de salud.