

INFORME PERICIAL MÉDICO LEGAL N° 003-2022-NVV/RDC

Asunto : Opinión médico legal respecto de la atención médica prestado a los usuarios de servicios de salud Gitla Rachel Hochman Giurfa en la Clínica Montesur y José Lira Hochman.

Fecha : Lima, 08 de abril de 2022.

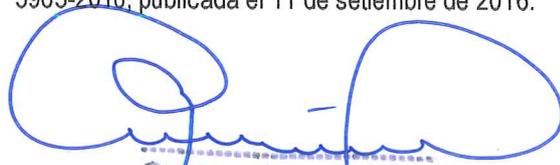
I. DATOS DE LOS PERITOS MÉDICOS ESPECIALISTAS:

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Nombres y Apellidos: | Mg. Noé Vizcarra Villegas |
| ✓ Profesión: | Médico Cirujano |
| ✓ Especialidad: | Medicina Legal y Magíster en Auditoría Médica |
| ✓ Colegiatura: | N° 42405 |
| ✓ Registro de Especialista: | N° 20630 |
| ✓ Registro de Magíster: | N° 00180 |
| ✓ Constancia de Habilitación: | SI |
| 2. Nombres y Apellidos: | MC Roberto Daza Cahuana |
| ✓ Profesión: | Médico Cirujano |
| ✓ Especialidad: | Ginecología y Obstetricia |
| ✓ Colegiatura: | N° 42201 |
| ✓ Registro de Especialista: | N° 22282 |
| ✓ Constancia de Habilitación: | SI |

II. BASE LEGAL Y TÉCNICA

- 1) Norma Técnica de Salud N° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", aprobada con Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, de 24 de diciembre de 2013.
- 2) Norma Técnica de Salud N° 106-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada con Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, de 24 de diciembre de 2013.
- 3) Guía Técnica: "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos", aprobada con Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, de 26 de julio de 2006.
- 4) Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Segunda Edición - setiembre 2018. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>.
- 5) Guía Médico Legal de Valoración Integral de Lesiones Corporales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses "Leónidas Avendaño Ureta" del Ministerio Público - Fiscalía de la Nación, aprobada con Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 3963-2016, publicada el 11 de setiembre de 2016.


DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP 42201 RNE 22282


Mg. Noé Vizcarra Villegas
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 42405

III. DATOS DEL SOLICITANTE DEL INFORME MÉDICO ESPECIALIZADO:

El presente informe pericial se emite a solicitud de la Sra. Gitla Rachel Hochman Giurfa (36), identificada con Documento Nacional de Identidad N° 43417435.

IV. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y ANALIZADA:

- 1) Historia clínica N° 79154, foliada y sellada de la persona Gitla Rachel Hochman Giurfa en la Clínica Montesur
- 2) Monitoreo electrónico fetal sellado de la persona Gitla Hochman Giurfa en la Clínica Montesur de fecha 03 de diciembre 2018.
- 3) Resultado de exámenes auxiliares de la persona Gitla Hochman Giurfa del Laboratorio Medlab-laboratorio clínico.
- 4) Informe Médico de la Clínica Montesur s/n de fecha 12/12/2018; del RN José Lira Hochman
- 5) Historia clínica neonatal foliada y sellada del menor QEVD José Lira Hochman en la Clínica Montesur
- 6) Historia clínica neonatal foliada y sellada del menor QEVD José Lira Hochman en la Clínica San Felipe
- 7) Certificado de defunción del menor QEVD José Lira Hochman de 20 de julio de 2019
- 8) Resolución de inicio de Procedimiento Trilateral Sancionador Órgano Emisor: Intendencia de Fiscalización y Sanción – IFIS; Expediente 652-2020 de fecha 23-11-2020.
- 9) Informe de Auditoría Médica de caso de las historias clínicas (HC) de la Sra. Gitla Rachel Hochman Giurfa y del recién nacido José Lira Hochman, realizado por el médico auditor José Leonardo Piscoya Arbañil, de 15 de febrero de 2021.
- 10) Informe N°02196-2020/IPROT; Expediente N°02746-2020; del caso J.L.H. contra IPRESS Clínica Montesur (III); de 31 de julio de 2021.

V. RESUMEN DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA:

1) HISTORIA CLÍNICA N° 79154; DE LA CLÍNICA MONTESUR DE GITLA RACHEL HOCHMAN GIURFA:

Epicrisis:

"Fecha de ingreso: 03-12-18 Hora de ingreso = 10.33 Fecha de egreso = 10-12-18 Hora =20.00
-Diagnóstico de ingreso: gestante 39 semanas - trabajo de parto
-Diagnóstico de egreso: Los mismos - Expulsivo prolongado
-Operación efectuada: atención de parto.
-Complicaciones:
-Observaciones:
PARTO VAGINAL: Episiotomía= Lateral
RECIEN NACIDO: Vivo = X; Sexo = Masculino; Peso= 3220 gramos; Talla = 50; Apgar al 1'=2; Apgar al 5'=5; Fractura= NO.
-Anestesia= regional
-Puerperio= Normal
-Fecha: 10-12-18 (post firma de Erle Mongrut Steane con CMP 19023 y RNE 13822)"

Historia Clínica:

"03-12-18 sin hora
-Antecedentes fisiológicos:
Menarquia= 13 años; Última regla= 01-03-18; FPP= 08-12-18; RC= 3/30
Historia obstétrica= Gest 1 Para 0


DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP 42201 RNE 22282


Dr. Noe Vizcarra Villegas
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 42405

INFORME PERICIAL MÉDICO LEGAL N° 003-2022-NVV/RDC

-Antecedentes patológicos y familiares:

Cirugías: Implante Mamario (2016), Rinoplastia (2001).

-Examen físico: Peso= 83; Talla= 1,68; Temp= 36,6; Resp= 18; Pulso= 78; PA= 110/60.

-Impresión diagnóstica: gestante 39 2/7semanas por fecha de última menstruación. Trabajo de parto. Con post firma de Jorge Tamayo Zumaeta con CMP 014045".

Partograma (folio 9 y ss)

"(...)

Fecha y hora: 3/12/18	10:30	10:40	11:00	11:30	12:00	12:30	12:50	13:30	13:45	14:15	15:00
PA	110/60										
Frec. contracciones	C/3	C/3-4	C/3-4	Irreg					C/4-3	C/5-3	C/3-4'
Duración	25-28	25	25	25					28-25	28''	28''
Intensidad	+ / ++	+	+ / ++	+ / ++					+ / ++	++	++
Latidos cardiacos	139	130	132	130					128	130	142
Hemorragia	MF= +++										
Perdida sanguínea	P=78						D				
Incorporación	60%						E				
dilatación	Dehis 1				B		A				
membranas	R. liquido meconial				A		M	R			
Presentación	C				N		B	C			
altura	-3				O		U	-3			
Posición							L				
Tacto (V-R)	V						A	V			
Inducción							C				
indicaciones					ducha		I				
Analgesia epidural							O				
Firma							N				

Continuación (folio 26 y ss):

Fecha y hora: 3/12/18	22:15	22:45	23:00	00:20	00:25		
PA					S		
Frecuencia contracciones	C/2-3	C/2-3		C/2	A		
Duración	25-28	25-28		28	L		
Intensidad	+ / +++	+ / +++		++	A		
Latidos cardiacos	150	148		142			
Hemorragia					D		
Perdida sanguínea					E		
Incorporación	95%	100%		100%			
Dilatación	6-7	8		10	P		
Membranas	R	R - LAC		R	A		
Presentación	C	CEF		C	R		
Altura	-2	0		+1	T		
Posición					O		
Tacto (V-R)	V	V		V	S		
Inducción	NaCl	→	→	→			
Indicaciones: + Oxitocina 100	8						
Analgesia epidural	Si						
Firma							

Atendido por: Dr. Ever Mongrut- Steane

Episiotomía: si, lateral derecha

Anestesia: epidural



DR. J. ROBERTO DAZA CARUANA
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP 42201 RNE 22282



Dr. Noe Vizcarra Villegas
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 42405

INFORME PERICIAL MÉDICO LEGAL N° 003-2022-NVV/RDC

Alumbramiento: espontáneo; Shultze; Pérdida de sangre= +/-400cc aprox
 Cordón umbilical: long y grosor= 75cm/ 2cm.
 Placenta: peso=+-700g; forma= oval; diámetro= 18x16x2cm; cotiledones completos; membranas completas
 Recién nacido: Fecha= 04-12-18; Horas= 02.00am; Sexo= Masculino; Peso= 3220g; Talla=50; Aspiración= SI; Intubación= SI; Pediatra presente= Dr. Llanos; Ligadura de cordón= clamp; Aspecto general= M (malo).

Índice de Apgar tomado en Obstetricia: (folio 40)

		1'	3'	5'	10'
Tono muscular					
Respiración					
Frec. Cardíaca					
Respuesta a estímulos					
Color					
Observaciones:	Total Apgar	2		5	3

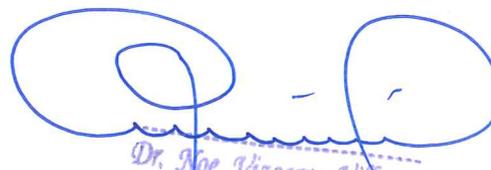
Anotaciones de obstétricas (folio 40):

"Edad gestacional= +/-39 2/7; Pulso= 78; Resp= 98; Latidos fetales= 132
 Estado de la paciente= Bueno; Trabajo de parto= no
 Membranas= Rotas (desde +/-7am)
 Sangrado= No
 Diagnóstico de ingreso= Primigesta 39 2/7 s- FLTP (fase latente del trabajo de parto)- RPM desde 7am hoy.
 Razón del ingreso= contracciones y pérdida de líquido
 Alergias medicamentosas= niega.
 -03-12-18; 10.30. Se hospitaliza en Centro Obstétrico gestante con contracciones uterinas cada 8-6' de poca intensidad, refiriendo pérdida de líquidos amniótico desde +/- 7am de hoy, con rasgos de sangre.
 G1 actual= I → amenaza de aborto - progesterona. II, III → S/C.
 Ecografía obstétrica 27/11= embarazo de 38 semanas 5 días x FUR. Crecimiento en percentil de 56.
 Al examen: feto longitudinal cefálico. LCF= 132. DU= 3-4. 25" +. TV= cérvix posterior. I=60%, AP= -3; D= dehisciente 1 dígito. **Se visualiza líquido amniótico amarillo-verdoso.**
 -03-12-18; 10.40: acude Dr. Mongrut. Indica luego de hablar con gestante.
 Hospitalizar; tacto vaginal restringido; líquidos; solicitar p. de parto; puede bañarse y deambular.
 -03-12-18; 11.00. Monitorizándose, se informa a todas las áreas.
 -03-12-18; 11.30. DU: c/ 3-4. 25" +/++. FCF= 130x/min. Se produce cambio de habitación, DU: 25", +/++; FCF= 130 x/min
 -03-12-18; 13.30. Evaluada por Dr. Mongrut. No cambios".

Evolución médica (folio 42 al 45):

"03-12-18 10.40 la paciente ingresa con pérdida de líquido amniótico fluido escaso con test de hehecho positivo. No se evidencia dinámica uterina.
 Diagnóstico: gestante 39 semanas; ruptura membranas (alrededor 4 horas); pródromos de trabajo de parto.
 Se indica controles obstétricos. Se informa a la paciente y esposo de los riesgos de la pérdida de líquido en cuando a riesgos de infección luego 12 horas.
 Con post firma de Erle Mongrut Steane.


 DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RNE 22282

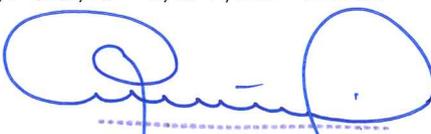

 Dr. Noe Vizcarra Villegas
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

- 03-12-18 13.30 contracciones esporádicas y de poca intensidad, persiste pérdida de líquido fluido sanguinolento. LF= rítmicos regulares, TV= cérvix posterior, grueso, AP= -3, dehisciente 1 dedo. Líquido claro.
- 03-12-18 17.00 paciente con contracciones c/ 4- 5', ++, 20-30". TV: l= 90%; AP= -2; D= 0 cm. Líquido amniótico fluido. LF= rítmicos, regulares. La paciente solicita evaluar acentuación con Oxitócica, lo cual se inicia.
- 03-12-18; 20.00 la paciente refiere contracciones muy dolorosas. LF= rítmicos, regulares TV: D= 3cm, l=90%; AP= -2. M=rotas; LA= escaso fluido. Se indica analgesia epidural.
- 03-12-18; 20.40 analgesia de parto= PL L2-L3. Levobupivacaina + xilocaina + fenta + dexametasona.
- 03-12-18; 22.45 tolera bien contracciones uterinas. LF= 140xmin. CU: C/3-4min ++. TV: D=8cm, 100%, AP=0. Líquido claro.
- 04-12-18; 00.20 La paciente refiere sensación de pujo. Dolor moderado. TV= D= 10cm; AP= +1; OIIA caput fetal. Se indica pasar a sala de partos. LF= rítmicos, regulares
- 04-12-18; 00.40 la paciente inicia pujos pero refiere dolor. Solicitando más analgesia la cual no se coloca.
- 04-12-18; 01.35 ingresa la madre de la paciente a la sala de partos, llamándole enérgicamente la atención para que colabore y siga mis indicaciones. Se coloca a la paciente en hiperflexion de pierna para facilitar expulsión.
- 04-12-18; 01.45 la paciente autoriza presión de fondo uterino, la cual se inicia abombando la periné la cabeza fetal.
- 04-12-18; 01.50 se solicita a la paciente autorización para realizar la episiotomía a lo cual la paciente se niega en repetidas ocasiones.
- 04-12-18; 01.55 la paciente autoriza ante llamado de atención de su madre (esposo no autorizaba). Se realizó episiotomía mediolateral derecha (previa anestesia local) evitándose hemorroides de la paciente.
- 04-12-18; 02.00 se produce parto de recién nacido con depresión severa. Se entrega al neonatólogo Dr. Llanos.
- 04-12-18; 02.10 se produce alumbramiento espontaneo y se realiza sutura de episiotomía".

Anotaciones de enfermeras u obstetricas (folio 54 al 56):

- "03-12-18 14:00 se encuentra a paciente en reposo, monitorizándose DU: c/5-3', ++, LCF=130 xmin RR. Leve dolor por contracciones. Líquido amniótico escaso
- 03-12-18 14:15 monitorizándose LCF=132xmin RR
- 03-12-18 15:00 DU: c/3-4, 28", ++. LCF= 142 xmin RR
- 03-12-18 16.20 se instala monitoreo fetal. LCF=130xmin RR
- 03-12-18 17:00 evalúa Dr. Mongrut-Steane. Tv= cérvix central, l=90%, AP= -2; M= R; LF= 136xmin. Indica acentuación con oxitocina.
- 03-12-18 17.15 se permeabiliza via NaCl + Oxitocina 8 gotas
- 03-12-18 17.40 paciente sumamente adolorida por contracciones. LCF= 134xmin, se realiza TV: D= 1cm; l= 90%; AP=-3/-2; M=R; LA= claro. Se informa a Dr. Mongrut- Steane, indica suspender oxitocina.
- 03-12-18 18:00 DU= c/4, 30", ++. LCF=132xmin
- 03-12-18 18.15 se informa a Dr. Mongrut- Steane sobre estado de paciente y dinámica uterina. Indica reinstalar acentuación con oxitocina. Se reinicia a 4 gotas. LCF= 142xmin
- 03-12-18 18.30 Dr. Mongrut visita a paciente, indica administrar antibiótico, cefazoliina 1gr ev lento.
- 03-12-18 19.30 DU: c/2', 30", ++. LCF= 124 x min
- 03-12-18 20.05 Evaluación por Dr. Mongrut-Steane. TV: D=3cm; l= 90% AP= -2; M =R. Líquido amniótico meconial fluido. LCF= 126x min RR. Solicita analgesia epidural.
- 03-12-18 20.15 se realiza hidratación NaCl 700ccc a chorro.
- 03-12-18 20.30 Dr. Gálvez coloca analgesia epidural sin inconvenientes. PA= 110/70; P=76xmin; Sat O2=97%
- 03-12-18 21.15 Dr. Erle Mongrut evalúa D: 5-6; l=90%; AP= -2; M=R, LCF=150xmin


 DR. J. ROBERTO DAZA CARUANA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RNE 22282


 Dr. Noe Vizcarra Villegas
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

03-12-18; 21.20 presenta desaceleración a 88x/min por espacio de 1min, se coloca en DLI + Oxígeno.
03-12-18; 21.30 LCF=148x/min RR. Se informa a Dr. Erle. Indica observación.
03-12-18 22.15 LCF=150x/min. DU: C/2-3; +/++; 25-28"
03-12-18; 22.45 LCF=148x/min. DU: C/2-3; +/++; 25-28" dr. Mongrut- Steane realiza TV: D=8cm; I=100%; AP= 0; M=R LAC
03-12-18; 23.30 LCF=148x/min. DU: C/2-3; ++; 30"
04-12-18; 00.20 Dr. Erle evalúa dilatación completa. LCF=150x/min. Pasa a sala de Partos.
04-12-18; 00.25 paciente pasa a sala de partos
04-12-18; 00.30 paciente en sala de partos, se realiza HVP
04-12-18; 00.35 cateterismo vesical +/- 350cc
04-12-18; 00.40 paciente inicia periodo de pujo. LCF= 148x/min
04-12-18; 01.00 paciente no colabora con el pujo. LCF= 130x/min
04-12-18; 01.30 se insiste en colaborar con técnica de pujo. LCF= 148- disminuye 110x/min de recuperación rápida.
04-12-18; 01.45 se apoya en la técnica de pujo. LCF=120
04-12-18; 02.00 se produce parto eutócico con RN masculino deprimido, asistido por Dr. Llanos quien realiza maniobras RCP - Ambú. Dr. Llanos procede a intubar y llevarlo a neonatología para su atención. Alumbramiento espontáneo Schultze
04-12-18 02.25 sutura de EMLD. PA= 110/80. P= 96; T= 37,6°C".

2) **INFORME MÉDICO SIN DE FECHA 12/12/2018; DEL RN JOSÉ LIRA HOCHMAN DE LA CLINICA MONTESUR:**

"Fecha de nacimiento: 04-12-2018 02.00hrs. Sexo= Masculino

-Peso= 3220 Talla= 50cm

-José es un **paciente que nace de parto vaginal con un expulsivo prolongado (1 hora y 20 min) nace flácido, marmóreo, sin esfuerzo respiratorio y sin latidos cardiacos se inicia VPP con O2 al 100% y masaje cardiaco recuperando latidos a los 45 seg. Apgar: 02 (min) – 3 (5min) – 3 (10min) es trasladado a UCIN y se conecta a Ventilación mecánica, AGA con acidosis metabólica; presento crisis por lo que recibió FNB.**

-Evolución por sistemas:

Hidroelectrolítico: cursa desde el nacimiento sobre hidratado por lo que se maneja con volumen restringido de diuresis más perdidas insensibles hasta la actualidad con volumen de 120 cc/días y electrolíticos con parámetros aceptable al igual que calcio. Peso actual de 3420.

Metabólico: mantuvo glucosas adecuadas. No presento episodios de disglucemias

Respiratorio: desde nacimiento requirió de asistencia mecánica en modo AC más volumen garante posteriormente al cuarto día pasa a sistema SIMV AC se continua con el destete y sexto día de vida se retira del ventilador y tolera presentando un patrón respiratorio de respiración paradójal sin necesidad de oxígeno y estado acido base adecuado al igual que el control radiográfico. Actualmente requiere de oxígeno por cánula binasal y FIO2 en 0.40 con poca movilización de secreciones por lo que recibe nebulización con suero fisiológico y aspiración constante de secreciones.

Hematológico: presentó trastornos de la coagulación por lo que requirió tratamiento con plasma fresco congelado en 2 oportunidades y en una oportunidad crioprecipitado obteniéndose finalmente valores adecuados, con último control de perfil de coagulación normal.

Cardiológico: se realizó una ecocardiografía dentro de límites normales, se obtuvieron valores altos CPK-MB

Renal: presento insuficiencia renal aguda con episodio de oligoanuria durante las primeras 48 horas que posteriormente resuelta y valores de urea, creatinina aceptables. Actualmente con flujo de orina adecuado y orinando espontáneamente.


DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P. 42201 RNE 22282


Dr. Noe Vizcarra Villegas
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 42405

Neurológico: paciente presenta diagnóstico Asfixia severa con criterios clínicos y de estudio bioquímicos y de estado ácido base compatibles, evoluciona con episodio convulsivo que cede con fenobarbital en una oportunidad y posteriormente no presenta clínica ni electroencefalográficamente evidencia de episodios convulsivos por lo que actualmente no recibe tratamiento con anticonvulsivantes.

Desde inicios se manejó con incubadora apagada por los primeros tres días manteniendo temperaturas de 34,5 a 36. Posteriormente al cuarto día presentó un episodio de hipertermia y luego mantuvo temperaturas adecuadas. Se controló el lactato durante los 3 primeros días que mantuvo en valores altos.

Al examen neurológico actual el paciente se mantiene en estado letárgico con ausencia de reflejo pupilar y corneal, pupilas dilatadas en 4mm con ausencia de reflejo nauseoso con hipotonía generalizadas y fontanelas tensas.

Diagnósticos: Recién nacido a término de 39 semanas AEG; Asfixia severa – EHI (Encefalopatía Hipóxica Isquémica); Síndrome convulsivo; Insuficiencia renal; Sepsis probable tratada; Trastorno de la coagulación tratado.

Con post firma de Soledad Soto Camargo con CMP 27958”.

3) HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO JOSE LIRA HOCHMAN- DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA- CLÍNICA MONTESUR

Historia clínica N° 80281

“Apellidos: Lira Hochman

-Fecha de nacimiento: 04-12-18 hora: 02.00

-Peso= 3220; PT=32.5; PA=29; Grupo = O; Rh= +

-Antecedentes familiares:

Nombre del padre: Lira Alegría, José José, 45 años

Nombre de la madre: Hochman Giurfa, Gitla, 33 años

-Control prenatal: Si

-Serológicas: B positivo

-Grávida: 1; para = 0000.

-Fecha de última regla: 01-03-18 Edad gestacional= 39 2/7 s

-Evolución del trabajo de parto:

Estimulado: si; membranas rotas: si; desde horas=7am; líquido amniótico= meconial fluido

Anestesia= epidural.

Parto= vaginal.

Medicamentos (tipos y tiempo antes del parto): cefazolina 1gr ev 18.30 (3/12)

Placenta: presentación y posición: longitudinal cefálico

Respiración espontánea: si/no/ estímulo/ reanimación 02 libre/ VPP+ mascara= x/ masaje= x/ TET /medicación.

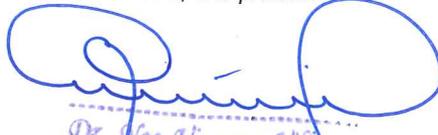
Observaciones: Nace cianótico flácido, marmóreo, sin frecuencia respiratoria y sin esfuerzo respiratorio.

APGAR	1'	3'	5'	10'	15'	20'
Frecuencia cardíaca	2	2	2	2		
Esfuerzo respiratorio	0	0	0	0		
Tono muscular	0	0	0	0		
Respuesta estímulos	0	0	0	0		
Color	0	1	1	1		
TOTAL	2	3	3	3		

-Examen del recién nacido

Anotaciones: MEG, cianosis distal, no soplos, testículos con bolsa, ano profundo.


 DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RNE 22282


 Dr. Joo Vizcarra Villegas
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

-Diagnóstico: recién nacido masculino a término; asfixia severa.

Con post firma de Raúl Llanos Lam con CMP 25291".

Ecografía cerebral del RN José Lira Hochman 07-12-2018: (folios72):

"-Edad actual: 3días y medio

-Peso actual: 3200g Perímetro cefálico al nacer= 34cm Perímetro c. actual= 36cm.

-Motivo del estudio: control por encefalopatía aguda

-Estudios previos: ecogenicidad incrementada en forma heterogénea en primer día de vida

-Hallazgos: *Parénquima cerebral: con ecogenicidad incrementada en forma heterogénea, a predominio de hemisferio derecho. Sistema ventricular: ventrículos de tamaño normal. Fosa posterior: no se observan anormalidades*

Otros hallazgos: *Flujometría con IR en arteria cerebral anterior: 0.9 – 1.0*

-Conclusiones: *Estudio ecográfico cerebral que muestra signos de inespecíficos de compromiso cerebral por hipoxia isquemia aguda.*

-Observaciones y sugerencias: *RMN cerebral en las primeras dos semanas de vida.*

-Lugar de estudio: *Clínica Montesur*

Con post firma de María Del Pilar Medina Alva con CMP 37269 y RNE 18328"

Informe de Monitoreo Electroencefalográfico prolongado del RN José Lira Hochman 05-12-2018:

-Descripción del estudio: *registro de electroencefalograma que muestra actividad de sueño con ausencia de elementos fisiológicos y marcada disminución de la variabilidad disminuida. Hipovoltaje difuso a predominio de región temporo occipital bilateral. Frecuentes artefactos de interferencia eléctrica y EKG. No se observaron paroxismos epileptiformes durante el registro.*

-Duración del estudio= 1634 minutos. Registro efectivo: 121 minutos. Colaboración: buena.

-Conclusión y recomendaciones:

1.- *Estudio de electroencefalografía que muestra desorganización de la actividad cerebral caracterizada por hipovoltaje y disminución de variabilidad.*

2.- *Ausencia de descargas epileptiformes*

3.- *Se sugiere correlacionar con cuadro clínico.*

Con post firma de Iván Espinoza quinteros con CMP 32367 y RNE 16963.

4) HISTORIA CLÍNICA N° 477442 DEL MENOR QEVD JOSE LIRA HOCHMAN - CLÍNICA SAN FELIPE

Historia Clínica de Emergencia:

"Fecha de atención: 12-12-2018 09.27.40pm

-Edad: 08 días

-Anamnesis: *acude de transferencia coordinada con diagnóstico de asfixia neonatal, según neonatólogo de nuestra clínica y de transferencia.*

-Examen físico: *con CBN, respira espontáneamente, llenado capilar < 2 seg. Movilización de secreciones*

-diagnóstico: *asfixia del nacimiento, no especificada (definitivo) p21.9*

-Prioridad: *emergencia – II*

-Destino:

UCI

Con post firma De la Cruz Márquez, Adolfo Eric con CMP 043446 y RNE 021299

***Nota de ingreso: 12-12-18 23.10

-Es referido con los siguientes diagnósticos: *RNT 39 semanas; AEG; Asfixia severa- EHI; Sd. Convulsivo; Insuficiencia renal; Sepsis tardía probable*

-Antecedentes: *APGAR: 2(1) 3(5) 3(10)*



DR. J. ROBERTO DAZA CARDANA
GINECÓLOGO OBSTETRA
CMP 42201 RNE 22282



Dr. Noe Vizcarra Villegas
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 42405

-Examen físico: aparente mal estado general.

Neurológico: letárgico, pupilas 3,5cm no reactivas; hipotonía generalizada; ROT disminuido, reflejo corneal ausente; responde a estímulo doloroso.

-Diagnóstico: RNT; Encefalopatía Neonatal EHI; Sepsis probable: Neumonía.

***Informe de Resonancia Magnética del Encéfalo: 13-12-2018 s/h

Conclusión. Hallazgos consistentes con extensa encefalopatía hipoxia isquémica con compromiso principalmente de la corteza y subcorteza de ambos hemisferios cerebrales y en forma parcial a nivel de los ganglios basales y en tronco encefálico, con pequeños focos puntiformes de sangrado petequias) a nivel peri ventricular occipital bilateral.

El estudio de angiorresonancia no muestra tortuosidad e irregularidad en el calibre y trayecto de las arterias cerebrales anteriores y cerebrales medias, No se observan dilataciones aneurismáticas ni malformaciones arteriovenosas.

Con post firma de Tito Navarro Romero con CMP 38828 y RNE 025225.

***Informe médico: 27-12-2018

-Fecha de transferencia: 12-12-2018

-José es un niño que nace en una Clínica de maternidad (Montesur) de una madre de 33 años, G1, P0, luego de un embarazo a término, mediante parto vaginal distócico. Apgar: 3/3/3/3, que requiere de reanimación cardiopulmonar avanzada es decir con intubación endotraqueal masaje cardiaco, cuyo peso fue de 3,220, talla=50cm, pC= 36cm. Por información verbal de los médicos tratantes, tuvo un pH de 6,9 a las dos horas de vida, con gran déficit de base y lactato elevado.

El paciente desarrollo gran compromiso neurológica desde el inicio, el cual fue calificado por los médicos que la atendieron, como un Síndrome Hipóxico isquémico, grado iii, permaneciendo en ventilación mecánica durante 6 días, luego de los cuales fue extubado y se le inicio alimentación enteral.

A los 8 días de vida, el paciente fue trasladado a nuestra institución para evaluación y manejo de la patología que presentaba el paciente.

-Diagnósticos: Recién nacido de varón a término; asfixia perinatal probable; reflujo gastroesofágico; riesgo neurológico elevado.

Con post firma de Jaime Zegarra Dueñas con CMP 10384

***Informe médico: 14-01-2019

-Problemas: nutricional, anemia, neurológico, respiratorio.

-Resumen: paciente con Encefalopatía hipoxio-isquémica, probablemente debido a Asfixia perinatal, en grado severo, cuya evolución ha mostrado, leves progresos en la evolución del paciente, pero preocupan la falta de crecimiento del perímetro cefálico, la presencia de quistes encefálicos, el EEG con ondas de bajo voltaje, los cuales indican un alto riesgo de problemas en su neurodesarrollo. El paciente ha recibido una transfusión de sangre por anemia. Es muy importante completar los estudios de reflujo y de existir este, tomar las medidas para evitar el daño pulmonar, todo lo cual ha sido explicado a los padres quienes han tenido conversaciones directas con los interconsultantes.

-Diagnósticos: Recién nacido de varón a término; encefalopatía hipóxico-isquémico probablemente debida a Asfixia Perinatal; Anemia; Riesgo neurológico elevado.

Con post firma de Jaime Zegarra Dueñas con CMP 10384.

***Informe de Resonancia Magnética del Encéfalo: 26-02-2019 12.03.00

Conclusión. Hallazgos en relación a Encefalomalacia multiquistica, con afectación de los ganglios basales y mesencéfalo como secuela de probable asfixia perinatal.

El estudio de angiorresonancia es de características normales sin evidencia de dilataciones aneurismáticas ni malformaciones arteriovenosas.

Con post firma de Tito Navarro Romero con CMP 38828 y RNE 025225.


DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP 42201 RNE 22282


Dr. Noe Vizcarra Villegas
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 42405

***Información del paciente-EIPADIN: 07-06-2019

-Edad= 6 meses

-Diagnóstico: Encefalopatía hipoxia isquémica

-Niño con desarrollo estatoponderal adecuado para la edad, que presenta encefalopatía hipoxia isquémica, como compromiso a nivel sensorial, muscular y de alimentación. Es portador de sonda orogástrica. Tono axial disminuido y apendicular elevado. Miembros inferiores tendencia a apertura; miembros superiores tendencia a extensión; columna con cifosis dorsal y reclinación de cabeza; tórax rígido con hundimiento esternal, a nivel de fijación y seguimiento visual en ocasiones.

-Indicaciones: Terapia física y orofacial: diario

-Reevaluación: 1 mes

-Sugerencia: continuar con terapia respiratoria".

5) **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL MENOR QEVD JOSÉ LIRA HOCHMAN**

"Edad. 07 meses

-DNI: 91097781

-Fecha de fallecimiento: 20 de julio 2019 a las 12.35 horas. Ocurrido en Malecón Cisneros 1268-dpto 1403- Miraflores.

-Causa básica de muerte: Broncoaspiración

-que certifica al defunción: Ricardo Alexander rosales bravo con CMP 83451, el 20 de julio del 2019.

-Causa de la defunción:

a) Broncoaspiración (debido a)

b) Neumonía por Pseudomona (debido a)

c) Neumonía por Klebsiella (debido a)

d) Encefalopatía Hipóxica Isquémica".

VI. ANALISIS MÉDICO – LEGAL:

De acuerdo a la Historia Clínica N° 79154 de la Clínica Montesur de la persona Gitla Hochman, la gestante ingresa el 03 de diciembre del 2018 a las 08:30 am, refiriendo pérdida de líquido amniótico fluido con test de hehecho positivo, no se evidencia dinámica uterina; consignando como diagnóstico: gestante de 39 semanas; ruptura de membranas (alrededor de 4 horas); pródromos de trabajo de parto; trabajo de parto que evolucionó con alteración del periodo expulsivo del parto caracterizado por expulsivo prolongado, con las consecuentes complicaciones fetales tales como sufrimiento fetal, asfixia severa y muerte.

En relación con el parto y trabajo de parto la Guía Técnica: "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos", aprobada con Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, señala que la atención del parto es un conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones.

Asimismo, señala que el parto es la expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas, el mismo que puede calificarse como: 1) Parto Eutócico, cuando el proceso de inicio y evolución es espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica de vertex, con sus anexos completos; y 2) Parto Distócico, cuando el parto tiene progreso anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en él y que culmina por vía vaginal y/o abdominal.

Los procedimientos a desarrollar durante el segundo periodo – periodo expulsivo del trabajo del parto, según la referida norma técnica, son entre otros los siguientes:


DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP 42201 RNE 22282


Dr. Noe Vizcarra Villegas
MÉDICO CIRUJANO
CMP 42201 RNE 22282

INFORME PERICIAL MÉDICO LEGAL N° 003-2022-NVV/RDC

“Segundo periodo: Expulsivo

Cuando la dilatación ha completado y sienta deseos de pujar.

- ✓ Permita el acompañamiento por un familiar si la gestante lo desea.
- ✓ El profesional debe respetar estrictamente las reglas de bioseguridad: lavarse las manos, utilizar ropa y guantes estériles.
- ✓ Micción espontánea, o evacuación vesical con sonda descartable antes del ingreso a sala de expulsivo.
- ✓ Posición a elección de la parturienta según su cultura (de pie, semisentada, cuclillas, de rodillas, echada, etc).
- ✓ Controlar latidos fetales.
- ✓ Descartar presencia de líquido meconial.
- ✓ Pídale a la mujer que jadee o de pequeños pujos, acompañando las contracciones a medida que se expulse la cabeza del bebé.
- ✓ Proteger el periné durante el expulsivo, episiotomía si fuera necesario
- ✓ Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de la mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionadas.
- ✓ Una vez que ya expulsó la cabeza del bebé, pídale a la mujer que deje de pujar.
- ✓ Verificar si hay presencia de cordón alrededor del cuello. En caso de encontrarse cordón suelto, deslícelo por encima de la cabeza. Si está ajustado, píncelo con dos pinzas y córtelo.
- ✓ Aspirar boca y nariz en caso de líquido meconial.
- ✓ Permita que la cabeza del bebé rote espontáneamente.
- ✓ Parto del hombro, coloque las palmas de la mano a cada lado de la cabeza del bebé (zona de los parietales del bebé). Dígale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción para extraer el hombro anterior y luego el posterior.

Sin embargo durante en la atención del parto de Gitla Rachel Hochman Giurfa en la Clínica Montesur, no desarrollaron todas las actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones, establecidas en la Guía Técnica: "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos", aprobada con Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, siendo las actividades y procedimientos no realizadas, las que se detallan en el cuadro N° 1 siguiente:

Cuadro N° 01

Actividades y procedimientos establecidas en el Anexo 2 de las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva, no realizadas en la atención del parto de Gitla Rachel Hochman Giurfa

N°	Procedimientos establecidos en el Anexo 2: Atención de parto, de las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas del MINSA	Se realizó		Observaciones
		SI	NO	
1	El profesional debe respetar estrictamente las reglas de bioseguridad: lavarse las manos, utilizar ropa y guantes estériles		X	No registra
2	Preparación de la mesa con el instrumental adecuado		X	No registra
3	Colocación de campo estéril.		X	No registra
4	Descartar presencia de líquido meconial.		X	La historia clínica no registra características del líquido en el momento del expulsivo. Sin embargo, en controles previos de obstetricia, consta la presencia de líquido meconial.
5	Pídale a la mujer que jadee o de pequeños pujos, acompañando las contracciones a medida que se expulse la cabeza del bebé.		X	Paciente inicia con periodo de pujo a las 00.40 horas. Personal a las 01.30 "insiste que colabore con técnica de pujo". A las 01.45 se apoya con la técnica de pujo.


 DR. J. ROBERTO DAZA CARDUANA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RME 22282


 Dr. Noe Vizcarra Villegas
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

INFORME PERICIAL MÉDICO LEGAL N° 003-2022-NVV/RDC

N°	Procedimientos establecidos en el Anexo 2: Atención de parto, de las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas del MINSA	Se realizó		Observaciones
		SI	NO	
6	Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de la mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionadas.		X	A la 01.45, Se realizó presión de fondo uterino y la cabeza inicio el abombamiento en periné
7	Una vez que ya expulsó la cabeza del bebé, pídale a la mujer que deje de pujar.		X	No registra
8	Verificar si hay presencia de cordón alrededor del cuello. En caso de encontrarse cordón suelto, deslícelo por encima de la cabeza. Si está ajustado, píncelo con dos pinzas y córtelo.		X	No aplica
9	Aspirar boca y nariz en caso de líquido meconial.		X	No registra
10	Permita que la cabeza del bebé rote espontáneamente.		X	No registra
11	Parto del hombro, coloque las palmas de la mano a cada lado de la cabeza del bebé (zona de los parietales del bebé). Dígale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción para extraer el hombro anterior y luego el posterior.		X	No aplica
12	Sostenga el resto del cuerpo del bebé, con una mano, mientras éste, se deslice hacia afuera.		X	No registra

Fuente: Historia Clínica N° 79154 y Guía Técnica: "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos", aprobada con Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA.

Conforme se desprende del cuadro N° 01 precedente, durante en la atención del parto de Gitla Rachel Hochman Giurfa en la Clínica Montesur, se han omitido numerosas actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones, establecidas en la Guía Técnica: "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos", aprobada con Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA; contraviniendo de esta forma el deber de cuidado debido establecido en la referida Lex Artis Médica.

En ese mismo sentido la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, señala que la atención del parto es un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones en las diferentes etapas del parto para dar como resultado la asistencia de gestantes y recién nacidos en buenas condiciones y precisa que un Parto Eutócico es cuando el proceso es de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal de un producto de la concepción único a término, en presentación cefálica de vértex, y sus anexos completos, teniendo como resultado tanto *la madre como el producto en buenas condiciones; y el Parto es Distócico, cuando el parto tiene un progreso anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en el mismo, como son las contracciones, el feto y la pelvis materna, y que culmina por vía vaginal y/o abdominal, siendo los factores causantes de la distocia, entre otros, los siguientes: a) Motor o fuerzas expulsivas: contracciones uterinas; b) Vía o canal: pelvis materna (canal óseo y/o canal blando); y c) Móvil: feto y/o anexos.*

Asimismo, esta norma señala que el trabajo de parto es la presencia de contracciones uterinas regulares de intensidad, frecuencia y duración suficiente como para producir la incorporación y dilatación cervical, y está dividido en tres periodos:

- 1) Periodo de dilatación: Tiempo comprendido entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Se divide en:
 - Fase latente: De 0 a 4 cm de dilatación.
 - Fase activa: Más de 4 cm de dilatación.
- 2) Periodo expulsivo: Intervalo entre la dilatación completa y la salida del feto.
- 3) Periodo de alumbramiento: Abarca la expulsión de la placenta y membranas fetales.

Ahora bien, la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, establece un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que se


 DR. J. ROBERTO DAZA CARUANA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RNE 22282


 Dr. Noe Vizcarra Villegas
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

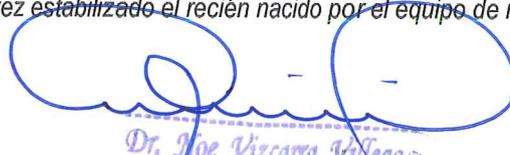
deben desarrollar en los diferentes periodos del parto para dar como resultado gestantes y recién nacidos saludables; siendo las actividades, procedimientos e intervenciones que se deben realizar durante el periodo expulsivo, los siguientes:

"2do. Periodo - Expulsivo

- *Iniciarlo solo cuando la dilatación se ha completado y la mujer sienta gran urgencia de pujar.*
- *Duración máxima: 2 horas en gestantes nulíparas y 1 hora en multíparas.*
- *Respetar estrictamente las reglas de asepsia y bioseguridad.*
- *Comunicar al equipo de atención inmediata del recién nacido.*
- *Informe a la parturienta que se iniciara el proceso de expulsión de su bebé; invítela a evacuar la vejiga y solicite su participación y colaboración activa.*
- *Permita a la parturienta adoptar la posición según su cultura o más confortable con un punto de apoyo o soporte adecuado. Prefiera la posición vertical por ser más beneficiosa que la supina.*
- *Monitoreo de la dinámica uterina y del bienestar materno fetal.*
- *Control de las funciones vitales maternas cada 10 a 15 minutos.*
- *Controle la FCF cada 5 minutos en fase activa del expulsivo después de cada contracción o por registro continuo de monitoreo electrónico en los casos indicados.*
- *Alentar y conducir a la parturienta en cada pujo.*
- *Permitir el descenso y rotación interna de la presentación de forma espontánea hasta la coronación de la cabeza fetal en el periné materno.*
- *Atención del parto de la cabeza fetal.*
- *Proteger el periné con maniobra de Ritgen modificada.*
- *Limitar la episiotomía a casos estrictamente necesarios de alto riesgo de laceración perineal severa, distocia de tejidos blandos, o necesidad de facilitar el parto ante un posible compromiso fetal. No hay beneficio en la episiotomía de rutina en el parto.*
- *Controlar el desprendimiento y extensión de la cabeza fetal.*
- *Permitir la espontaneidad de la rotación externa.*
- *Ante la presencia de circular(es) de cordón al cuello, deslizar el asa por encima de la cabeza; si no es posible lo anterior, pinzar un asa entre dos pinzas y seccionar entre ellas.*
- *Colocar el recién nacido sobre el abdomen de la madre, iniciando el contacto precoz y se procederá al secado con el campo de felpa precalentado según norma nacional.*
- *A los 30 segundos de nacido se evaluará si el RN es vigoroso (RN a término, buen tono, buen esfuerzo respiratorio).*
- *No se debe aspirar rutinariamente; solo hacerlo si se evidencia líquido de cualquier característica que produzca obstrucción de las vías aéreas, usando la perilla de goma o aspirador mecánico, lo que realizara el personal de neonatología.*
- *La ligadura del cordón umbilical la realizará el profesional que atendió el parto entre los 30 segundos a 2 minutos, y a 3 cm de la piel, utilizando un clamp umbilical de plástico, seccionado el excedente con una tijera para cordón umbilical, verificando la presencia de tres vasos sanguíneos. Cubrir luego con gasa estéril.*
- *Clampaje oportuno: se clampará el cordón umbilical cuando disminuye la intensidad del latido en el cordón umbilical o a los 2 minutos si esto no sucede.*
- *Si el recién nacido nace deprimido o no es vigoroso, la ligadura del cordón se realizará entre dos pinzas y seccionar el cordón umbilical a \pm 15 cm de su inserción. Duración máxima del procedimiento: 30 segundos.*
- *Se procederá a la identificación pelmatoscópica del recién nacido y dactilar de la madre por el profesional que atendió el parto. Si el recién nacido nace deprimido, el personal que atendió el parto realizará el mismo procedimiento una vez estabilizado el recién nacido por el equipo de neonatología".*



DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP 42201 RNE 22282



Dr. Joe Vizcarra Velazquez
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 42405

INFORME PERICIAL MÉDICO LEGAL N° 003-2022-NVV/RDC

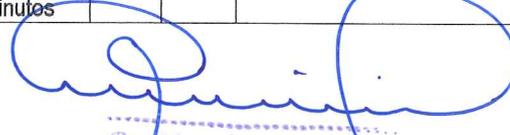
No obstante estas recomendaciones de buenas prácticas clínicas que constituyen una referencia de la Lex Artis Médica, las acciones y disposiciones desarrolladas durante la atención del parto de la usuaria de servicio de salud Gitla Rachel Hochman Giurfa en la Clínica Montedur, tampoco son conformes a los establecidos en la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal; por cuanto durante la citada atención de parto no se realizaron un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que se deben desarrollar en el periodo expulsivo para tener gestantes y recién nacidos saludables. Siendo las actividades, procedimientos e intervenciones no realizadas, las que se detallan en el cuadro N° 2 siguiente:

Cuadro N° 02

Actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, no realizadas en la atención del parto de Gitla Rachel Hochman Giurfa

N°	Actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal	Se realizó		Observaciones
		SI	NO	
1	Iniciarlo solo cuando la dilatación se ha completado y la mujer sienta gran urgencia de pujar.		X	Ingresa con dilatación 10, sin embargo la altura de presentación fue +1, cuando la norma establece +2.
2	Comunicar al equipo de atención inmediata del recién nacido.		X	No existe registro de este acto.
3	Monitoreo de la dinámica uterina y del bienestar materno fetal.		X	No hay monitoreo de la dinámica uterina y del bienestar materno fetal durante todo el periodo expulsivo.
4	Control de las funciones vitales maternas cada 10 a 15 minutos.		X	No hay registro de las funciones vitales maternas
5	Controle la FCF cada 5 minutos en fase activa del expulsivo después de cada contracción o por registro continuo de monitoreo electrónico en los casos indicados.		X	No hay monitoreo electrónico. No hay registro de la frecuencia cardiaca fetal cada 5 minutos. Frecuencias cardiacas fetales están registradas en anotaciones de obstetricia a las 00:40, 01:00, 01:30 y 01:45.
6	Alentar y conducir a la parturienta en cada pujo.		X	L78a historia clinica refiere a las 01.00: "paciente no colabora con el pujo... se insiste en colaborar". A las 01.45: "se apoya en la técnica del pujo".
7	Permitir el descenso y rotación interna de la presentación de forma espontánea hasta la coronación de la cabeza fetal en el periné materno.		X	Se realizó presión a nivel de fondo uterino, para el abombamiento de cabeza fetal.
8	Atención del parto de la cabeza fetal.		X	No existe registro de este acto.
9	Proteger el periné con maniobra de Ritgen modificada.		X	Se realizó episiotomía
10	Controlar el desprendimiento y extensión de la cabeza fetal.		X	No existe registro de este acto.
11	Permitir la espontaneidad de la rotación externa.		X	No existe registro de este acto.
12	A los 30 segundos de nacido se evaluará si el RN es vigoroso (RN a término, buen tono, buen esfuerzo respiratorio).	X		Nace flácido, marmóreo, sin esfuerzo respiratorio y sin latidos cardiacos, con depresión severa.
13	Clampaje oportuno: se clampará el cordón umbilical cuando disminuye la intensidad del latido en el cordón umbilical o a los 2 minutos		X	No existe registro de este acto.


 DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RNE 22282


 Dr. Noe Vizcarra Villegas
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

INFORME PERICIAL MÉDICO LEGAL N° 003-2022-NVV/RDC

N°	Actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal	Se realizó		Observaciones
		SI	NO	
	si esto no sucede.			
14	Si el recién nacido nace deprimido o no es vigoroso, la ligadura del cordón se realizará entre dos pinzas y seccionar el cordón umbilical a \pm 15 cm de su inserción. Duración máxima del procedimiento: 30 segundos.		X	No existe registro de este acto.

Fuente: Historia Clínica N° 79154 y Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Tal como se advierte en el cuadro N° 02 precedente, durante en la atención del parto de la usuaria de servicio de salud Gitla Rachel Hochman Giurfa en la Clínica Montesur, se han omitido un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal; inobservado de esta manera el deber de cuidado debido establecido en esta Lex Artis Médica de referencia nacional.

Por otro lado, de acuerdo con la Historia Clínica N° 79154 de Clínica Montesur de la usuaria de servicio de salud Gitla Rachel Hochman Giurfa, presentaba Ruptura Prematura de Membranas (RPM), siendo esta *emergencia obstétrica, según la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva"*, aprobada con Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, de 26 de julio de 2006, la rotura de las membranas corioamnióticas después de las veintidós (22) semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto, como fue el caso de la paciente.

Asimismo, para su diagnóstico y manejo adecuado, según la citada norma técnica, se debe realizar una serie exámenes auxiliares, tales como:

1. De patología clínica:

- Test de FERN observación al microscopio de una gota de líquido que toma aspecto de hojas de helecho al ser desecado por 5 minutos (96% exactitud).
- Método de Laneta: Positivo (+): Observación de halo blanquecino en el portaobjeto calentado.
- Test de nitrazina (papel) determina el Ph alcalino del líquido amniótico.
- Hemograma.
- Proteína C reactiva.
- Examen de orina.

2. Diagnóstico por Imágenes:

- Ecografía
- Pruebas de bienestar fetal: Ecografía, perfil biofísico fetal, Monitoreo Fetal.

3. Exámenes especiales:

- Test Clements.

Además, según la referida norma se tiene como signos de alarma de Ruptura Prematura de Membranas, las siguientes situaciones y/o condiciones clínicas:

- Fiebre.
- Disminución de movimientos fetales.
- **Alteración patológica de los latidos fetales.**


 DR. J. ROBERTO DAZA CARUANA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RNE 22282


 Dr. Noe Viscarra Villegas
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

INFORME PERICIAL MÉDICO LEGAL N° 003-2022-NVV/RDC

- Oligoamnios severo.
- **Pruebas de bienestar fetal alteradas.**

Finalmente, de acuerdo con la citada norma técnica sanitaria el manejo de un caso de Ruptura Prematura de Membranas en un establecimiento de salud de Categoría II-1, como es la Clínica Montesur, consiste en:

"ROTURA PRMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

(...)

VIII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

(...)

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales – FONE (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalización
- Reposo absoluto
- Continuar con antibiótico terapia de establecimiento con FONP/FONB
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Examen obstétrico absteniéndose de realizar tactos vaginales repetidos.
- Especuloscopia, Test de Fern.
- Realizar pruebas de bienestar fetal.
- Realizar pruebas de maduración pulmonar
- Si presenta signos de corioamnionitis: Iniciar terapia antibiótica combinada con Ampicilina 1 gr EV cada 6 horas, más Gentamicina 5 mg por Kg/peso EV cada día. Otro esquema terapéutico sería Clindamicina 600 mg endovenosa c/8 horas, más Gentamicina 5 mg x Kg EV cada 24 horas y terminar la gestación por la vía más rápida.

La conducta obstétrica variará según la edad gestacional y la madurez del feto:

- Gestación a término y no existen dudas acerca de la madurez del feto: Inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción, cesárea (...).

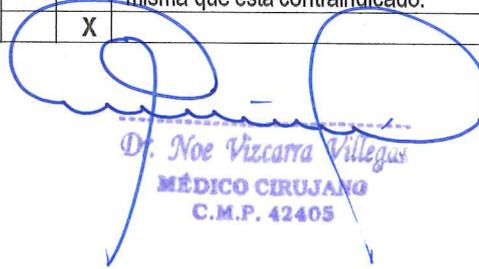
Sin embargo se ha evidenciado en la historia Clínica N° 79154, que durante la atención del parto de la usuaria de servicio de salud Gitla Rachel Hochman Giurfa en la Clínica Montesur, **solamente se ha realizado algunas de las actividades, procedimientos e intervenciones** establecidas en la Guía Técnica: "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva", para el manejo adecuado y conforme a la lex artis médica de ruptura prematura de membranas en un establecimiento de salud de Categoría II-1, como es la Clínica Montesur; con el objeto de detectar oportunamente los signos de alarma, advertir la patología del trabajo de parto oportunamente y darle un manejo adecuado, así como llevar al mínimo el riesgo de morbilidad fetal. Siendo las actividades, procedimientos e intervenciones no realizadas, las que se detallan en el cuadro N° 3 siguiente:

Cuadro N° 03

Actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva para el manejo de Ruptura Prematura de Membranas, en un establecimiento de salud de Categoría II-1, no realizadas en la atención del parto de Gitla Rachel Hochman Giurfa

N°	Actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva del MINSa, para el manejo de RPM	Se realizó		Observaciones
		SI	NO	
	Hospitalización	X		
	Reposo absoluto		X	Todo lo contrario, se ha indicado deambulacion, la misma que está contraindicado.
	Continuar con antibiótico terapia de		X	


 DR. J. ROBERTO DAZA CARHUANA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RME 22282


 Dr. Noe Vizcarra Villegas
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

INFORME PERICIAL MÉDICO LEGAL N° 003-2022-NVV/RDC

N°	Actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva del MINSA, para el manejo de RPM	Se realizó		Observaciones
		SI	NO	
	establecimiento con FONP/FONB			
	Solicitar exámenes auxiliares		X	No se realizó pruebas de patología clínica tales como: Hemograma, Proteína C reactiva, Examen de orina; ni de diagnóstico por imágenes (Ecografía y perfil biofísico).
	Examen obstétrico absteniéndose de realizar tactos vaginales repetidos		X	Se realizó tactos vaginales a repetición, a pesar de estar contraindicado.
	Especuloscopia		X	No se realizó
	Realizar pruebas de bienestar fetal		X	No se realizó ni ecografía ni perfil biofísico fetal, solamente monitoreo fetal.
	Realizar pruebas de maduración pulmonar		X	No aplica.
	Gestación a término y no existen dudas acerca de la madurez del feto: Inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción, cesárea		X	Por ser gestación a término, se realizó inducción de trabajo de parto, sin restringir los tactos al máximo. A pesar de que había evidencia de presencia de signos de alarma no se realizó medicas terapéuticas adecuadas tales como la cesárea u otros.

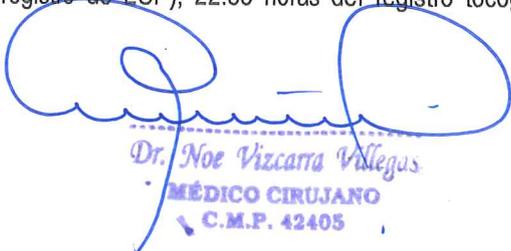
Fuente: Historia Clínica N° 79154 y Guía Técnica: "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos", aprobada con Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA.

Tal como se ha evidenciado en el cuadro N° 03 precedente, durante la atención del parto de la usuaria de servicio de salud Gitla Rachel Hochman Giurfa en la Clínica Montesur, se ha omitido realizar casi la totalidad de actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en la Lex Artis Medica dada por el Ministerio de Salud, para el manejo de una paciente con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas, en un establecimiento de salud de Categoría II-1, como es la Clínica Montesur, **por lo tanto, al no ejecutarse estas actividades, procedimientos e intervenciones, no se pudo advertir de forma oportuna todos los signos de alarma que presentaba el proceso de parto de la paciente.**

Sin embargo, a pesar de que no se realizó todos los procedimientos y actividades que correspondían y que eran mandatorios para el caso de la paciente, según la norma técnica señalada, de acuerdo a la historia clínica los latidos cardiacos fetales del concebido José Lira Hochman presentaba numerosas alteraciones patológicas (desaceleraciones) los mismos que constituyen signos de alarma importantes que no fueron considerados para la toma de decisiones que el caso ameritaba, ya que estas desaceleraciones son una respuesta refleja del feto al estrés hipóxico o mecánico (compresión del cordón/cabeza) para mantener el metabolismo aeróbico del miocardio, pues conforme se evidencia en la historia clínica (monitoreo fetal) los latidos cardiacos fetales (LCF) a las 10:09 horas (hora de registro de LCF), 11:05 horas (hora del registro tocográfico) fue de 105 LCF por minuto; a las 16:12 horas (hora de registro de LCF), 17:13 horas (hora del registro tocográfico) fue de 95 latidos por minuto (LPM) y; luego a las 20:37 horas (hora de registro de LCF), 21:17 horas (hora del registro tocográfico) 80 LCF por minuto.

Es más, según el monitoreo fetal cardiotocográfico, estas desaceleraciones constituían desaceleraciones tardías, siendo que, la primera desaceleración tardía se presentó a las 16:12 horas (hora de registro de LCF), 17:13 horas (hora del registro tocográfico), donde la frecuencia cardiaca fetal bajó a 95 LPM (Disminución de 35 latidos de la basal de 130 LCF por minutos, con amplitud de 45"); luego a las 17:26 horas (hora de registro de LCF), 18:34 horas (hora del registro tocográfico) presenta 90 LPM; igualmente a las 20:37 horas (hora de registro de LCF), 21:17 horas del registro tocográfico se presenta otra desaceleración tardía, llegando a 80 LPM (Disminución de 60 latidos de la basal de 140 LCF, con amplitud de 90"); asimismo a las 20:37 horas (hora de registro de LCF), 22:53 horas del registro tocográfico se


 DR. J. ROBERTO DAZA CAHUAN/
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RNE 22282


 Dr. Noe Vizcarra Vallegas
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

presentó otra desaceleración tardía, llegando a 112 LPM (Disminución de 45 latidos de una basal de 150 LCF, con amplitud de 60"). Aunado a estos hallazgos, en el presente caso el personal de obstetricia el 03/12/18 a la 10:30 am ya había advertido que la paciente presentaba líquido amniótico amarillo verdoso, igualmente, ese mismo día a las 20:05 en las anotaciones de enfermeras u obstétricas (folio 54 al 56) de la historia clínica se reitera que el líquido amniótico es meconial fluido; sin embargo, a pesar de que el concebido de la paciente, a las 21:20 horas del 03 de diciembre de 2018, presentaba evidencias suficientes de sufrimiento fetal agudo, no se indicó las medidas terapéuticas adecuadas, que en este caso sería la cesárea o un parto instrumentado; mas aun considerando que la analgesia/anestesia epidural que se le administró a la paciente, el mismo día a las 20:30 horas, produce depresión fetal agudo y, que además es un factor de riesgo asociado al sufrimiento fetal agudo, conforme lo establece la "Guía de Práctica Clínica: Analgesia Epidural en Gestantes durante el Trabajo de Parto y Parto", aprobado con Resolución Ministerial N° 634-2006/MINSA.

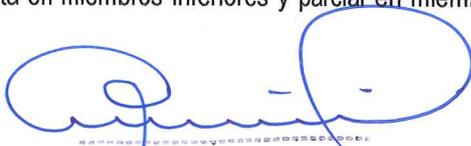
Asimismo, en casos de sufrimiento fetal agudo como en el presente caso, se debe realizarse la resucitación fetal intraútero o reanimación intrauterina, siendo este un conjunto de técnicas no operatorias aplicadas a la madre con el objetivo de mejorar la oxigenación fetal, la misma que consiste en: **Primero.-** Suspender la administración de oxitócicos; **Segundo.-** Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierda; **Tercero.-** Hidratación con cloruro de sodio y; **Cuarto.-** Oxigenoterapia con cánula binasal; en caso que no hubiera mejora de los signos de asfixia fetal, después de haberse realizado este procedimiento se debe terminar la gestación por la mejor vía; sin embargo, en este caso se realizó este procedimiento de forma incompleta, inadecuada e inoportuna, ya que después de la primera desaceleración tardía que fue el 03/12/18, a las 16:12 horas, el medico indico a las 17:00 hora acentuación con oxitocina, todo lo contrario a lo prescrito por la lex artis médica, posteriormente a las 20:15 horas se realiza hidratación, y a las 21:20 se indica decúbito lateral izquierdo y oxigenoterapia, es decir sin seguir el orden y la secuencia del procedimiento recomendado y sin precisar la dosis de oxígeno; además a pesar de que persistían los signos sufrimiento fetal en forma de desaceleraciones tardías como el de las 22:53 horas del registro tocográfico, y posteriormente la presencia de poca reactividad fetal en el registro del monitoreo fetal cardiotocográfico, el medico no realizó cesárea de emergencia, dando ello como resultado la asfixia del concebido. Por lo tanto, el sufrimiento fetal agudo sin la intervención terapéutica adecuada evolucionó a Asfixia Severa y Encefalopatía Hipóxica Isquémica; las mismas que constituyen lesiones graves que finalmente llevaron a la muerte de la persona José Lira Hochman.

La Encefalopatía Hipóxica Isquémica se produce como consecuencia de la privación de oxígeno al cerebro, bien por hipoxemia arterial, por isquemia cerebral, o por la concurrencia de ambas situaciones; en el presente caso, está relacionada a la asfixia severa intraparto, es por ello que la persona José Lira Hochman nació flácido, mamóreo, sin esfuerzo respiratorio, sin latidos cardiacos y con depresión severa; siendo la asfixia severa la causa de la Encefalopatía Hipóxica Isquémica. Además, esta encefalopatía Hipóxica Isquémica era de grado severo, pues cursó con Apgar 1min= 2; 5min= 3; 10min= 3 y a los 15 min= 3; así como con acidosis metabólica grave y crisis convulsivas; evolucionando con falta de crecimiento del perímetro cefálico, presencia de quistes encefálicos, etc., habiendo sido confirmado tales diagnósticos con Electroencefalogramas y Resonancias Magnéticas.

Finalmente, cabe precisar que Encefalopatía Hipóxica Isquémica producto de Asfixia Severa, que sufrió en vida la persona José Lira Hochman durante la atención de parto constituye lesiones graves, por lo siguientes fundamentos:

- a. La Encefalopatía Hipóxica Isquémica del usuario de servicio de salud José Lira Hochman, se caracterizaba por importante déficit neurológico, la misma que fue descrito por personal médico especializado en neurocirugía y neuropediatría, siendo las características de este déficit neurológico importante los siguientes: ausencia de respuesta en miembros inferiores y parcial en miembro superior


 DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP 42201 RNE 22282

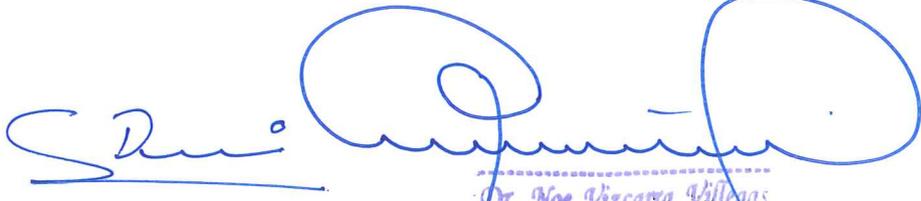

 Dr. Joe Vizcarra Villos
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 42405

derecho; ausencia de reflejos pupilares, ausencia de reflejo corneal y ausencia de reflejos primitivos; requiriendo atención médica multidisciplinaria por más 20 días de atención o asistencia facultativa; y

- b. Porque ponía en peligro inminente la vida del usuario de servicio de salud, pues conforme se precisa en el Certificado de Defunción de José Lira Hochman, la causa básica de muerte fue Encefalopatía Hipóxica Isquémica generada por la omisión de ejecución de numerosas actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en la Lex Artis Medica para el manejo de trabajo de parto con periodo expulsivo prolongado; por cuanto la Encefalopatía Hipóxica Isquémica, causó que el usuario de servicio de salud José Lira Hochman, tenga Bronco aspiración y posterior Neumonía por pseudomona y klebsiella, la misma que finalmente llevo a la muerte, existiendo relación de causalidad entre la omisión de manejo idóneo de trabajo de parto con periodo expulsivo prolongado y la muerte del usuario de servicio de salud; por lo tanto estamos frente a un caso de lesión grave seguida de muerte.

VII. CONCLUSIONES:

- 1) Durante la atención del parto de la usuaria de servicio de salud Gitla Rachel Hochman Giurfa en la Clínica Montesur, se ha omitido realizar numerosas actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en la Lex Artis Medica para el manejo de trabajo de parto, en un establecimiento de salud de Categoría II-1, como es la Clínica Montesur.
- 2) La no ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones, para el manejo adecuado del trabajo de parto ha generado diversas complicaciones fetales, siendo estas: el Sufrimiento Fetal, la Asfixia Severa, y la Encefalopatía Hipóxica Isquémica.
- 3) La Encefalopatía Hipóxica Isquémica generado por la Asfixia Severa, constituye una lesión grave, siendo este la causa básica de muerte, la broncoaspiración la causa intermedia de la muerte, y la Neumonía por pseudomona y klebsiella la causa final de la muerte de José Lira Hochman; por lo tanto, conforme lo señala el certificado de defunción, estamos frente a un caso de lesión grave seguida de muerte.


DR. J. ROBERTO DAZA CAHUANA
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP 42201 RNE 22282


Dr. Noe Vizcarra Villegas
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 42405