

XV

**CURSO DE
FUNDAMENTOS EN
OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA**

PARA RESIDENTES
DE 1^{er} AÑO (R1)

8 al 10 de
SEPTIEMBRE
2022

TERUEL

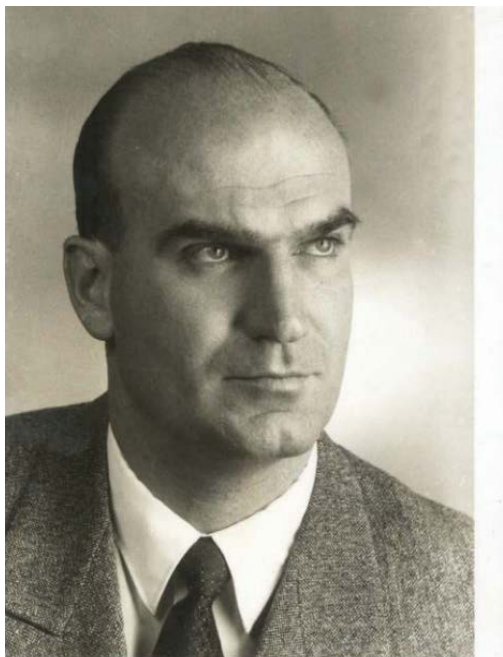


Sede:
Palacio de Exposiciones
y Congresos de Teruel

INTERPRETACIÓN DEL REGISTRO FETAL. CASOS PRÁCTICOS E IMPLICACIONES M-EDICO LEGALES

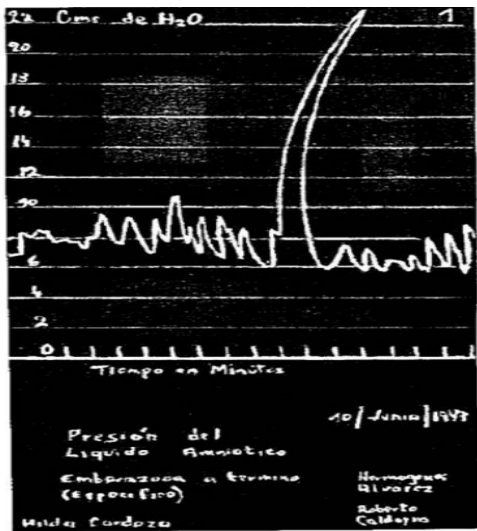
DR ANGEL AGUARÓN DE LA CRUZ

1ª



Al Doctor Ricardo Fascina con el mayor afecto
y reconocimiento por la magnífica labor realizada
por él en el CIAT durante cinco años. R. Baldrich Barce

(1921-1996)



1. DUBLIN

Mac Donald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, Chalmers I. The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 524-39.

a) Normal

b) No tranquilizador

1985

c) Sospechoso

d) Amenazador

2. FIGO

International Federation of Gynecology and Obstetrics. Guidelines for the use of fetal monitoring. Int J Gynaecol Obstet 1987; 25: 15-67.

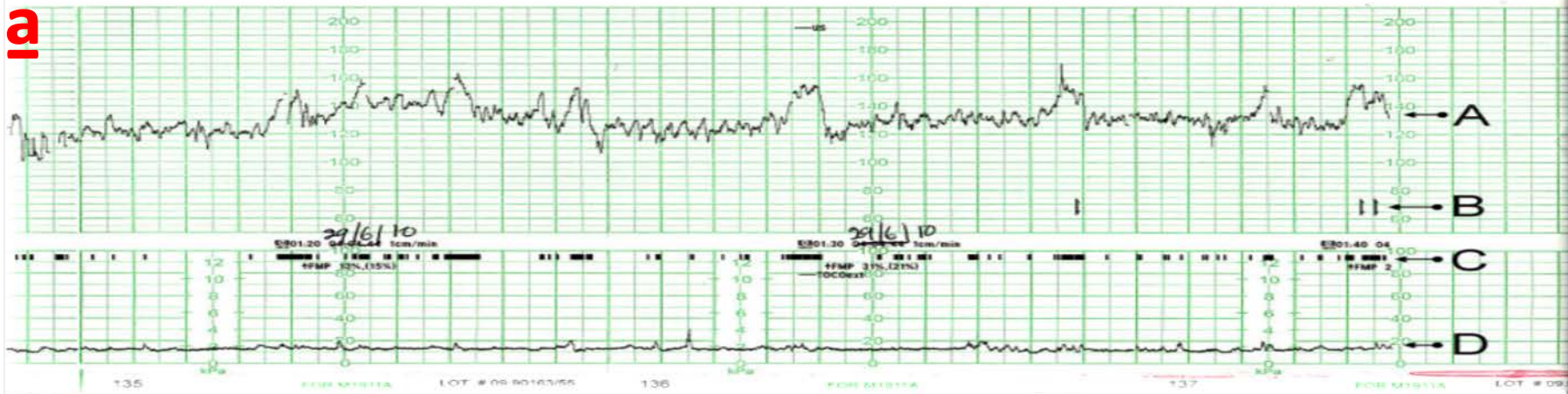
a) Normal

b) Sospechoso

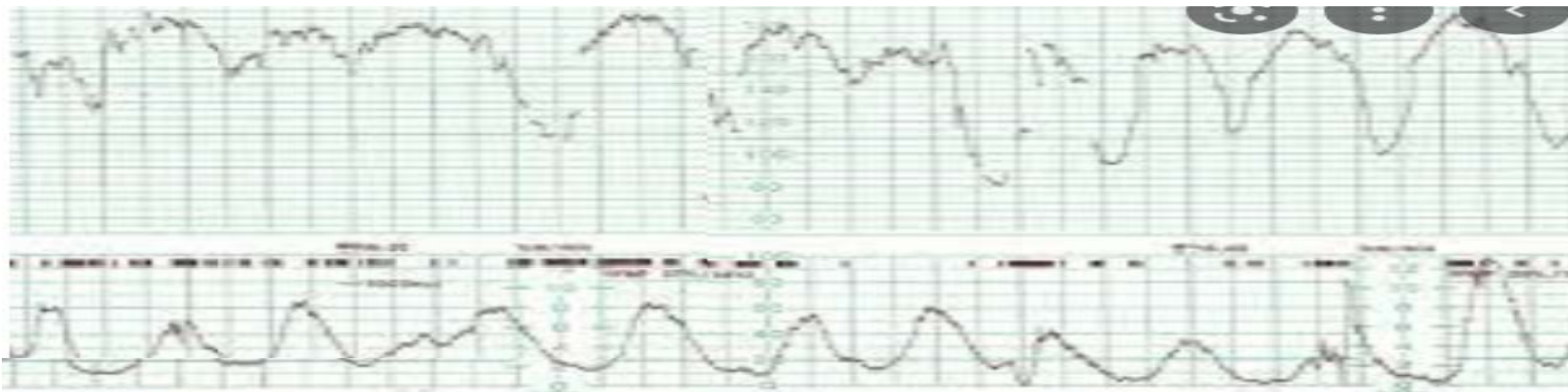
1987

c) Patológico

2a



RCTG, tiene una **sensibilidad del 35% y una especificidad del 83.87%**, la sensibilidad es relativamente baja para la predicción de signos sugestivos de distocia funicular, así como el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo.

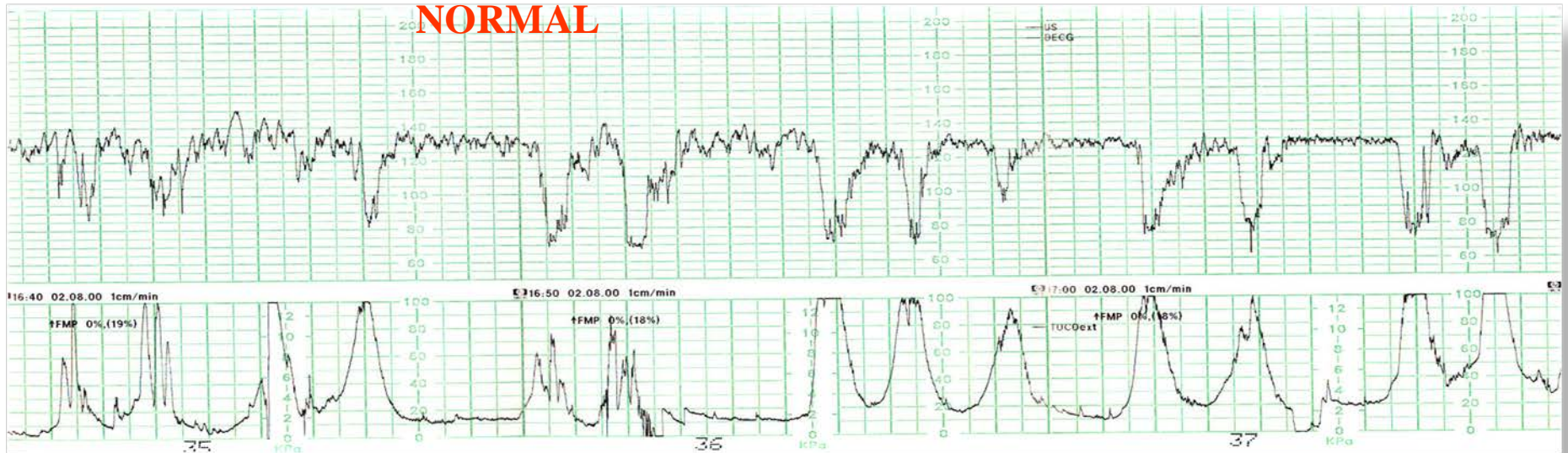


REGISTRO SOSPECHOSO CON RESULTADO

PH = 7,21

• APGAR = 6-8

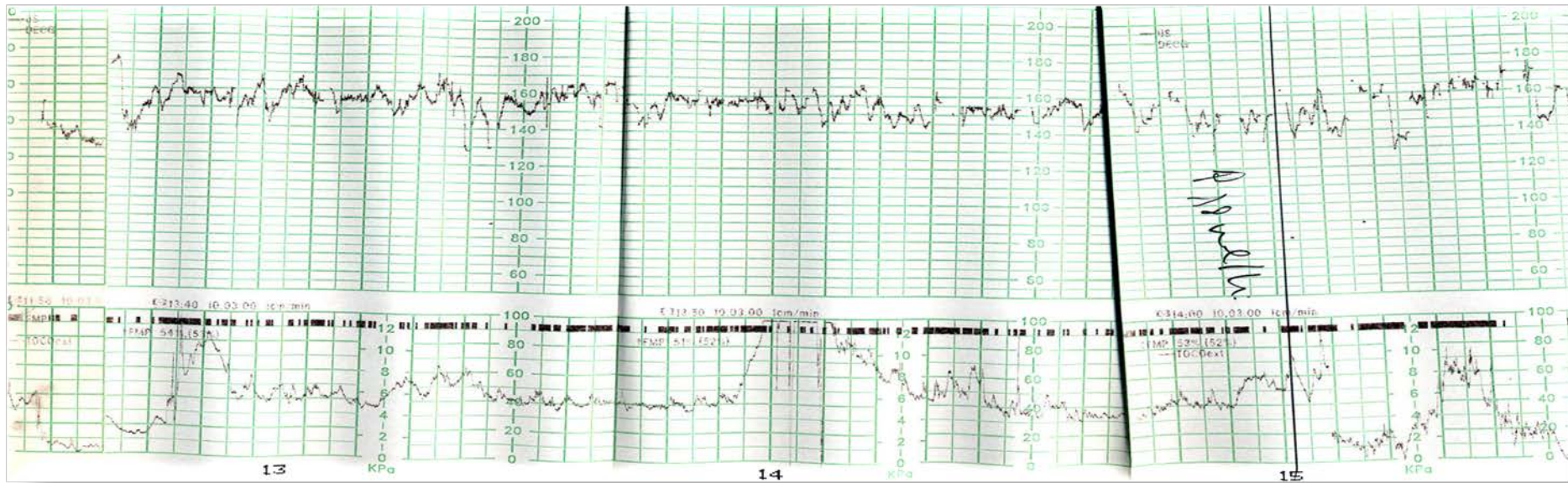
NORMAL



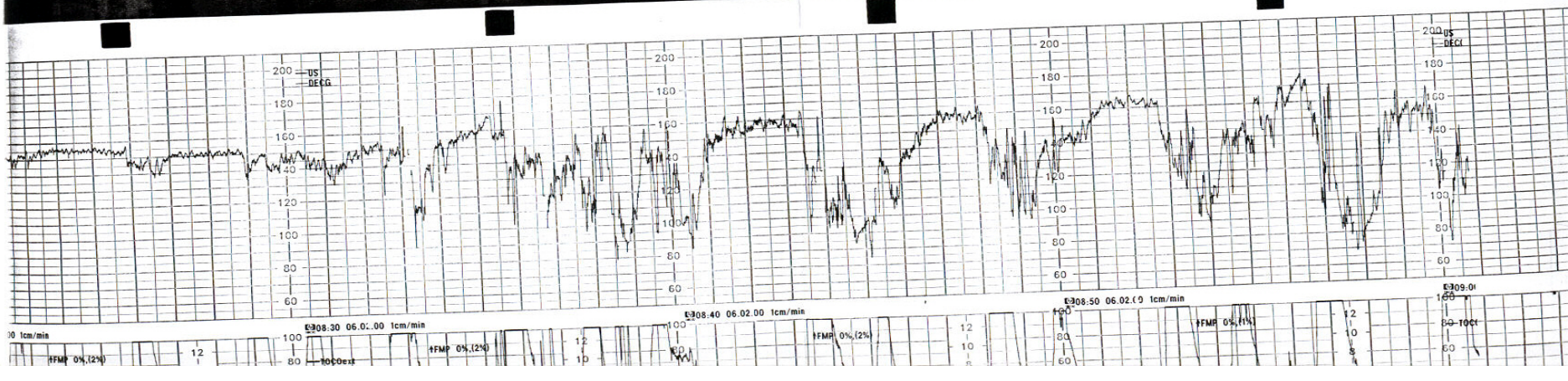
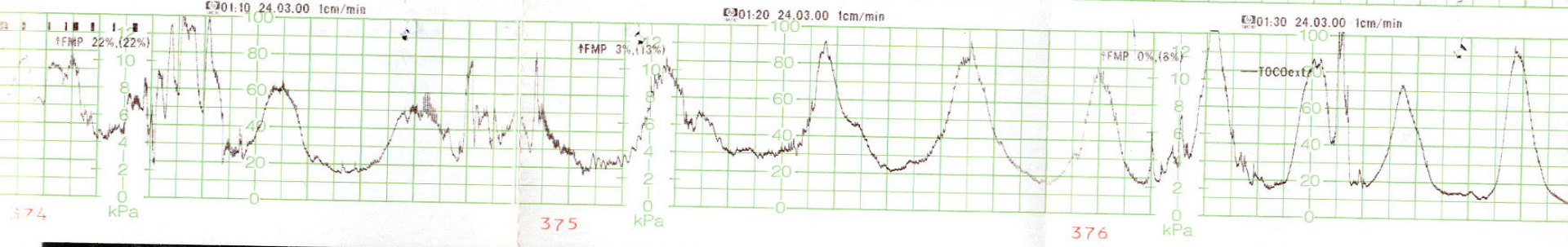
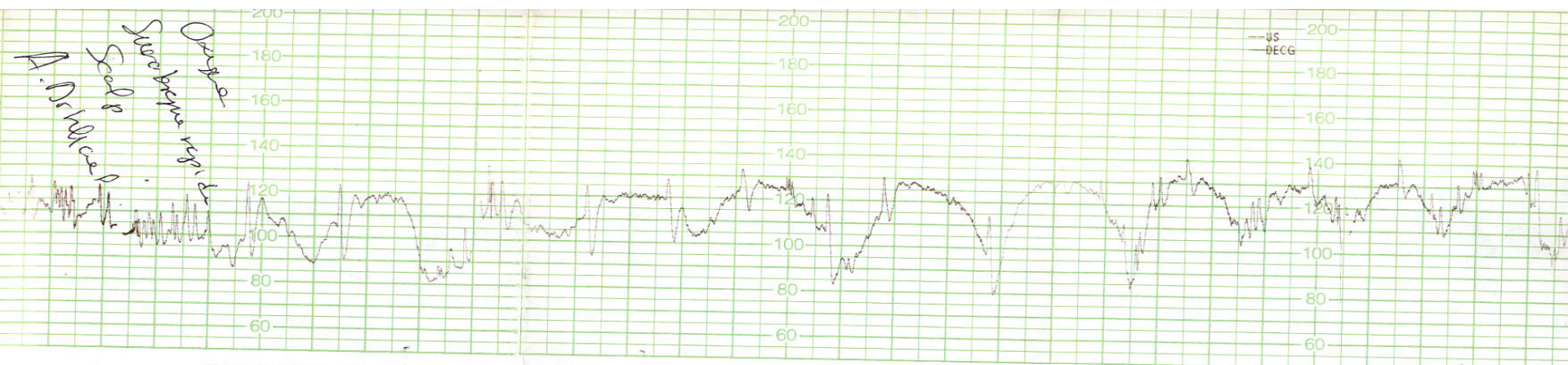
REGISTRO NORMAL CON RESULTADO PATOLÓGICO

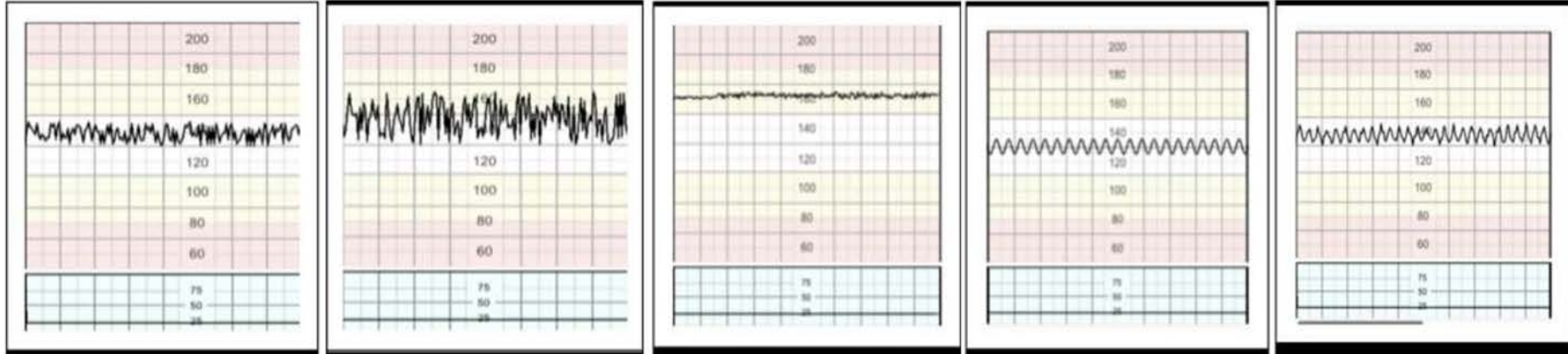
• PH = 7,00

• APGAR = 3-5



GRAFICAS SIMILARES CON RESULTADOS DIFERENTES





Clasificación de las desaceleraciones

TEMPRANAS

Descenso gradual de la FCF (del inicio a nadir en 30 segundos o mas)

Son
Poco
Form
Asoc
uter
línea
An
De
Nac

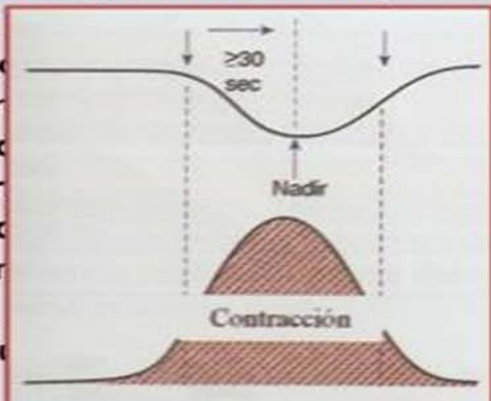


Figura 10.

Aparece en el 5 al 10 % de los fetos en trabajo de parto

TARDÍAS

Parecidas a las tempranas pero con un inicio y retorno gradual

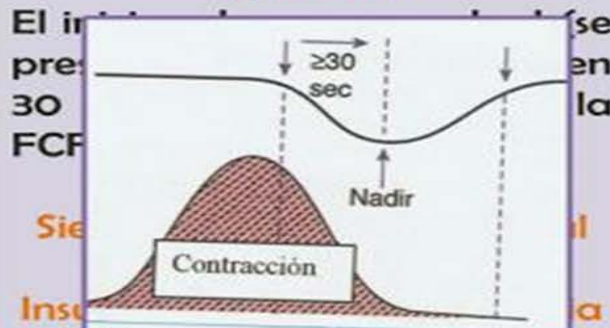


Figura 12.

El inicio y retorno gradual de la FCF (durante la contracción uterina)

VARIABLES

Descenso brusco FCF (inicio a nadir en 30 segundos o menos)

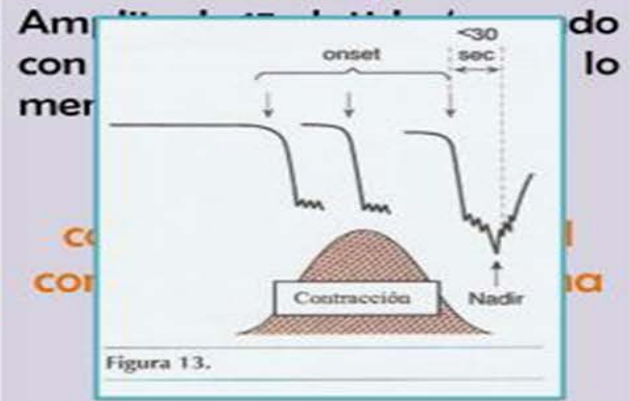


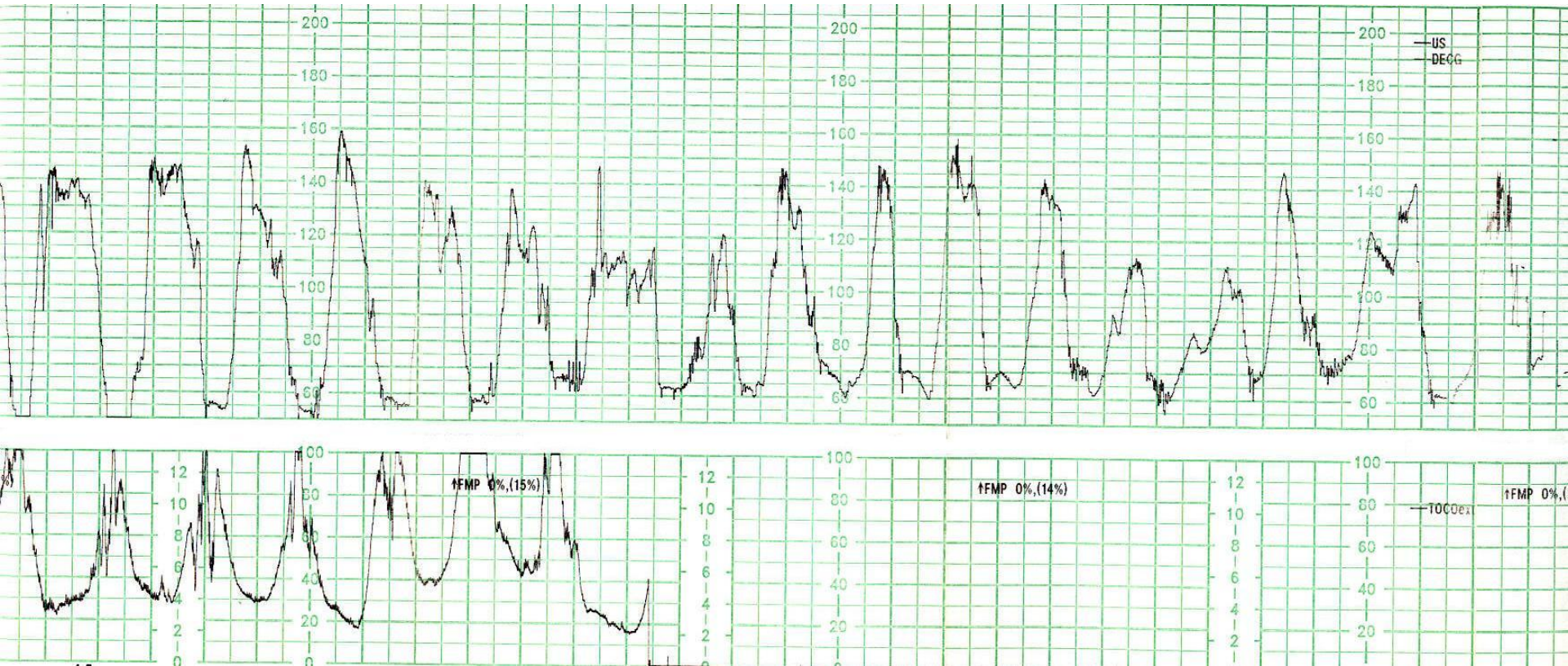
Figura 13.

Amplitud de la desaceleración variable
con un inicio y retorno brusco

GRAFICA PATOLÓGICA CESÁREA

OLIGOAMNIOS

↓ MOVIMIENTOS FETALES



PH = 7,20

APGAR = 5-7



CATEGORIA	DESCRIPCION	MANEJO
CATEGORIA I	<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro factores en tranquilizador. (FCB, aceleratorio, sin desaceleraciones variabilidad normal) • Desaceleraciones precoces 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener Trabajo de parto
CATEGORIA II	<ul style="list-style-type: none"> • Todo lo demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de reanimación → Evaluar en 30 min. y si revierte → continuar, reanudar oxitocina • Si no revierte Interrupción inmediata.
CATEGORIA III	<p>Variabilidad mínima o ausente mas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desaceleraciones tardías • Desaceleraciones variables • Bradicardia • Patrón sinusal 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción inmediata + Medidas de reanimación



Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología

Publicada en febrero 2018

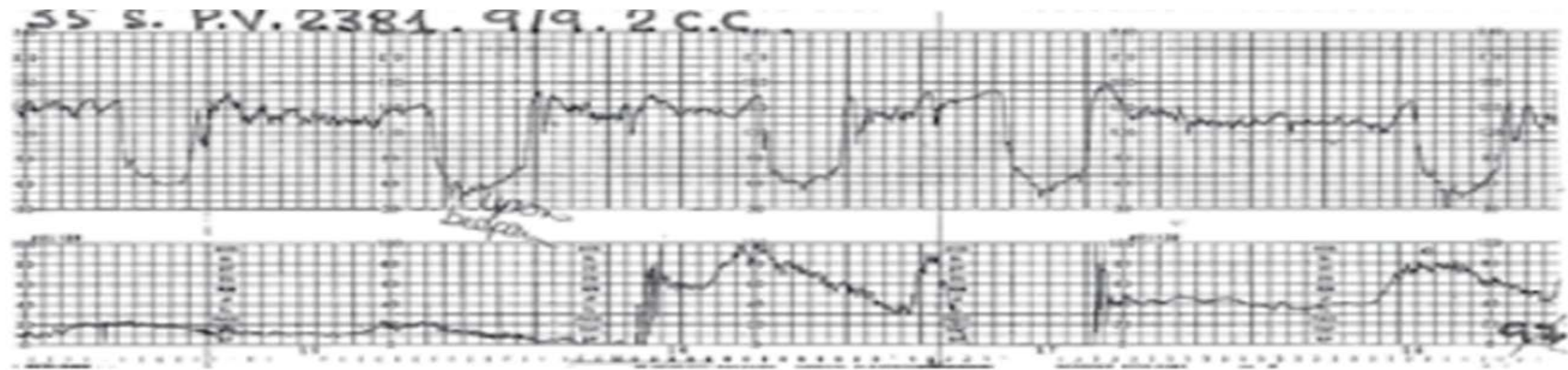


FIGURA 34.2. Deceleraciones variables recurrentes con variabilidad moderada de la línea de base. Gestación de 35 semanas. Parto vaginal. Varón de 2381 g. Apgar 9/9. Doble circulo de cordón al cuello. Obsérvese que según la clasificación de Kubli serían deceleraciones variables severas. (Cabaniss). Categoría II NICHD.

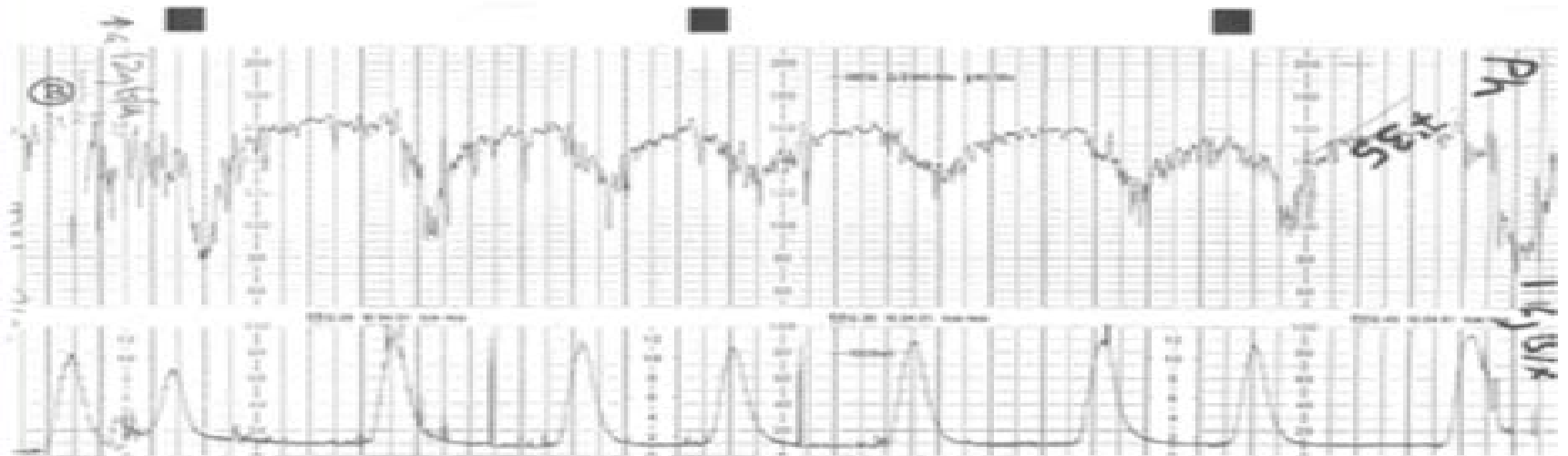


FIGURA 34.3. Deceleraciones variables recurrentes con variabilidad moderada de la línea de base en la mayor parte del trazado. Algún momento de variabilidad marcada. pH de cuero cabelludo fetal 7.35. Gestación de 41 semanas. Parto vaginal. Varón de 3.300 g.

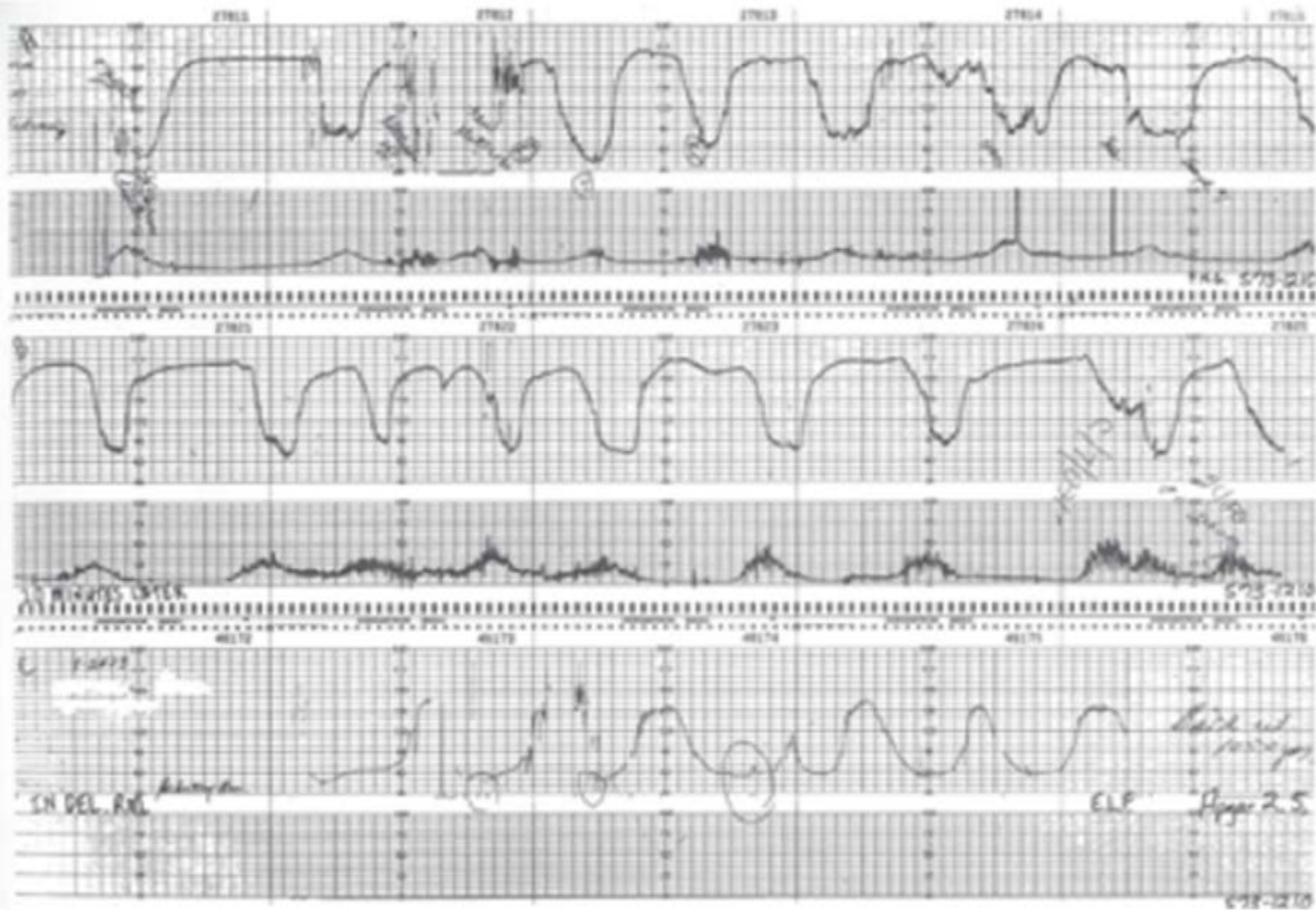


FIGURA 39.4. Variabilidad de la línea de base ausente y deceleraciones variables recurrentes con "otras características". Taquicardia. Apgar 2/5. (Paul R. Petrie R: *Fetal intensive care current concepts*. USC Publishers, Los Angeles, 1973). Categoría III NICHD.

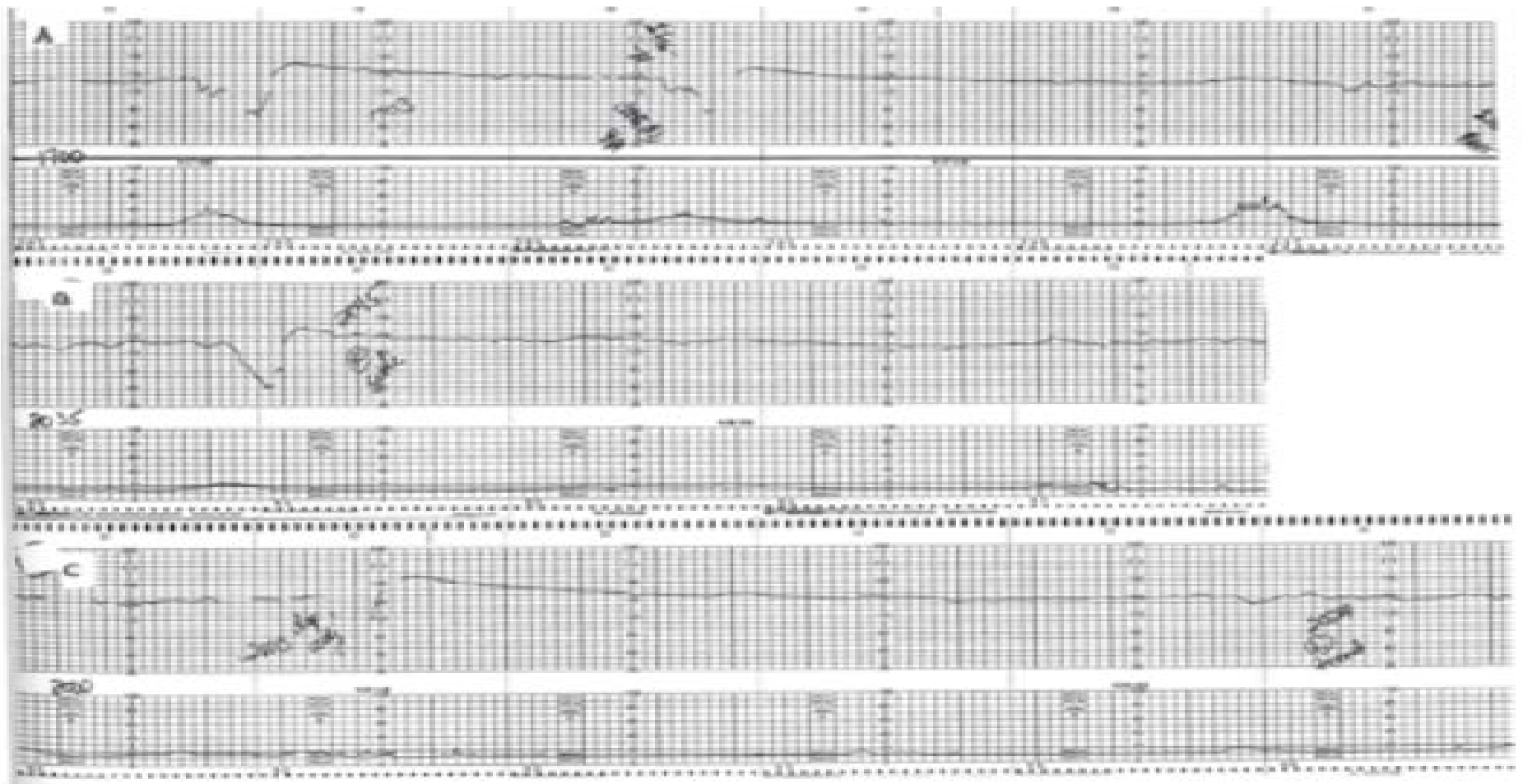


FIGURA 39.5. Tramos de variabilidad de la línea de base ausente y otros de variabilidad mínima con deceleraciones variables recurrentes. En el **Panel A y B** se aprecia con claridad una aceleración prolongada post deceleración variable ("overshoot"). pH de arteria umbilical 7.10. El **Panel C** corresponde a un feto anencéfalo. También se observa el fenómeno "overshoot". El feto murió intraparto, y no fué posible determinar si este trazado de FCF se debió exclusivamente a la anencefalia o en parte fué debido también a hipoxia. (Freeman). Categoría III NICHD.



**Guía de monitorización fetal intraparto
basada en fisiopatología**

Publicada en febrero 2018

Creada por el Comité Editorial de www-physiology.com y el Panel Internacional de expertos en Interpretación de RCTG desde el punto de vista fisiopatológico.

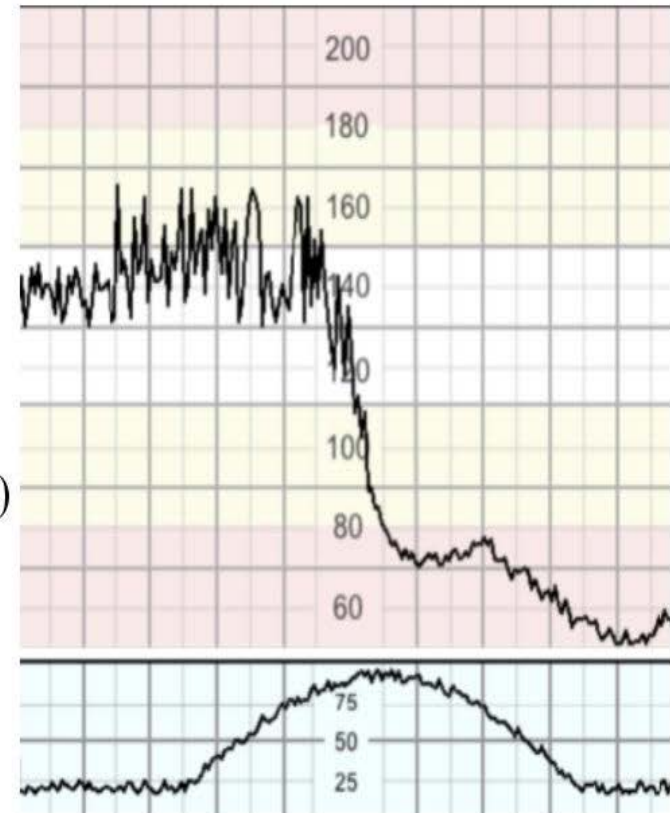
HIPOXIA AGUDA

- Deceleración aguda, que dura **más de 5 min** ó 3 min sin variabilidad

• CAUSAS

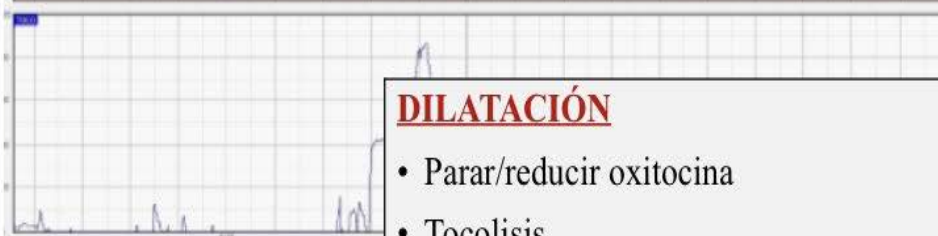
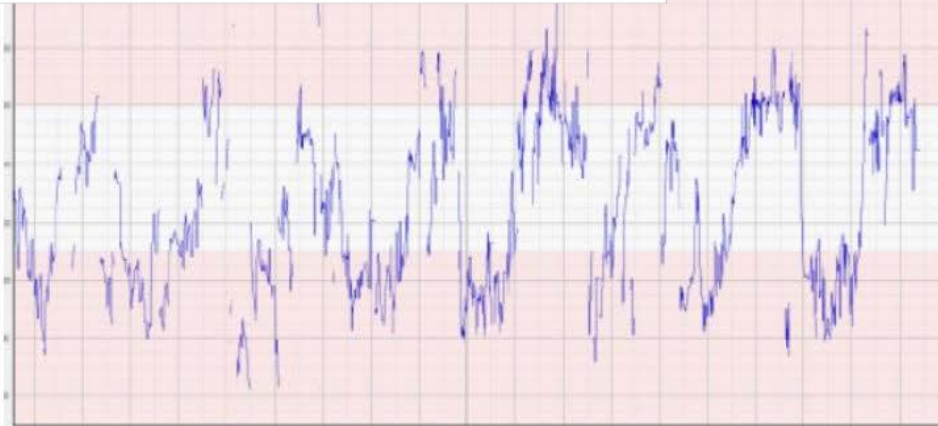
- 3 *accidentes mayores*:
 - **Prolapso de cordón**
 - **Desprendimiento de placenta**
 - **Rotura uterina**
- 2 *causas menores (iatrogénicas)*:
 - **Hipotensión materna** (supina / epidural)
 - **Hiperestimulación uterina** (oxitocina / PG)

- CAÍDA DE pH: **0,01 / minuto**





HIPOXIA SUBAGUDA



DILATACIÓN

- Parar/reducir oxitocina
- Tocolisis
- Sueroterapia (¿?)
- Plantear finalizar si la hipoxia persiste

EXPULSIVO

- Dejar de pujar
- Valorar a los 10 minutos
- Si no mejora, finalizar
- Si no parto inminente posible tocolisis

- El feto pasa **la mayor parte del tiempo** decelerando
- Causa más frecuente: **hiperestimulación** uterina
- El pH cae 0,01/2-3 minutos

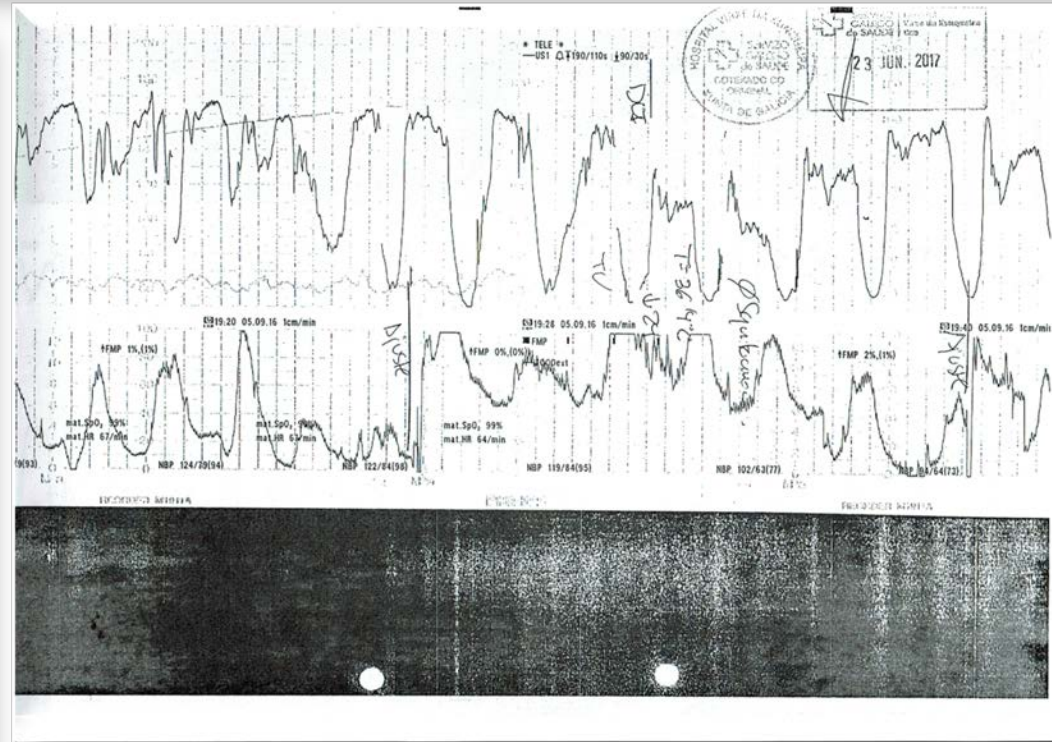
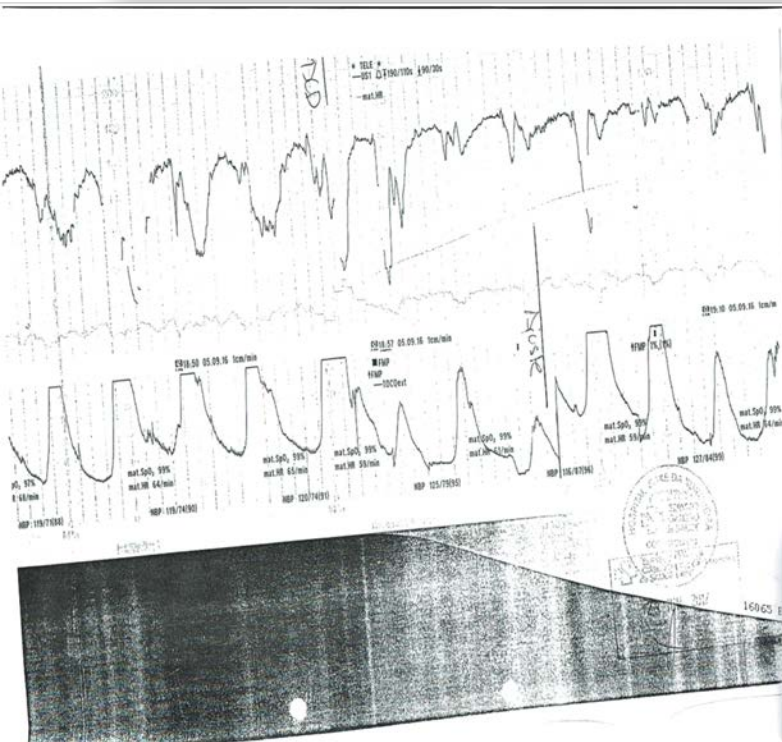
Caso 1

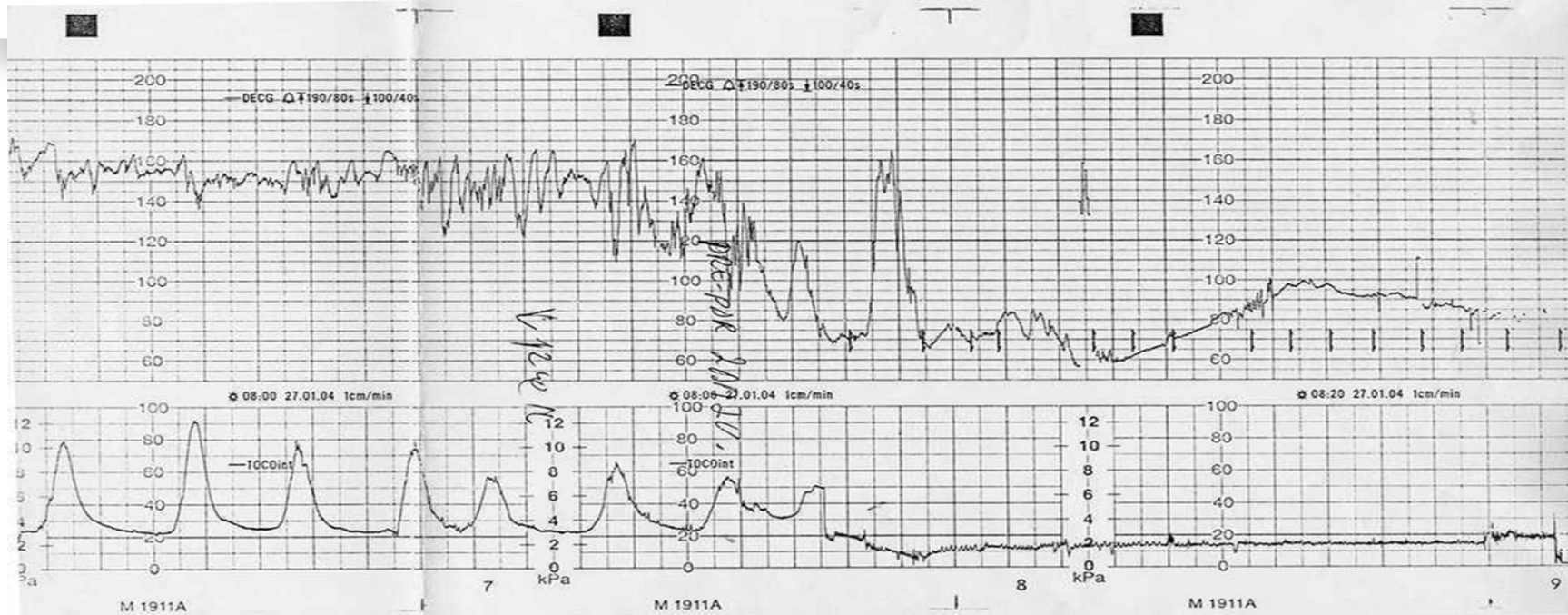
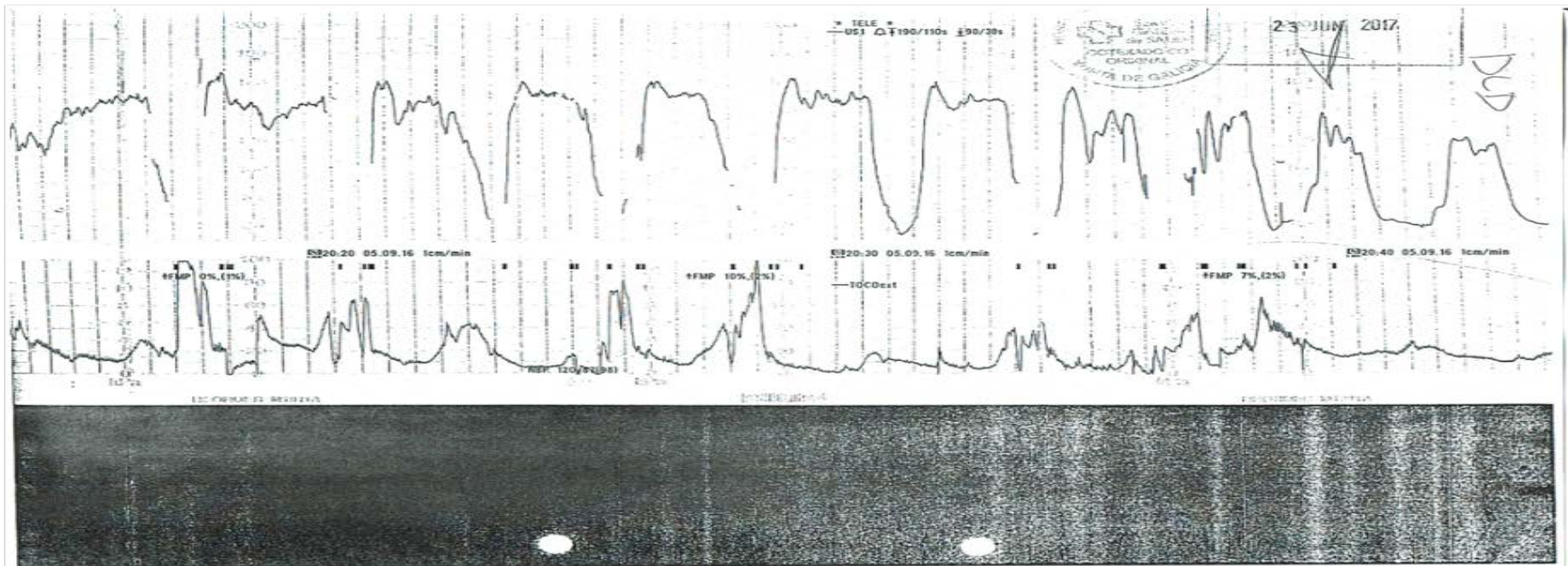
- 44 años de edad
- 80Kg de peso
- Antecedentes de una cesárea anterior



Inducción de parto por RPM embargo

No existe en la historia clínica ni el Consentimiento Informado de Inducción de parto ni el Consentimiento Informado de parto vaginal con cesárea previa





Caso 1

10 minutos ,
Se diagnostica Rotura uterina
Desde el diagnóstico a la extracción fetal pasan 20 minutos

Nace un varón de 3619 g , en apnea , hipotónico con Apgar 0/0 , con pH en valores por debajo de rango de informe (menores de 6, lactato 25mmol/L.

Tras intubación por parte de neonatólogo ,masaje cardíaco y reanimación de 50 minutos , se decide interrumpir la reanimación

Tras la confirmación de una rotura uterina en el acto operatorio, y al ser ésta extensa , se decide la realización de una Histerectomia de urgencia

SOLICITO AL JUZGADO: Que teniendo por presentado este escrito de demanda, junto con los documentos que se acompañan, se sirva a admitirlo a trámite, se me tenga por comparecido y parte demandante en el proceso y en la representación que ostento, entendiéndose conmigo las sucesivas diligencias, por promovido el correspondiente juicio declarativo ordinario contra **SOCIÉTÉ HOSPITALIÈRE D'ASSURANCES MUTUELLES (SHAM), SUCURSAL EN ESPAÑA**, acordando conferir traslado de la demanda y documentos con ella presentados a la parte demandada, emplazándosele en legal forma y, previos los trámites oportunos, en su día, se dicte sentencia por la que condene a la parte demandada a **INDEMNIZAR** a la actora en la cantidad de **TRES MILLONES CIENTO SEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN EUROS CON CINCUENTA Y NUEVE CÉNTIMOS DE EUROS (3.106.431,59 €)**, más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguros desde la fecha del siniestro (7 de mayo de 2015) y las costas de este procedimiento.

En Madrid a 29 de enero de 2019

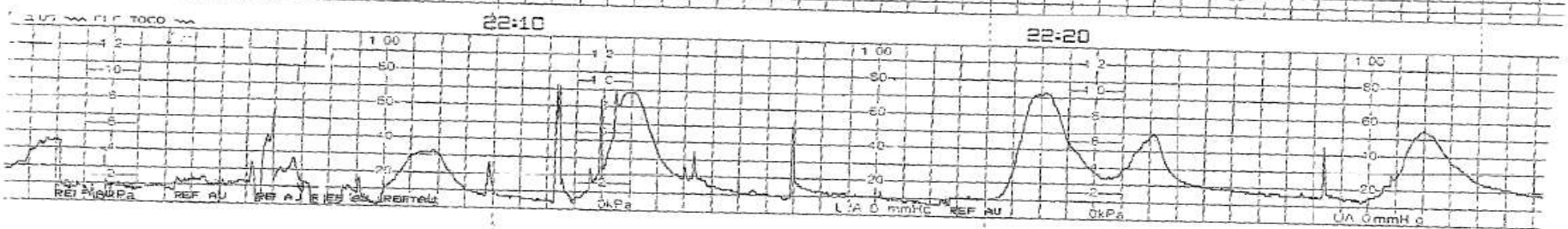
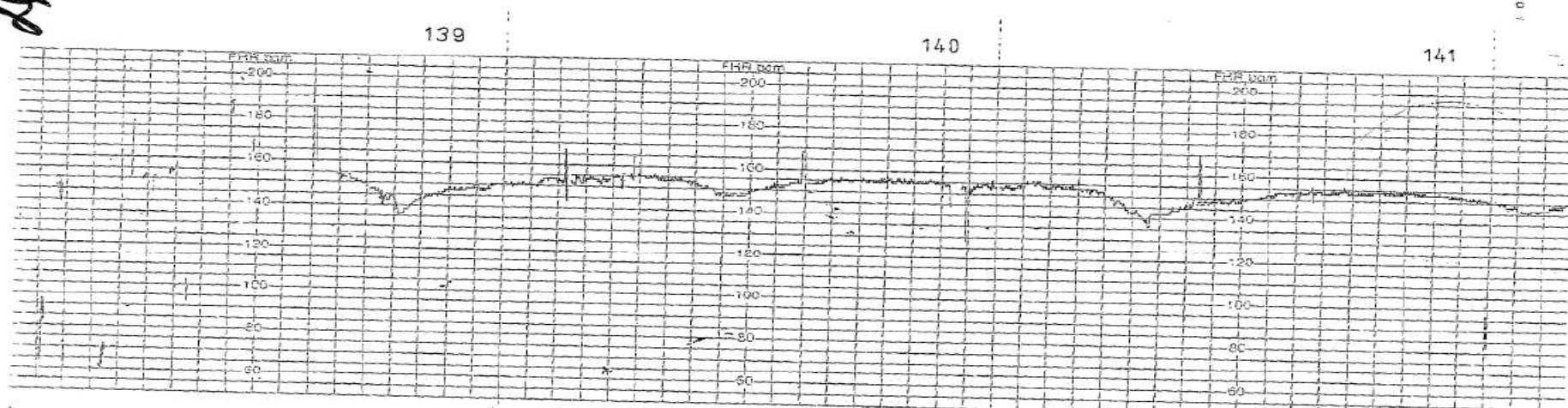
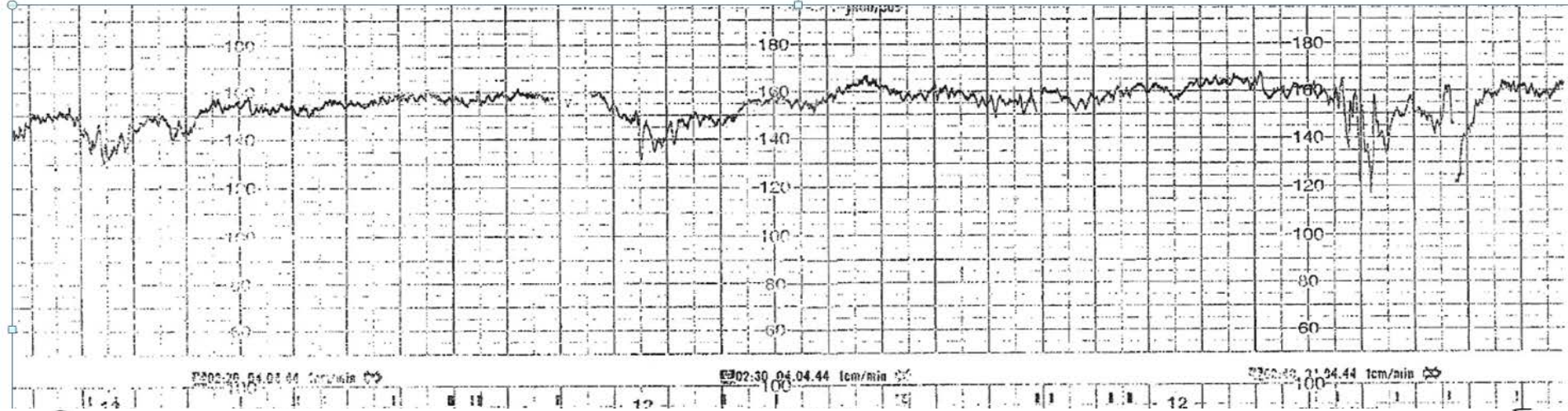
Hipoxia crónica

- Variabilidad reducida y/o ausencia de *cycling*
 - Ausencia de aceleraciones
 - Desaceleraciones suaves o tardías
 - Valorar signos clínicos: reducción de movimientos fetales, meconio espeso, evidencia de corioamnionitis, GCP, IUGR
- Evita añadir estrés
 - Finaliza por una vía rápida, si el expulsivo no es inminente



Hipoxia crónica

• CASO 2



Justificación de una ponencia en un curso para R1 de Fundamentos en Obstetricia

1º Estamos asistiendo a un aumento de una **“cultura del litigio”** cada día con mas fuerza

El importe de las indemnizaciones ha aumentado 2015/2016 sistemáticamente por encima del de las primas, en especial en los seguros de responsabilidad civil.

• *¿Estamos los médicos preparados , asesorados o informados , para ésta “industria del pleito”?*

ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA (Aspectos Medico-Legales) El Escorial Julio 2007



LITIGIOS EN OBSTETRICIA 2012



Interpretación de registros Casos prácticos Implicaciones Médico legales



RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICO-SANITARIA EN GINECOLOGÍA



*(Aspectos Medico-
Legales) El Escorial
Julio 2007*



Junio

Teruel

2022

- *PADRES*
- *MATRONAS*
- *OBSTETRAS*
- *NEONATOLOGOS*
- *ANESTESISTAS*

- *ABOGADOS*
- *PERITOS*
- *CAMPAÑAS DE SEGUROS*
- *JUECES*
- *SOCIEDAD*
- *POLITICA*

Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument

13 December 2010

ETH Zurich, Center for Organizational and Occupational Sciences, Kreuzplatz 5, 8032 Zurich, Switzerland

Lucerne University of Applied Sciences and Arts, Lucerne School of Business, Zentralstrasse 9, 6002 Lucerne, Switzerland

Universidad de Friburgo, Departamento de Psicología, P.-A. Rue de Faucigny 2, 1700 Fribourg, Suiza

***Las demandas son un gran negocio para algunos, donde el médico demandado aún ganando
“SIEMPRE PIERDE”***

Un profesional inseguro, apresurado en la toma de decisiones y que no logre una buena relación con su paciente, está preparando el escenario para una demanda



Encuesta ACOG 2016

- *26.5% redujo la actividad obstétrica de AR*
- *7.2% abandonó la Obstetricia*
- *28.5% incrementó el número de cesáreas*
-

¿Violencia Obstétrica?



Peter Chamberlain

THE
T R I A L
OF A
C A U S E

BETWEEN
RICHARD MADDOX, Gent. Plaintiff,
AND
Dr. M----y, Defendant,
Physician, and MAN-MIDWIFE,
BEFORE
Sir MICHAEL FOSTER, Knt.
One of the Justices of the King's-Bench.
At Guildball, London, March 2, 1754. By a
Special JURY.

IN AN
Action upon the CASE, brought by the Plaintiff against
the Defendant for promising and undertaking, and not
performing his Office as a Man-midwife in the Delivery
of the Wife of Mr. Richard Maddox, the Plaintiff.

WITH THE
Opinions of several Physicians and Man midwives upon the
Case, as given in Evidence upon the Trial. Whereupon the
Jury thought proper to give 1000l. Damage to the Plaintiff.

To which will be added,
Some extraordinary CASES in MIDWIFERY; extract-
ed from the Writings of that very eminent Physician
and Man-midwife, Dr. Deventer, of Leyden.

L O N D O N:
Printed for H. JEFFERYS, in Mercer's-Chaple,
Cbeapside, C. SYMPSON, in Chancery-lane, 1754.
[Price One Shilling.]

Figura 1 Informe de un juicio ante Sir Michael Foster con un jurado especial en 1754 en un caso de negligencia médica de un hombre-comadrona

- **LOS ESCASOS CENTIMETROS QUE SEPARAN AL FETO DEL MUNDO EXTERIOR, SE CONVIERTEN MUCHAS VECES EN EL CAMINO MAS LARGO, PELIGROSO Y TRASCENDENTAL DE TODA SU VIDA.**

COLERIDGE (1772-1834): “La historia del hombre durante los nueve meses que preceden a su nacimiento es probablemente de mayor interés y de mayor importancia que los 70 años que siguen al mismo”

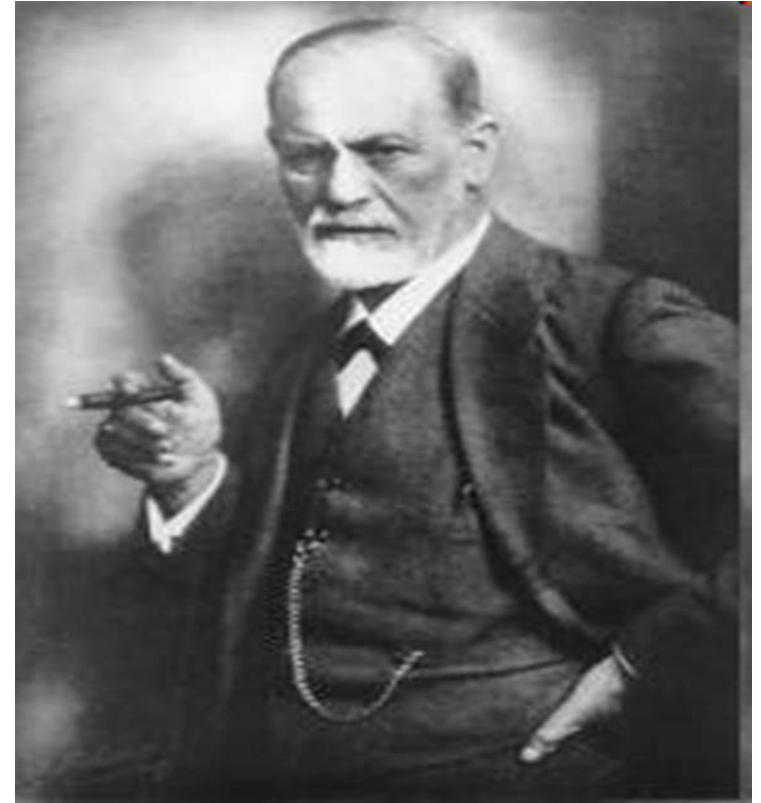


“Displejia espástica en un niño con parálisis cerebral recogido por LITTLE Wj en su publicación en la revista Lancet en el año 1844”.



WILLIAM JOHN LITTLE (1810-1894)

Little fue educado en el seminario de los jesuitas en St. Omer. **Padecía un pie zambo paralítico.** El tratamiento en Londres era la amputación, sin embargo, encontró su curación en Alemania por tenotomía. Little fue uno de los fundadores del Royal Orthopaedic Hospital. Publicó un trabajo detallado, en 1862, de un por entonces mal comprendido grupo de niños y jóvenes adultos con deformidades y parcialmente retrasados. Este tipo de parálisis espástica con paraplejia fue llamado "enfermedad de Little" durante muchos años.



FREUD (1897)

- **1- ¿Causas del aumento de las denuncias por mala praxis médica ?**
- **2- ¿Cuales son las causas de las denuncias?**
- **3- EHI**
- **4- ¿ Porqué reclaman los pacientes ?**
- **5- ¿Cómo evitar las denuncias judiciales**
- **6- ¿ Cuales son las reglas para salir airoso del compate judicial sino pudo ser evitado ?**

1- Causas del aumento de las denuncias por mala praxis médica

- 1. Medicina más compleja (cirugía microinvasiva/ Tecnología Imagen sofisticada)**
- 2. Mejor medicina, mejores resultados.**
- 3. Medicina más despersonalizada.**
- 4. Mayor formación de pacientes , usuarios.
Abogados y jueces**
- 5. Inducción de prensa y personal sanitario (Informe de viabilidad)**
- 6. Frustración por mala evolución de la enfermedad.**
- 7. Obtención de dinero fácil, abogado Peritos médicos.**
- 8. Tratar de evitar y corregir errores futuros.**

Siniestralidad por especialidades

OBSTETRICIA Y Ginecología

Cirugía estética y reparadora

Anestesiología y reanimación

Ortopedia quirúrgica

Especialidades quirúrgicas

Cardiología

Cirugía facial, maxilar, urología, radiología

Neurología, pediatría, dermatología

Otorrinolaringología, oftalmología

Medicina general, analítica

Odontología

2- Causas de denuncias

- Obstetricia

- – *Encefalopatía Perinatal*

- – *Parto instrumental*

- – *Errores en el diagnóstico ecográfico*

- – *Omisión o errores en el cribado prenatal*

- – *Distocia de hombros*

- – *Prematuridad*

- – *Histerectomía obstétrica*

- Ginecología

- – *Retraso diagnóstico cáncer de mama*

- – *Complicaciones quirúrgicas*

>75%



ACOG - AAP

(1992)



- $PH \leq 7$
- $EB \leq -12$
- $APGAR \leq 3$ a los 5'
- **HIPERTONIA, CONVULSIONES** 48-72h
- **DAÑO MULTISISTEMICO** 72h

EHI/PARALISIS CEREBRAL

- **70% DURANTE LA GESTACION**
- **10% DURANTE EL PARTO (EHI)**

SOLO EL 20% DE LAS PC HABIAN TENIDO MARCADORES DE ASFIXIA

- **10%-20% EN EL PERIODO NEONATAL**

Academia Americana de Pediatría

Considerese a la EHI como «una de las frustraciones clínicas no resueltas en la medicina neonatal contemporánea»

- Blackmon LR, Stark AR. The Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics. Hypothermia: A neuroprotective therapy for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. Pediatrics. 2006;117:942--8.

3- ¿Porqué reclaman los pacientes?

1- Por errores en actos sanitarios

A- Objetivamente

Prevención, tratamiento, diagnóstico, seguimiento y rehabilitación, prescripción, investigación ensayos clínicos

B- Subjetivamente

Presiones familiares, amigos o abogados, posibilidad de obtener una indemnización, deseo de evitar que vuelva a suceder con otros pacientes

2- Por incumplimiento de obligaciones

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Obligación de información, obligación de documentación, de custodia, obligación de secreto, obligación de organización y control de recursos, obligación de formación, información y perfeccionamiento, obligación general de calidad

CASO 3

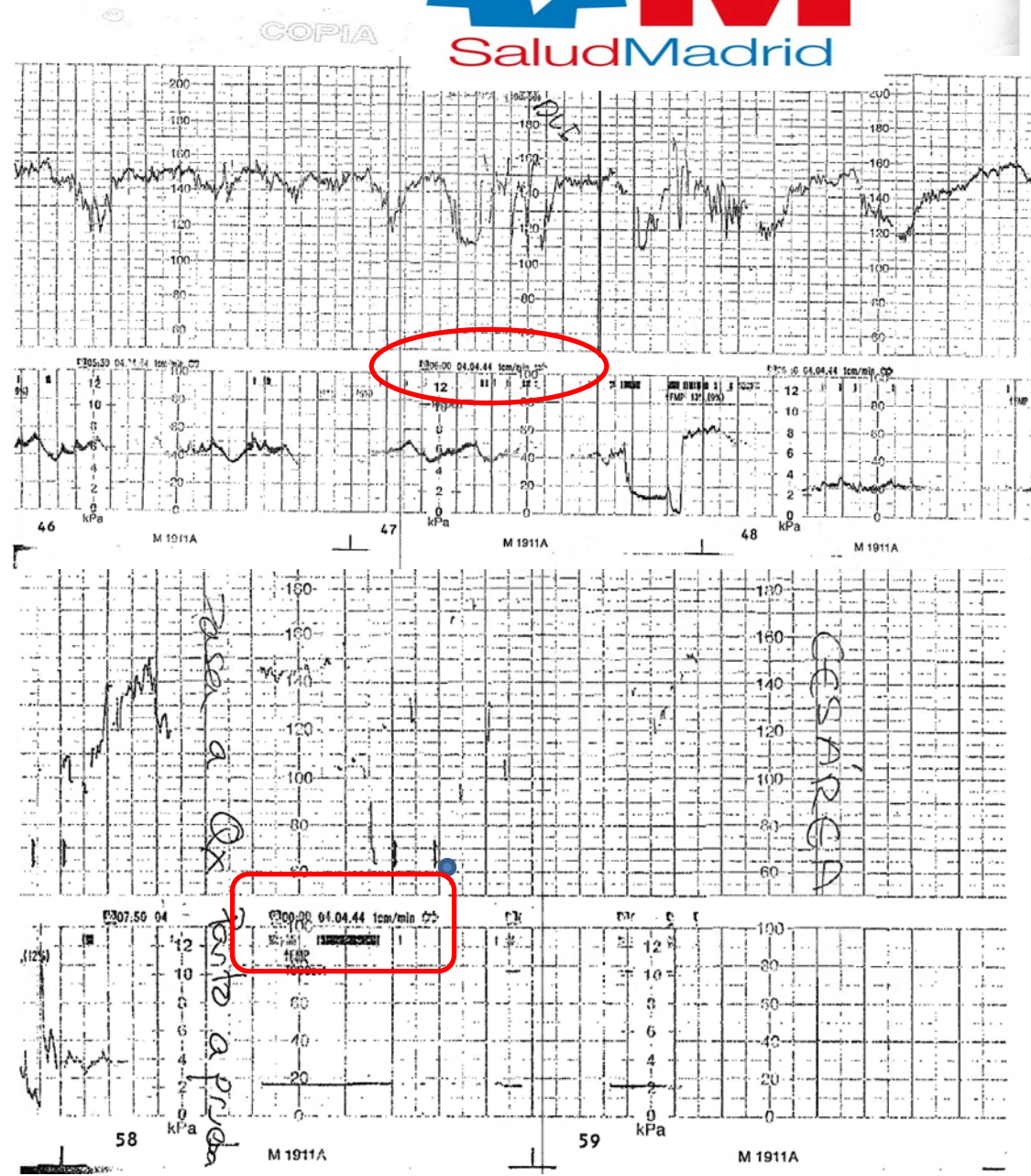
38 años
Gemelar
Metrorragia



Hora	Dinám.	Dilat.	Moja.	Presentación	Plano	LA	FC	Tratamiento
11:30								
11:45								
12:20								

PARTO.....
Indicación..... Hora.....
Alumbramiento.....

RECIBEN NACIDO
Sexo V / M Peso..... gr APGAR.....
OBSERVACIONES.....



Fecha.....

Nombre del paciente: **CAMA 221** NHC: 010106613

Encuentro: 7869

Nombre: **VILLABROR CORDOBA, MARIA LOURDES**

Edad: 38 años 7/2 meses

Fecha y Hora Ingreso: 28/12/2013 13:53

Compañía: **SA. DE SEGUROS**

Medico Responsable: **MARTIN CASALEIRO, FERNANDO**

Idioma del análisis: 28/12/2013 13:55:34

Tipo de muestra: Arterial

VALORES MEDIDOS:

pH: 7.41

pCO₂: 33 mmHg

pO₂: 32 mmHg

Hematocrito: 45 %

Hci: 45 %

VALORES DERIVADOS:

pHb: 18.9 g/dL

pHCO₂ (p): 25.9 mmHg

pHCO₂ (m): 21.4 mmHg

pBase(B): -2.7 mmHg

pBase(E): -2.7 mmHg

pBase(D): -3.4 mmHg

pBase(L): -2.7 mmHg

pBase(L): -3.0 mmHg

pCO₂(B): 16.0 mmHg

pCO₂(P): 21.2 mmHg

pO₂: 62.2 %

pO₂(A): 13.3 mmHg

pO₂(A-a): 18.0 mmHg

pO₂(A-a): 18.0 %

SI: 18.0 %

INFO DEL PACIENTE

pHb50: 11.0 g/dL

MENSAJES

ND: no derivado

Unidad: ANONIMIZADO

Analizador: Garcia 302001

Software: 01305

Hardware: 1300

Versión Software: 1.26

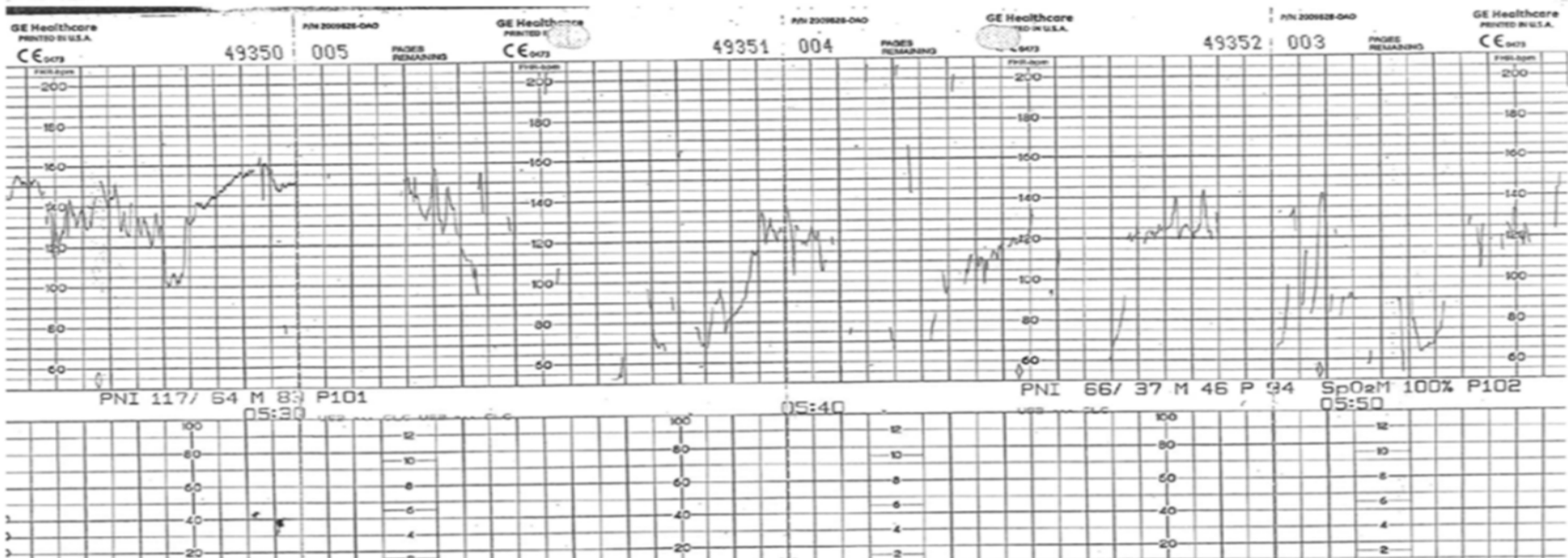
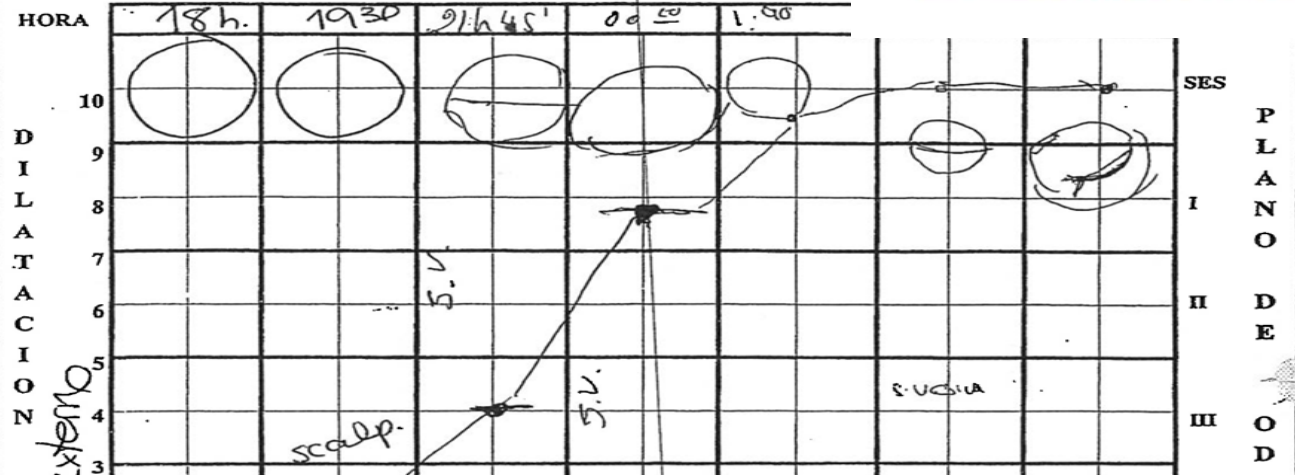
Impresión: 28/12/2013 13:55:41

CASO 4

38 años
Gemelar
Metrorragia

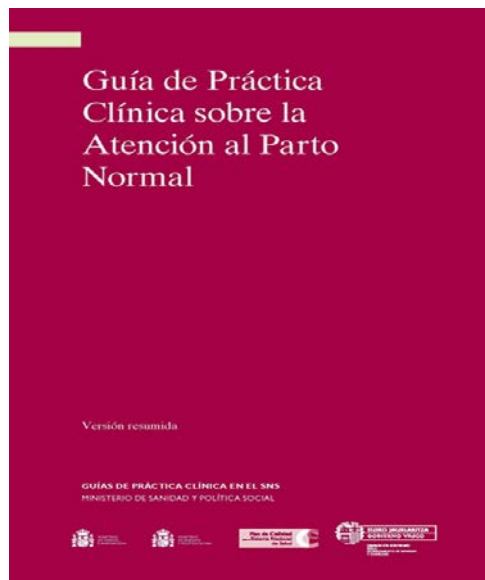


6.5.2019



Recomendaciones

✓	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 2 horas tanto si tienen como no anestesia epidural.
✓	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en multiparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de 2 horas si la tienen.
✓	La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen.
✓	La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en multiparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no anestesia epidural.

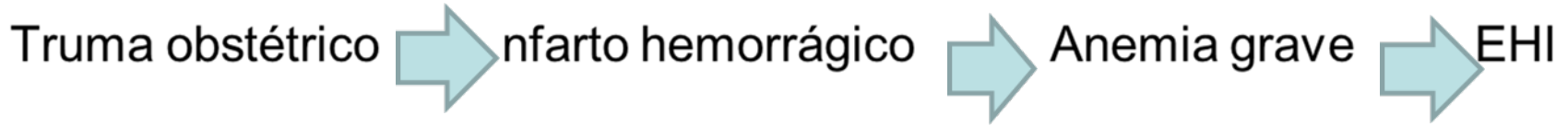


✓	<p>La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:</p> <ul style="list-style-type: none">• Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.• Periodo expulsivo activo cuando,<ul style="list-style-type: none">El feto es visible óExisten contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa óPujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo.
---	--

INDICACIONES²

Aquellas situaciones en las que se requiere acortar la segunda fase del parto. No existen indicaciones absolutas, debiéndose individualizar cada caso (grado de recomendación C).



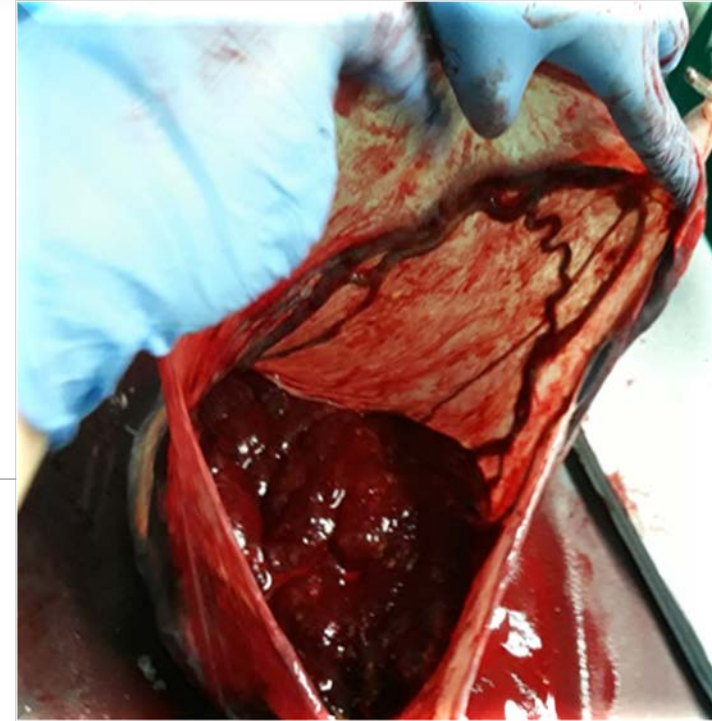


Exploración al ingreso:

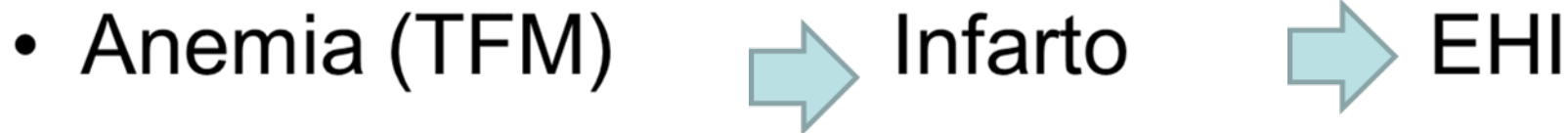
Somatometría: Peso 2760 g. (p 50-90), Talla 48 cm (p50-90) y perímetro craneal 36.5 cm (p 90).

Estado general: Aceptable. No malformaciones aparentes. Cráneo de configuración normal moldeado por parto. Paladar íntegro. Piel y mucosas: Normales. Palidez cutánea intensa. Tiempo de relleno capilar mayor de 3 seg. Respiratorio: ventilación bilateral simétrica sin ruidos patológicos. Tiraje intercostal y subcostal. Silverman 4. Cardiocirculatorio: Mala perfusión periférica. Pulsos femorales palpables. Auscultación rítmica, no soplos. Abdomen: Blando, no doloroso. No megalias. No masas palpables. Ombligo normoimplantado.

Hematológicos: Anemia progresiva
 (7h → Hb g/l: 12,8 8h Hb: 10,2 9:20 Hb: 7,5)
 Hablamos con ginecología que descarta sangrado importante durante el parto. 2º suceso



Atonia uterina



Se estima que es causa del 4.1% de muertes fetales intraútero y del 0.4% de muertes neonatales y daños neurológicos graves



1- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO)

Maternas: similares a las de un parto no instrumental.

Fetales:

- Lesiones del cuero cabelludo.
- Hemorragia retiniana.
- Cefalohematoma.
- Hemorragia subgaleal.
- Hemorragia intracraneal.
- Hiperbilirrubinemia.



2- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

El caput succedaneum

El cefalohematoma

Edema

Abrusiones en el cuero cabelludo y la hemorragia retinal

La hemorragia intracraneal

Lesiones del plexo braquial,

El hematoma subgaleal

3- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

MECANISMOS CAUSALES DE LOS INFARTOS CEREBRALES NEONATALES

El mecanismo por el que se va a producir la oclusión vascular cerebral puede ser:

Un émbolo (de origen placentario)

De origen cardiaco en cardiopatías con shunt derecha-izquierda





- Ecografía transfontanelar (7/5/15): sospecha de pequeño infarto frontal-derecho. Doppler ACA sin alteraciones. Fdo. Dr. Llanos Pérez.

- Ecografía transfontanelar (8/5/15): sin cambios respecto al control previo. Doppler ACA sin alteraciones. Fdo. Dr. Llanos [redacted]

- Ecografía transfontanelar (9/5/15):

- Ecografía transfontanelar (11/5/15): [redacted] compatible con infarto en región frontal derecha. Doppler ACA sin alteraciones. Fdo. Dr. Llanos Pérez.

- Ecografía abdominal (11/5/15): sin alteraciones. Fdo. Dr. Llanos Pérez.

- Ecocardiografía (11/5/15): Foramen oval permeable mínimo. Resto sin alteraciones. Dr. González Menchén.

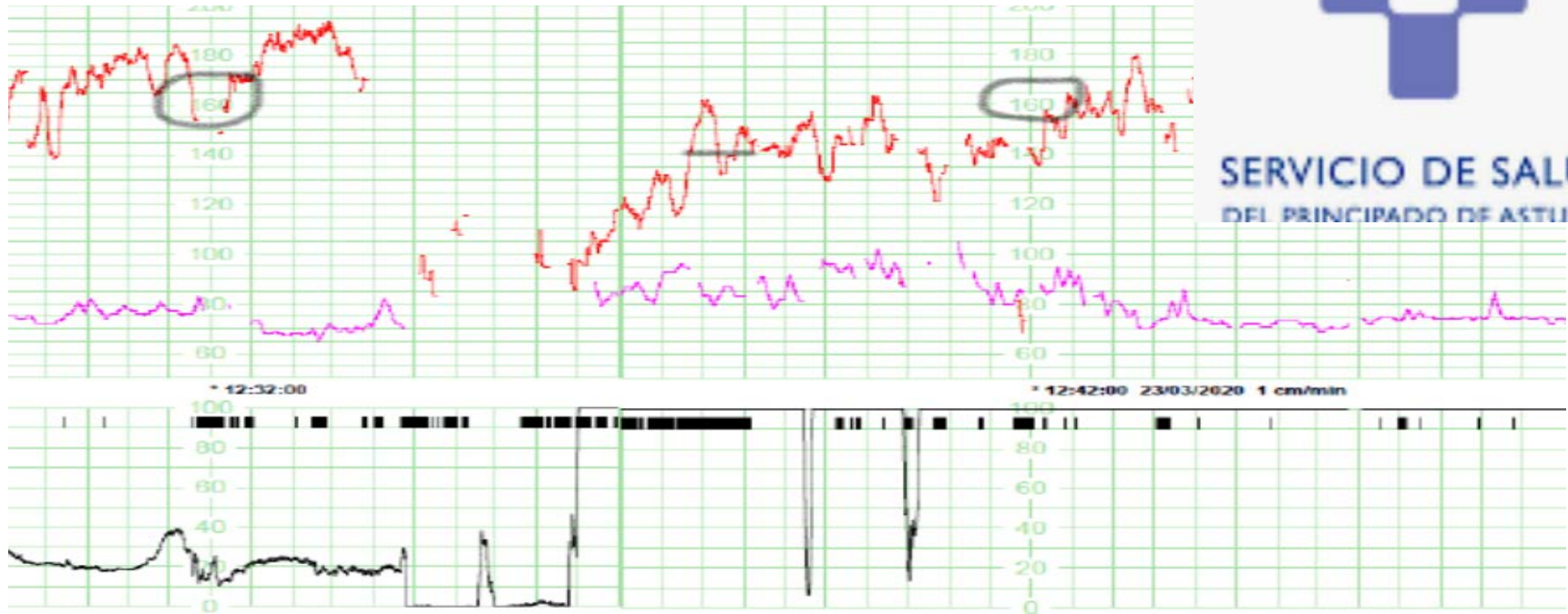
- RMN cerebral (12/5/15): Diagnóstico radiológico: Compatible con lesiones por encefalopatía hipoxi-isquémica afectando a la corteza del lóbulo frontal derecho y a ganglios basales bilateralmente.

Comentario radiológico: Se realiza RM cerebral utilizando secuencias rápidas, sin emplear sedación anestésica. Se observa una lesión cortical en lóbulo frontal

CASO 5



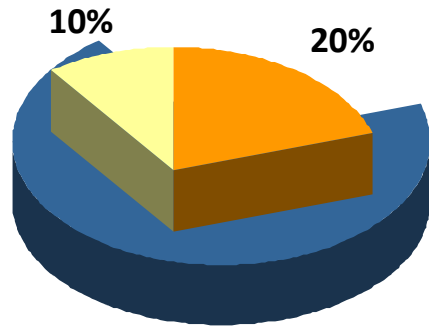
SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



- 1- La pérdida de foco coincide con la pérdida de la señal de la dinámica uterina
- 2- La frecuencia cardíaca vuelve a ser de 140lat/m, frecuencia normal en un feto que no presenta hipoxia en los siguientes dos minutos.
- 3- Tras éste suceso, conserva la variabilidad latido a latido que es el signo mas específico para diagnosticar una hipoxia.
- 4- ésta pérdida de foco y ésta deceleración coincide con un aumento de la frecuencia cardíaca materna que también puede ser debida a un movimiento brusco de la madre o como se ha dicho anteriormente a un cambio postural.

Causas de siniestros en..

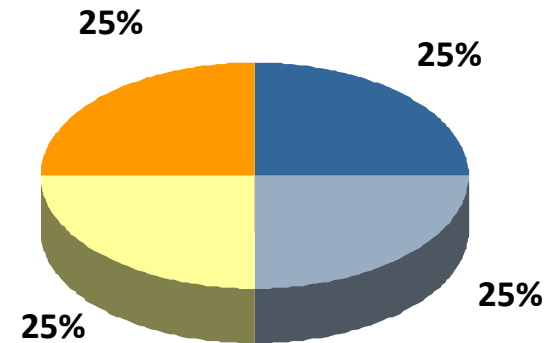
Fisioterapeutas



70%

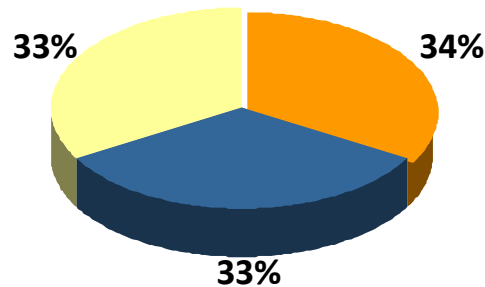
- Quemadura
- Fracturas de Miembros
- Lesiones Menores

Podólogos



- Intervención de Hallux Valgus
- Cura de Uñas Encarnadas
- Durezas
- Tratamientos de Papilomas

Matronas



- Sufrimiento Fetal
- Fallecimiento y Lesiones a Parturienta
- Fallecimiento y Lesiones a Recien Nacido

“NO CAMINES DELANTE DE MI , YO NO PODRIA SEGUIRTE” ...

“NO CAMINES DETRÁS DE MI, TAL VEZ, YO PODRÍA PERDERTE” ...

“CAMINA A MI LADO, COMO BUENOS AMIGOS, QUIZAS ASI LO CONSIGAMOS”...

4- ¿Cuáles son las causas del éxito de éstos

- **No previsible**, inesperada, fortuita, en los que a pesar de la diligencia médica el producto de la concepción o la madre pueden sufrir daños.
 - **Desconocimiento** por parte de los denunciantes, peritos, abogados y jueces, **de las limitaciones en el diagnóstico de pérdida de bienestar fetal**. por lo tanto no son concluyentes a la hora de diagnosticar una posible afectación fetal.
 - **Considerar e hipervalorar** como indicativos de malestar fetal, la existencia de líquido meconial o el test de Ápgar
 - Considerar que el resultado no hubiese sucedido con la realización de una cesárea
-
- **Informes periciales**
 - **Tabla TT2**

4- ¿Cuáles son las causas del éxito de éstos litigios médicos dentro del campo de la Obstetricia?

- **DAÑO DESPROPORCIONADO :**
 - EHI
 - MUERTE MATERNA
 - . ROTURA UTERINA
 - DISTOCIA DE HOMBROS
 - DIAGNÓSTICO PRENATAL
 - . - TUMORACIÓN OVÁRICA
 - ENDOMETROSIS

Hechos para ser optimistas

HAY MÁS ERRORES QUE DAÑOS

HAY MÁS DAÑOS QUE DENUNCIAS

HAY MÁS DENUNCIAS QUE CONDENAS

Hechos para ser optimistas

- - *EL CUERPO HUMANO AGUANTA "LO QUE LE ECHEN"*
- - *EXISTEN ABOGADOS CON POCA PERICIA*
- - *HAY TODAVÍA JUECES CON SENTIDO COMÚN*
- - *EXISTEN PERSONAS QUE COMPRENDEN LO COMPLEJA QUE ES LA PROFESIÓN SANITARIA*

5- ¿CÓMO EVITAR DENUNCIAS JUDICIALES?

1- ACTUACIÓN ÉTICA, ADECUADA A LA LEX ARTIS (COMPETENCIA, PERICIA)

2- FORMACIÓN CONTINUADA. RECICLAJE

. 3- SENTIDO COMÚN

.-4- ANOTAR INCIDENCIAS EN HOJA DE EVOLUCIÓN

. 5- AVISAR AL FACULTATIVO DE MAYOR RESPONSABILIDAD EN CASO DE DUDA

. 6- NO DESCUIDAR LA VIGILANCIA DEL PACIENTE

. 7- INFORMAR Y SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

8- **SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

9- ASISTENCIA LETRADA Y DEFENSA EN JUICIO

10.- SEGURO DE INHABILITACIÓN PROFESIONAL

6- REGLAS PARA SALIR AIROSO DEL COMBATE JUDICIAL, SI NO PUDO SER EVITADO

Primera: Cuide su apariencia. Convenza con la actitud

Ha de ser valiente (sin caer en la altanería y mucho menos en la soberbia, que podrían poner al tribunal en su contra), evitando, por otra parte, actitudes huidizas que podrían hacer pensar que oculta algo.

Segunda: Adopte el porte adecuado.

Mire siempre de frente al tribunal (sin desafío pero con firmeza)

Evite las miradas bajas (a la mesa o al suelo) o situarlas en algún punto distante (una ventana o un cuadro). Lo primero puede sugerir culpabilidad y lo segundo indiferencia

Tercera : La verdad como divisa

No olvide que diciendo siempre la verdad, aparte de obrar correctamente, no ha de estar siempre recordando sus afirmaciones anteriores

“Responsabilidad Sanitaria y Legalidad en la práctica Clínica. Un apunte jurídico para profesionales sanitarios” Donald J. Palmisano

Cuarta: Mantenga el control

La estrategia tratar es de hacer perder el control mediante un enfado o una indignación. No responda con acritud a la provocación, pues el tribunal puede pensar que se irrita por que le han pillado. Responda simple pero serenamente “eso no es verdad y si el tribunal me lo permite me encuentro en disposición de probarlo”.

Quinta ¡Ojo con las preguntas en cascada!

Se trata de una sucesión rápida de preguntas con respuesta de aparente evidencia y que se solicita sea emitida bajo la forma de sí o no. Explique al tribunal que la realidad clínica es, muchas veces, suficientemente compleja como para hacer imprescindibles las aclaraciones..

Sexta Cuidado con las contradicciones

Sorprenderle en alguna de ellas o hacerle creer a Vd. que ha incurrido en tal situación es otra estratagema de los abogados de los pacientes. Tratan de aprovechar la desorientación del profesional en el proceso judicial para confundirle y así, cuando algo ha sido dicho dos veces de forma diferente (aunque la misma cosa), se le da la vuelta y se increpa al profesional sanitario: “Esto no es lo que dijo Vd. en la ocasión x. ¿Miente ahora o entonces? ¿o acaso trata de confundir al tribunal?”

*“Responsabilidad Sanitaria y Legalidad en la práctica Clínica.
Un apunte jurídico para profesionales sanitarios” Donald J. Palmisano*

XV CURSO DE
FUNDAMENTOS EN
OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA

8 al 10 de
SEPTIEMBRE
2022

PARA RESIDENTES
DE 1^{er} AÑO (R1)

TERUEL



Sede:
Palacio de Exposiciones
y Congresos de Teruel

