

Señora

JUEZA 62 ADMINISTRATIVA DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E.

S.

D.

REFERENCIA: **Reparación directa.**
DEMANDANTES: **Miguel Francisco Miranda y otros.**
DEMANDADAS: **Departamento de Córdoba y otros.**
EXPEDIENTE: **11001334306220170035200.**

ISABEL CRISTINA BUSTOS VALENCIA, domiciliada en Bogotá, identificada como aparece al pie de mi firma, mediante el presente escrito y por solicitud de la representante judicial de la parte actora, me permito rendir el siguiente concepto pericial, fundamentado en los conocimientos científicos adquiridos durante mi formación como médica especialista en ginecología y obstetricia, así como la experiencia adquirida durante los más de 15 años de ejercicio profesional como puede colegirse de mi hoja de vida; además me permito manifestar que no me encuentro incurso en ninguno de los causales de impedimento que establece la normatividad y que rindo el peritaje en los términos establecidos en el Artículo 219 de la Ley 1437 de 2011.

I. Objeto de la experticia.

Responder a las preguntas presentadas por la parte demandante debidamente enumeradas con el respectivo interrogante y su respuesta.

II. Fundamentos y argumentos científicos. Consideraciones y conclusiones sobre los puntos objeto de dictamen.

PREGUNTA 1

¿CUÁNDO INICIÓ EL EMBARAZO DE KELLY JOHANA MIRANDA MUÑOZ?

Para determinar las semanas de embarazo, es necesario tener en cuenta la fecha de última menstruación, siempre y cuando sean regulares los últimos tres ciclos, es decir, de periodos de entre 25 a 35 días, y que la paciente no se encuentre planificando (usando método anticonceptivo para no quedar en embarazo), de lo que no se tiene información en la historia clínica.

Hoy en día el método más eficiente para determinar las semanas de gestación, es la primera ecografía del embarazo donde ya exista una viabilidad.

A Kelly Johana se le confirmó su estado de embarazo en la consulta del día 21 de agosto de 2015, en la Clínica Zayma, a donde acudió por sangrado vaginal, a través de ecografía que arrojó 11,3 semanas de embarazo, de lo que se tiene que la concepción se produjo en la última semana de mayo de 2015.

PREGUNTA 2

¿POR QUÉ LA PACIENTE NO ACUDIÓ A CONTROL PRENATAL EN EL MES DE JUNIO Y JULIO 2015?

Las mujeres podemos experimentar ciclos menstruales irregulares y, en estado de embarazo, sangrado de implantación, lo que dificulta el proceso de conocimiento del estado de gravidez, en el caso de Kelly Johana, según su historia clínica, su última menstruación fue el 31 de julio de 2015, lo cual explica la ausencia de controles prenatales durante los meses de junio y julio de 2015.

PREGUNTA 3

¿LOS MÉDICOS TRATANTES LE DIAGNOSTICARON A KELLY JOHANA MIRANDA ALTO RIESGO OBSTÉTRICO?

Existen una tabla guía para evaluar el riesgo obstétrico biopsicosocial de una paciente embarazada, que es la Tabla de Herrera en donde una puntuación mayor o igual a 3 puntos nos hace referencia a embarazo de alto riesgo.

La paciente en mención cursaba con hipertensión arterial crónica en el embarazo actual (2 puntos), presentó hemorragia menor a la semana 20 (1 punto), lo cual condujo a que en la Clínica Zayma se le diagnostique embarazo de alto riesgo obstétrico.

PREGUNTA 4

¿LA PACIENTE ACUDIÓ ACUCIOSAMENTE A CONTROLES PRENATALES DESDE QUE SE ENTERÓ DE SU EMBARAZO?

La paciente sí acudió acuciosamente a los controles prenatales según el registro de la historia clínica desde que conoce su estado de embarazo el 21 de agosto de 2015, no obstante los registros contenidos en el mencionado documento no cumplen con las exigencias que ha impuesto el Ministerio de Salud en su Resolución 1995 de 1999, se logra extraer de ella que Kelly Johana acudió cada uno de los meses transcurridos desde agosto de 2015 a enero de 2016 a la Clínica Zayma.

PREGUNTA 5

¿SE LE PRACTICARON A LA PACIENTE -CON POSTERIORIDAD A LA SEMANA 20 DE EMBARAZO- LOS EXÁMENES NECESARIOS PARA BÚSQUEDA ACTIVA DE PREECLAMPSIA Y/O EN SU DEFECTO BÚSQUEDA DE AFECTACIÓN DE ÓRGANO BLANCO POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA?

La hipertensión arterial crónica en una paciente gestante es aquella que se diagnóstica antes de semana 20 con cifras tensionales $> \text{ó} = 140/90\text{mmhg}$ en dos

tomas aisladas con promedio de cuatro horas o aquella paciente que tenía el diagnóstico previo a la gestación. Según la literatura médica las pacientes con hipertensión arterial crónica, tienen riesgo, cinco veces más con respecto a quienes no, de presentar preeclampsia.

Las pacientes con este diagnóstico de hipertensión arterial crónica, de hecho en todas las gestantes se debe realizar de manera temprana (semana 11-13.6) tamizaje de riesgo de anuploidias, es decir enfermedades genéticas como lo es el síndrome de down, adicional en este tiempo doppler de arterias uterinas, el cual es una ecografía que evalúa el riesgo de trastornos de la placenta como lo es la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino, o sea, ganancia de peso por debajo de los porcentajes estandarizados.

También, a las pacientes con este diagnóstico se les debe realizar examen de proteínas en orina de 24 horas, cuyo dato es importante para poder realizar búsqueda activa de signos de daño renal y en su defecto aparición signos de preeclampsia temprana, teniendo en cuenta que fue uno de los hallazgos iniciales dentro de sus complicaciones orgánicas, la falla renal.

Entre otros estudios pertinentes para reducir el impacto en las complicaciones es importante una valoración por oftalmología para evaluar retinopatía hipertensiva por su antecedente de hipertensión arterial crónica y también ecocardiograma transtorácico para evaluar función y afectación estructural del corazón por hipertensión, para determinar manejos anti hipertensivo y vía del parto en algunos casos, si bien en sus complicaciones por preeclampsia severa esta presentó compromiso cardiovascular con alteración de la FEVI (Fracción de eyección del ventrículo izquierdo) conociéndose por esto la cantidad de sangre eyectada por el ventrículo izquierdo a la circulación.

En cuanto al uso de medicamentos que ayudan a disminuir las complicaciones por preeclampsia, ante el inminente riesgo de desarrollarla, se debió prescribir calcio a dosis de 1200 mg diarios.

Debo resaltar que a Kelly Johana Miranda Muñoz no se le practicaron ninguno de los exámenes y tratamientos mencionados.

PREGUNTA 6

¿DESDE CUÁNDO INICIÓ LA PACIENTE CON SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA?

La preeclampsia se clasifica en dos grandes grupos los cuales son:

1. Preeclampsia pura:

Cifras tensionales \geq 140/90mmHg en dos tomas aisladas de 4 horas antes de la semana 20 + proteína en orina de 24 horas positiva es decir valor $>$ 300mg.

2. Preeclampsia con criterios de severidad, cualquiera de los siguientes hallazgos:

Compromiso cardiovascular: Cifras tensionales \geq 160/110mmHg.

Neurológico: Convulsiones o síntomas neurohipertensivos como: visión borrosa, zumbido en los oídos, visión de luces.

Pulmonar: Edema agudo de pulmón (Líquido en los pulmones).

Hepático: Laboratorios alterados como los las enzimas hepáticas (transaminasas) dos veces por encima de su valor normal ó mayor a 70U/L.

Renal: Creatinina sérica $>$ 1.1mg/ml, oliguria (diuresis por debajo de 0.5cc/Kg/Hora), creatinina el doble de su valor basal es decir el inicial.

Hematológico: Plaquetas $<$ 100.000mm³, Lactato deshidrogenasa $>$ 600u/L.

La paciente inició con síntomas y signos de preeclampsia el día de su ingreso a Urgencias el 9 de enero de 2016 con síntomas de cefalea intensa global, adicional a esto con signos de preeclampsia severa con crisis hipertensiva con tensiones arteriales de 200/160 mmHg.

También con evidencia en los laboratorios de disfunción orgánica con alteración de la función renal con creatinina de 1.41, lo cual se considera criterio de severidad para disfunción renal.

PREGUNTA 7

¿FUE ADECUADA LA CONDUCTA TOMADA POR PARTE MÉDICA EL DÍA DE SU INGRESO EL 17 DE ENERO DE 2016, SIENDO UNA PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, ADICIONAL INDICAR MANEJO DE MADURACIÓN PULMONAR FETAL Y LAS RECOMENDACIONES INDICADAS EN EL ALTA MÉDICA?

La paciente ingresó el 17 de enero de 2016 con un cuadro clínico de dolor tipo cólico en región lumbosacra que se irradiaba hipogastrio, sin pérdidas vaginales, en la historia clínica los signos vitales se encontraban dentro de metas, adicional se reporta que no tenía actividad uterina y que no había cambios cervicales, con monitoria fetal reportada y documentada sin contracciones, lo cual descarta el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, laboratorios dentro de límites normales, con hallazgos al examen clínico de una vaginitis para lo cual indica manejo, en su defecto siendo así la paciente no debió llevar manejo para uteroinhibición teniendo en cuenta que clínicamente no tenía un diagnóstico amenaza de parto pretérmino y adicional a esto el reporte enfermería de egreso la paciente tenía unas tensiones en 103/44mmHg, lo cual da una media de 64mmHg (hipotensión) aumenta riesgo de desprendimiento placentario, aunado a que venía

con manejo antihipertensivo lo cual obligatoriamente empeoraría las cifras tensionales.

En ese orden, si no se tenía un diagnóstico claro de amenaza de parto pretérmino no era indicación realizar una maduración pulmonar fetal.

Adicionalmente, la dosificación máxima para suministro de ese medicamento son 48 horas y no 5 días como fue ordenado, como dice en su guía contraindicado en oligoamnios y a la paciente este día no se le realizó al menos un perfil biofísico o en su defecto ecografía obstétrica y en lo relacionado con los cambios cervicales se hacía mandatorio una cervicometria.

Con lo antes mencionado siendo esta paciente de alto riesgo y con comorbilidades debió ser manejada bajo observación médica para evaluar respuesta del manejo donde solo estuvo siete horas.

PREGUNTA 8

¿LA ATENCIÓN DEL 19 DE ENERO DE 2016 FUE OPORTUNA, PERTINENTE Y ACERTADA?

El día 19 de enero de 2016 la paciente Kelly Miranda ingresó al servicio de urgencias de la clínica Zayma con un Triage II sabiendo que la paciente ingresó con una crisis hipertensiva con tensión arterial de 200/140 mmHg esto lo hace clasificar como un TRIAGE I (Debido a que indica que amerita una atención inmediata por una condición de salud que atenta contra su vida).

En esta ocasión su motivo consulta al ingreso cursando con embarazo de 32 semanas, fue dolor de cabeza y vómitos y en su estado general refieren algida piel fría y pálida, con un cuadro de tres a cuatro horas de evolución de cefalea global intensa asociado a náuseas, mareo, astenia, palidez mucocutánea, con sudoración profusa y piel fría. La paciente con hallazgos del examen físico no le encuentran frecuencia cardiaca fetal con el Doppler había una sospecha de óbito fetal.

De inicio se manejó con sulfato de magnesio dos ampollas, sin embargo la paciente no fue manejada con hipotensor para crisis, ideal manejo endovenoso por las condiciones al ingreso de paciente con disnea moderada, respiración de 28 por minuto, utilización de músculos respiratorios accesorios, sospecha de edema pulmonar, episodio de sialorrea rosada, saturación de oxígeno baja, sin embargo la indicación fue Nifedipino 30 mg cada 12 horas, lo cual es manejo para sostenimiento, en su defecto el ideal para crisis es el Nifedipino de 10mg.

Por otro lado, evidencian tono uterino aumentado con sospecha de desprendimiento prematuro de placenta motivo por el cual indican cesárea en la cual se confirma el desprendimiento completo de placenta, con útero el cual

anotan muy hipotónico para lo cual realizan sutura hemostática, sin dar manejo farmacológico conjunto, masaje uterino, por otro lado al postoperatorio inmediato en su ingreso a UCI anotan signos de choque, para lo cual no fue calculada las pérdidas en este procedimiento, ni activación de código rojo, cálculo de índice de choque para determinar requerimiento de transfusión sanguínea y mejorar volemia, con adicional sangrado vaginal abundante, en donde usan misoprostol tab 400mg intrarectal (Dosis suboptima), methergin 1 amp intramuscular, la cual es ta contraindicada en Hipertensión, mas con mal control de la misma.

PREGUNTA 9

¿QUÉ ES UN ABRUPTIO DE PLACENTA?

El desprendimiento de placenta se define como la separación prematura de una placenta normalmente implantada.

El desprendimiento de placenta complica aproximadamente el 1% de los embarazos y es una de las principales causas de sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo. También es una causa importante de mortalidad y morbilidad perinatal. El efecto materno del desprendimiento depende principalmente de su gravedad, mientras que su efecto sobre el feto está determinado tanto por su gravedad como por la edad gestacional en la que se produce. Los factores de riesgo de desprendimiento incluyen desprendimiento previo, tabaquismo, traumatismo, consumo de cocaína, gestación multifetal, hipertensión, preeclampsia, trombofilias, edad materna avanzada, rotura prematura de membranas, infecciones intrauterinas e hidramnios. El desprendimiento que afecta a más del 50% de la placenta se asocia con frecuencia con la muerte fetal.

El desprendimiento "oculto" menos común ocurre cuando la sangre se acumula detrás de la placenta, sin hemorragia externa evidente. Finalmente, el desprendimiento puede ser total y afectar a toda la placenta, en cuyo caso típicamente conduce a la muerte fetal, o parcial, con solo una porción de la placenta desprendida de la pared uterina.

PREGUNTA 10

¿CUÁL FUE LA CAUSA DEL ÓBITO FETAL DE LA PACIENTE EN MENCIÓN?

Óbito fetal se conoce como la muerte de un feto dentro del útero después de la semana 20 de gestación. Una de las causas de esto en un 100% es el abrupcio de la placenta, como ocurrió en el caso de Kelly Johana Miranda Muñoz.

PREGUNTA 11

¿CUÁL ES LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y COMPLICACIONES DE UN ABRUPTIO DE PLACENTA?

La presentación clínica del desprendimiento varía ampliamente desde casos totalmente asintomáticos hasta aquellos en los que hay muerte fetal con morbilidad materna grave.

Los síntomas descritos clásicamente de desprendimiento de placenta son sangrado vaginal y dolor abdominal. Sin embargo, es importante darse cuenta de que puede ocurrir un desprendimiento severo con ninguno de estos **signos o solo con uno de ellos**. La cantidad de sangrado vaginal se correlaciona con el grado de desprendimiento. La gravedad de los síntomas depende de la ubicación del desprendimiento, si se revela u oculta, y el grado de desprendimiento.

Existe una correlación entre el grado de separación placentaria y el riesgo de muerte fetal, y la muerte fetal ocurre en la mayoría de los casos en los que hay una separación placentaria superior al 50%.

PREGUNTA 12

¿CUÁL FUE LA CAUSA DE LA MUERTE DE KELLY JOHANA?

El diagnóstico definitivo de la causa de la muerte de un paciente debe ser confirmado de preferencia por medio de una necropsia, en este caso se cuenta con el aporte de la necropsia con fecha de 21 de enero de 2016 con hallazgos relevantes de edema pulmonar y hemoperitoneo 500cc que concluye: shock hipovolémico, hemorragia uterina anormal por preeclampsia severa, pero un análisis más profundo logra establecer que el error diagnóstico, producto de la falta de exámenes idóneos, impidió que la paciente recibiera el tratamiento adecuado, lo que a la postre condujo a la imposibilidad de salvarle su vida y la de su feto.

Evaluada y revisada de manera cuidadosa la historia clínica de la paciente, así como la información derivada de los elementos disponibles en el proceso y con aporte de informe de la necropsia del cuerpo de la paciente Kelly Johana Miranda Muñoz y corroborando la información analizada con la literatura científica médica, para análisis del caso se encuentra que se trata de una paciente de 30 años, quien ingreso con embarazo de 32.2 semanas, con antecedente de Hipertensión arterial crónica quien durante su proceso de control prenatal no llevo las intervenciones medicas necesarias para disminuir el impacto de las complicaciones propias de esta patología como se menciono en la pregunta 5, adicional el día 17 de enero de 2016 que ingresa con cuadro de dolor abdominal sin criterios diagnósticos para determinar amenaza de parto pretérmino, manejan como tal y sin realizar una estudios imagenológicos, ni paraclínicos complementarios para garantizar un adecuado manejo de manera intrahospitalaria y no dar egreso, dolor abdominal que pudo haber correspondido a la causa de su ingreso en menos de 48 horas por un abrupcio de placenta, lo cual se define como la separación de la placenta de su sitio de implantación antes del parto y que se presenta en el 50% antes de la semana 36, Hemorragia vaginal 10% oculto, Deterioro fetal >50%.

Paciente que ingresa el día 19 de enero de 2016 con síntomas y signos severos de preeclampsia como lo es compromiso cardiovascular, edema agudo de pulmón, con hallazgos adicional de óbito fetal (muerte fetal dentro del útero), abrupcio de placenta, quien por estas complicaciones es trasladada a cesárea de urgencias en tiempo inoportuno 1 hora y 48 minutos nace el producto de la gestación obitado, durante la cesárea presenta una atonía uterina con hallazgos de desprendimiento de placenta total la cual manejan con una sutura hemostática, es decir sutura para mejorar el tono y el sangrado, sin llevar en estos momentos manejos adicionales con medicamentos para

control del sangrado como lo describe la literatura en casos de código rojo (Hemorragia postparto >1000cc) que no fue activado, quien ingresa a la UCI posteriormente con choque hipovolémico con sangrado vaginal abundante, con persistencia de taquicardia (Frecuencia cardiaca de 164 latidos por minutos, hipertensa con Tensión arterial de 164/94mmHhg, para lo que manejada con líquidos endovenosos, con methergyn una ampolla la cual esta contraindicada en pacientes con cifras tensionales elevadas, misoprostol 400mcg lo cual no es la dosis adecuada según según protocolo de la Organización Mundial de la Salud, en notas de enfermería reportan perdidas en pañal de hasta 400cc de sangrado vaginal.

En conclusión la Kelly Johana Miranda Muñoz fallece por deficiencia en las intervenciones realizadas durante el control prenatal ya que no se pudo prevenir de forma adecuada complicaciones como la Preeclampsia o en su defecto detectarla de manera temprana, adicional mal manejo en la consulta que se registro el 17 de enero de 2016, la cual la paciente debió estudiarse y hospitalizarse para vigilancia de su evolución por no tener un diagnostico claro y manejos inadecuados como indican para amenaza de parto pretérmino, que posterior al ingreso del 19 de enero de 2016 hubo falencias en los manejos proporcionadas para su preeclampsia severa, tiempos en la atención, manejo inadecuado de la hemorragia, en donde desde que sale de la cesarea e ingresa a la UCI con sangrado vaginal abundante, persistente y anotado en notas de enfermería sin manejo de transfusión de hemoderivados, lo cual se certifica con la necropsia que concluye un shock hipovolémico, con hallazgo de hemoperitoneo de 500cc, lo cual en esta paciente le produce deterioro de su estado hemodinámico, hematológico, compromiso multiorgánico, coagulación intravascular diseminada y la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Etiología de la preeclampsia , Eunjung Jung , MD; Roberto Romero, revista estadounidense de obstétrica y ginecología febrero 2022
- Sanjeev G. Shroff, Alisse Hauspurg, Judith U. Hibbard y Kirk P. Conrad
- Trastornos hipertensivos de Chesley en el embarazo, Capítulo 11, 219-244
- MEDICINA CRITICA EN OBSTETRICIA, Primera Edición 2012, ABNER LOZANO LOSADA y FABIO ROJAS LOZADA, Sandra Ximena Olaya Garay, MD.
- Trastornos Hipertensivos Asociados al Embarazo, página 231-296
- Cambios fisiológicos en el embarazo Rachel M. Kacmar, MD, Robert Gaiser, MD
- Fisiología materna KATHLEEN M. ANTONY, DIANA A. RACUSIN, KJERSTI AAGAARD y GARY A. DILDY
- Cambios fisiológicos en el embarazo. Pipkin de Fiona Broughton
- Preeclampsia con criterios de severidad. Eduardo Malvino 2023
- MINSALUD. LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO DE LA SALUD INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD MATERNO PERINATAL. JULIO 2018. COLOMBIA. FECOLSOG. CODIGO ROJO: GUIA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA. PAGES 34-48. ACOG. POSPARTUM HEMORRHAGE. Nº183, OCTOBER 2017. FLASOG. HEMORRAGIA POSPARTO. DONDE ESTAMOS Y HACIA DONDE VAMOS. 2018
- Placenta Previa, Placenta Accreta, Abruptio Placentae, and Vasa Previa, ANDREW D. HULL, BMedSci, BMBS | ROBERT RESNIK, MD, ClinicalKey.es por Elsevier en agosto 19, 2018.
- JOGC. (2018-12). MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO. VOLUMEN 40 Nº 12

ISABEL CRISTINA BUSTOS VALENCIA

CC. 1129.535.579

Celular: 302 2871254

Correo: isabelc50@hotmail.com

ESTUDIOS REALIZADOS

- Diplomado en Ecografía Obstetricia y Ginecología 2021
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud
- Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, 2021
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Hospital San José y Hospital San José Infantil
- Médico cirujano, 2009
Universidad Libre de Barranquilla

EXPERIENCIA LABORAL

Centros Médicos Colsanitas, Ginecóloga y Obstetra, 2022 – Actual
Radiofam, Ecografía ginecológica y obstétrica, 2022 – Actual
Ejército Nacional, CRH, Ginecóloga y Obstetra, 2024 – Actual
Clínica Magdalena, Ginecóloga y Obstetra sala de partos y consulta AROM, 2023 – 2024
Hospital San Jose Infantil, Ecografía ginecología y obstetricia de Urgencias, 2023
Colsubsidio – RIMAB, Ecografía ginecología y obstétrica 2022-2023
Compensar, ASMEDAN, Ginecóloga y Obstetra de consulta externa 2022 - 2023
Hospital San Rafael de Fusagasugá, Ginecóloga y Obstetra hospitalización, consulta externa y ecografía - 2022

DOCENCIA

Centros Médicos Colsanitas, Estudiantes de medicina de UNISANITAS
Hospital de Fusagasugá, Estudiantes e Internos de UNISANITAS Y UAN

Cordialmente,

ISABEL CRISTINA BUSTOS VALENCIA

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia
C.C. 1129.535.579
Celular: 302 2871254
Correo: isabelc50@hotmail.com