



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA ANSERMA

DIRECCIÓN: Carrera 5A - Calle 1A Hospital San Vicente de Paúl. ANSERMA, CALDAS
TELÉFONO: 57 6068860060 ext 3695

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024

CIUDAD Y FECHA: ANSERMA. 28 de marzo de 2024
NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBMAN-DSCA-00370-C-2024**
OFICIO PETITORIO: No. rad. 2019-00365 - 2024-01-29. Ref: Otra rad. 2019-00365 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: ELIANA ANDREA SALAZAR ARIAS
JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
JUZGADO
AUTORIDAD DESTINATARIA: ELIANA ANDREA SALAZAR ARIAS
JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
JUZGADO
PALACIO NACIONAL PISO 6 OFICINA 601
MANIZALES, CALDAS
NOMBRE PACIENTE: VALENTINA FUQUENE AGUDELO
IDENTIFICACIÓN: Indocumentado
EDAD: Sin dato
ASUNTO: Responsabilidad profesional

Metodología:

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

DATOS DEL CADÁVER:

- **Nombre:** Valentina Fuquenes Agudelo
- **Edad:** 25 años
- **Ocupación:** Ama de casa/Hogar
- **Sexo:** Femenino
- **Documento de identidad:** No. 1.054.991.698
- **Estado civil:** Casada
- **Escolaridad:** Sin información
- **Dirección (Residencia):** Sin información
- **Régimen de Seguridad Social:** Salud Total EPS-S S.A- Cotizante Rango A

DATOS DEL INVESTIGADO:

- **Nombre de la institución:** HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINÁ Y SALUD TOTAL
- **Ciudad:** Chinchiná Caldas
- **Nivel De Complejidad:** NIVEL 2
- **Nombre del profesional:** Sin información
- **Edad:** Sin información
- **Sexo:** Sin información
- **Profesión y Especialidad:** Sin información
- **Facultad:** Sin información
- **Registro Médico:** Sin información
- **Tiempo de experiencia:** Sin información
- **Tiempo de vinculación:** Sin información

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO



MOTIVO DE PERITACIÓN

se recibe OFICIO PETITORIO enviado por Juzgado Tercero Administrativo Del Circuito De Manizales Caldas, el 2024-01-22, con NUNC: 170013333003201900365, solicitando en un folio estudio y valoración de historia clínica mediante cuestionario, dentro del proceso de Reparación Directa interpuesta por la señora VALENTINA FUQUENES AGUDELO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.054.991.698, documentación enviada mediante correo electrónico institucional desde la ciudad de Manizales - Seccional Caldas- Regional Occidente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se procede a realizar Responsabilidad Médica mediante historia clínica y cuestionario de preguntas para emisión de concepto médico aportada por la autoridad.

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

Se recibe mediante correo electrónico institucional desde la ciudad de Manizales - Seccional Caldas- Regional Occidente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, documentación para concepto médico de Responsabilidad Profesional, que corresponde a: Historia clínica de la atención prestada en el ESE Hospital San Marcos – Chinchiná Caldas, Clínica Versalles Manizales-Caldas: a la Señora VALENTINA FUQUENES AGUDELO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.054.991.698, carpeta del proceso con NUNC: 170013333003201900365, información consignada en #446 folios.

OTROS RECURSOS UTILIZADOS

Bibliografía indexada en base de datos de la Universidad Tecnológica de Pereira- Marco Teórico.

EXAMEN CLÍNICO FORENSE ACTUAL

RESUMEN DEL CASO ESE HOSPITAL SAN MARCOS – CHINCHINA CALDAS:

"Fecha atención: 02/01/2014 12:46 horas: Paciente de 23 años, primigestante con embarazo de 18 semanas 1 día por FUM (fecha de última menstruación) confiable del 30/08/2013 y 17 semanas 1 día por eco I (semanas 6 días 5/11/2013) consulta por cuadro clínico de aproximadamente 1 hora de evolución, manifiesta que el hermano presentó una convulsión y posterior a ello presenta sensación de ansiedad asociado a dolor hipogástrico sin otros síntomas asociados, manifiesta presencia de flujo blanquecino en poca cantidad no pruriginoso, no fétido, todos los paraclínicos del embarazo normales, VIH y HB: negativos, 5 controles prenatales, toma micronutrientes, hemoclasificación: A+. EXAMEN FÍSICO: abdomen blando, con AU 16cm, variable, dolor a la palpación de hipogastrio, sin defensa, ni signos de irritación peritoneal, genitourinario a la especuloscopia cuello posterior formado y cerrado sin pérdidas vaginales, extremidades buena perfusión distal sin lesiones o edemas, sin limitación funcional, neurológico sin déficit. DIAGNÓSTICO: Embarazo Confirmado. CONDUCTA: Paciente de 23 años consulta por ansiedad y dolor abdominal hipogástrico secundario a situación estresante, en el momento sin actividad uterina ni pérdidas vaginales, manifiesta que el dolor ha disminuido, examen físico normal, se da alta con manejo analgésico, signos de alarma y recomendaciones. Dra. Estefanía Murillo Piedrahita- Medicina General".

Nota adicional a historia clínica del 02/01/20214 hospital San Marcos Chinchiná Caldas realizada el 20/08/2014 a las 13+50 horas del día, refiere: "se envía copia de la historia clínica por correo electrónico a la alcaldía de Chinchiná para un COVE departamental. ID 33190918. Usuario Jorge Andrés Salazar M."

**CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS:**

"Fecha atención: 13/04/2014 a las 06:58 am: ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: diagnóstico ingreso: hidrops fetal no inmune, gestación de 31 semanas 3 días. Enfermedad actual: paciente de 23 años primigestante A+ con embarazo de 31+6 semanas de gestación por fum (fecha de última menstruación), confiable del 31 de agosto del 2013, quien ingresa remitida de urgencias de salud total, debido a que en su control con ginecología le mandan una ecografía que reporta: feto único, longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho, peso estimado fetal: 1721grms, movimientos fetales disminuidos, índice de líquido amniótico de 36.9, perfil biofísico 4/8, además: derrame pleural bilateral, edema peri craneano y de tejidos blandos, hidrops fetal no inmune, Doppler fetal normal para una edad gestacional de 31+3 semanas, fcf (frecuencia cardiaca fetal): 120 lpm (latidos por minuto) con ecografías previas normales; ecografía 13/diciembre/2013: embarazo único de 13+5 semanas, fcf 154, sin evidencia de hematomas subcoriales ni retrocoriales, líquidos amniótico normal, ecografía 23/enero/2014: corion envolvente de predominio fúndico líquido amniótico normal en cantidad y calidad, cordón de 3 vasos, feto creciendo en el percentil 28 para la edad gestacional, PARACLÍNICOS: 1/noviembre/2013: IgM toxoplasma 0.06 negativo, serología reactiva en dos diluciones, Antígeno Superficie Hepatitis B: negativo, VIH: negativo, glicemia 72mg/dl... antecedentes familiares: abuela materna diabética, antecedentes personales: negativos, examen físico ingreso: TA (tensión arterial) 120/80 MmHg (milímetros de mercurio), FC (frecuencia cardiaca) 80, aceptables condiciones generales de salud, alerta, cabeza: normocéfala, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, mucosas rosadas y húmedas, cuello sin adenopatías ni soplos, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, sin sobre agregados, abdomen con útero grávido, altura uterina: 31cm, fetocardia de 120 lpm (latidos por minuto), feto longitudinal, cefálico, dorso izquierdo, no actividad uterina, movimientos fetales presentes, extremidades no dolor ni limitación a la movilización, llenado capilar, sin edema, neurológico: Glasgow 15/15 no déficit motor ni sensitivo. ginecológico: cuello formado, blando, posterior, permeable a 2 dedos, membranas abombadas...ANÁLISIS INGRESO: paciente de 23 años primigestante con 31+6 semanas de gestación, en controles perinatales (9 hasta el momento) en el municipio de Chinchiná, trae ecografía que reporta: movimientos fetales disminuidos, derrame pleural bilateral, edema peri craneano y de tejidos blandos, hidrops fetal no inmune...se solicita exámenes complementarios para descartar infecciones del complejo Torch y sífilis congénita, tratamiento, se solicita monitoreo fetal, se inicia maduración fetal con esteroides...EVOLUCIÓN: reporte: IgM toxoplasma: negativo, serología: reactivo débil 0 diluciones, hemograma normal, se decide iniciar trámite para remisión a IV nivel para valoración por perinatología, es aceptada en Valle De Lili Cali con diagnóstico: hidrops fetal no inmune...manifiesta salida de escaso material mucoso por vagina no fétido sin sangre, no presenta dolor tipo contracción uterina ... al ingreso a la institución se solicitaron paraclínicos: toxoplasma IgM: negativo, pendiente IgM citomegalovirus, IgM herpes, IgM rubeola y ftabs prueba confirmatoria para sífilis, se aplicó a las 22 horas maduración fetal con esteroides 12 mg de betametasona, a la 1 am se traslada en ambulancia a nivel de mayor complejidad... Dr. Andrés Leonardo Naranjo Cardona-Ginecología y Obstetricia".

ESE HOSPITAL SAN MARCOS – CHINCHINA CALDAS:

"Fecha atención: 19/08/2016 15:32 horas: ECOGRAFIA OBSTETRICA: FUM: 02 de junio de 2016: vejiga vacía, útero en posición intermedia, aumentado de tamaño, gestante, saco gestacional regular, homogéneo bien definido, en su interior se observa feto único, vivo, activo, con fcf (frecuencia cardiaca fetal) presente, no se observa alteraciones estructurales para esta edad gestacional y este nivel de ecografía adecuada reacción decidual sin desprendimientos, líquido amniótico normal, presencia de pequeño hematoma fúndico crl: 22 mm gs: 42 mm...DIAGNÓSTICO: embarazo único de 9 semanas +/- 1 semana por ecografía...Dr. Carlos Arturo Cifuentes Bedoya-Ginecología y Obstetricia". ESE HOSPITAL SAN MARCOS – CHINCHINA CALDAS: "Fecha atención: 04/12/2016 19:45: Enfermedad Actual: Tengo mucha

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



diarrea. Paciente de 25 años, secundigestante, G2P1AO, periodo intergenésico hace 3 años hidrops fetal, con 26.3 semanas de gestación por amenorrea confiable del 2 de junio de 2016, consulta por cuadro clínico de 1 día de evolución, consistente en diarrea sin moco, ni sangre, asociado a dolor abdominal tipo cólico, niega perdidas vaginales, síntomas urinarios o premonitorios, refiere sentir movimientos fetales activos. EXAMEN FÍSICO: tensión arterial: 111/59. Abdomen: útero grávido, altura uterina 25 cm, fetocardia positiva de 136 lpm (latidos por minuto) escuchada con Doppler junto con la paciente, feto en situación variable, no se evidencia actividad uterina durante el examen físico, abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin masas, sin signos de irritación, genitourinario no se realiza. ANÁLISIS: paciente con embarazo de 26.3 semanas de gestación, alto riesgo obstétrico por antecedente de hidrops fetal y preeclampsia, consulta por diarrea asociado a dolor abdominal tipo cólico, al examen físico sin deshidratación, bienestar fetal, no irritación peritoneal, paciente con gastroenteritis, se envía manejo ambulatorio, signos de alarma y recomendaciones. Dr. Ricardo Esteban Montoya-Medicina General".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 22/11/2016: ESPECIALIDAD PERINATOLOGÍA: Paciente de 25 años, G2P1V0C1 con gestación de 22 semanas 3 días por ecografía del 19-08-2016 con edad gestacional 9,0 semanas, remitida por hallazgo de estudio 11-14 con aumento de riesgo de aneuploidías (riesgo basal para t 21 por edad 1.962 ajustado por tn reportado en estudio 1: 188), hipotiroidismo asociado con ultimo TSH normal, no planificaba, primer parto en abril de 2014 a las 33 semanas, con hidrops fetal no inmunológico con muerte perinatal no realizaron estudios de patología. Número de controles prenatales 5. PARACLÍNICOS 27-10-2016: normales creatinina 0,7 aspartato aminotransferasa (AST) 9,1 ----ecografía del 15-09-2016 edad gestacional 13,4 semanas TN 3,6mm (mayor a pc 95) con ductus venoso reportado como alterado y tamizaje positivo para RCIU (restricción de crecimiento intrauterino) y preeclampsia, ecografía de detalle 22/11/2016 evidencia biometrías para 22,3 semanas de gestación, pielectasia renal derecha e ILA (índice de líquido amniótico) en límite superior de la normalidad, crecimiento adecuado en percentil 20...Examen físico: Frecuencia cardiaca 78, tensión arterial: 105-60, tensión arterial media 75, saturación 94% FIO2 (fracción inspirada de oxígeno) 0,21, peso 62 kg, talla 155 cm, no ingurgitación yugular, reflejos osteotendinosos (ROT) ++/++++ PLAN TRATAMIENTO: Se considera cariotipo bandas G en liquido amniótico y control de tasa de crecimiento fetal... Dr. German Orlando Ramos Cruz-Perinatología".

ESE HOSPITAL SAN MARCOS – CHINCHINA CALDAS:

"Fecha atención: 06/02/2017 a las 14:21 horas. Enfermedad actual: "tengo dolor de cabeza, náuseas y vomito". Paciente de 26 años de edad, secundigestante, G2P1A0C0V0M1, periodo intergenésico de 3 años, antecedente de preeclampsia severa en el primer embarazo requiriendo cesárea con obtención de recién nacido pretérmino, quien fallece a los 7 días, recientemente en manejo con asa (ácido acetil salicílico) suspendida hace una semana, con 35.4 semanas de gestación por amenorrea confiable del 02/06/2016 y de 34.1 semanas de gestación por ecografía obstétrica del 25/07/2016 que reporta edad gestacional de 6.1 semanas, ha asistido a 14 controles prenatales, hemoclasificación A+ trae paraclínicos: parcial de orina no patológico, VIH: no reactivo, HB: 12.2, toxoplasma IgM: negativo, TSH: 6.38 (en tratamiento con levotiroxina 50 mcgr cada día, ultima de 2.62), serología no reactiva, urocultivo negativo, Hepatitis B: no reactivo, glicemia 81, consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en hipertermia facial nocturna según la paciente refiere asociada a cefalea tensional generalizada, mareo y nauseas, niega perdidas vaginales, síntomas urinarios o premonitorios, refiere sentir movimientos fetales activos, refiere toma de micronutrientes...patológicos: hipotiroidismo gestacional, preeclampsia severa hace 3 años, quirúrgicos: pre cesareada hace 3 años. EXAMEN FÍSICO: tensión arterial: 120/80 milímetros de mercurio, buenas condiciones generales de salud, cabeza: PINR (pupilas isocóricas

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



normoreactivas), mucosas rosadas y húmedas, cuello simétrico, no ingurgitación yugular, tórax normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, campos pulmonares bien ventilados, sin sobre agregados, abdomen: útero grávido, altura uterina 31 cm, fetocardia positiva de 140 lpm (latidos por minuto) escuchada con Doppler junto con la paciente, feto en situación longitudinal, cefálico, dorso izquierdo, no encajado, no se evidencia actividad uterina durante el examen físico, genitourinario genitales externos aparentemente sanos, especuloscopia: cuello sano, sin signos de sangrado, flujo vaginal escaso, tacto vaginal: cuello posterior, cerrado, formado, extremidades móviles, sin presencia de edemas, con adecuada perfusión, arcos de movimiento conservados, sin dolor, sin signos inflamatorios, sin crépitos, neurológico: Glasgow 15/15, fuerza 5/5, sin déficit sensitivo o motor, pares craneanos sin alteraciones. **DIAGNÓSTICO:** supervisión de embarazo con otro riesgo en la historia obstétrica o reproductivo. **EVOLUCIÓN:** al ingreso con signos vitales estables, por antecedente considero necesario solicitar paraclínicos, administrar dosis de maduración pulmonar, le explico a la paciente conducta, quien refiere entender y aceptar conducta médica. betametasona ampolla 4 mg, administrar 3 ampollas ahora y repetir dosis en 24 horas (14+00 horas), se solicita hemograma, Uroanálisis, creatinina y BUN, control de signos vitales. **MONITOREO FETAL ELECTRONICO:** moderada variabilidad, sin desaceleraciones sostenidas, línea base de la frecuencia cardiaca fetal 140 lpm (latidos por minuto), movimientos fetales percibidos por la madre, sin actividad uterina regular, categoría I. **REPORTE PARACLINICOS:** leucos 7.5, neutros 63.8%, linfocitos 25.5%, hb (hemoglobina) 12.0, hto (hematocrito) 36.8%, plaquetas 194.000, Uroanálisis: amarillo, lig turbio, proteínas, bilirrubinas, sangre, cetonas, nitritos, negativo. leucos 25 sedimento: leucos 6-10 xc, bact ++, cells epiteliales +, levaduras escasas, micelios de hongos ++, Creatinina 0.72, BUN 6. paciente refiere sentirse bien, niega sintomatología positiva, sin embargo en Uroanálisis con bacteriuria positiva y presencia de levaduras, por lo que doy alta con antibiótico oral ambulatorio, orden de urocultivo, óvulos intravaginales, se comenta caso con ginecólogo de turno Dr. Roque, quien sugiere, continuar tomando asa (ácido acetil salicílico) hasta la semana 38, paciente, alta con betametasona ampolla por 4 mg, aplicar 3 mañana a las 14+00 horas, ampicilina capsula 500 mg vía oral, ácido ascórbico, clotrimazol óvulos, signos de alarma para reconsultar de inmediato. Dra. Carolina Aristizábal V.- Medicina General" ... **NOTA ENFERMERIA:** egresa del servicio de partos acompañada de un familiar con indicaciones recomendaciones orden de urocultivo se le explica formula medica... Marylady Galvis Ocampo-Enfermera".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS.

"Fecha atención: 19/02/2017 a las 07:34 p.m: Paciente de 26 años de edad. **PARACLÍNICOS PRENATALES:** TSH de 6.38, IgM toxoplasma: negativo, Serología: no reactiva, glicemia: 62, VIH: negativo, Antígeno Hepatitis B: negativo, IgG toxoplasma: positivo, HB (hemoglobina): 13: HTC (hematocrito) 41, Uroanálisis: no patológico, urocultivo: negativo. ---**Ecografía 20/12/2017:** Gestación de 26.3 semanas, no se evidencias malformaciones mayores al momento del estudio, crecimiento fetal en percentil 37, tamizaje positivo para trastornos de la placentación. ---**Ecografía 06/12/2016:** peso estimado de 648 creciendo en percentil 23, embarazo de 24.3 semanas, perfil hemodinámico normal, perfil biofísico 6/8. monitoreo fetal: FCF (frecuencia cardiaca fetal) de 155 LPM (latidos por minuto), sin desaceleraciones, movimientos fetales positivos más de 10 en 20 minutos, no hay actividad uterina presente en el trazado, adecuada variabilidad, ACOG 1... **Signos vitales:** Presión arterial: 160/110 Frecuencia Cardiaca.: 78 Frecuencia Respiratoria: 17 Temperatura: 36.70 Peso (Kg): 70.00... **Examen Físico:** Paciente en buenas condiciones generales, facies abotagadas, tórax simétrico sin retracciones, murmullo vesicular limpio sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen blando, grávido AU (altura uterina): 33 cm, feto único longitudinal, cefálico, dorso izquierdo, no hay actividad uterina a la valoración, se realiza tacto vaginal cuello posterior cerrado formado, no hay sangrado, no flujo patológico, extremidades móviles edemas grado II, fóvea positivo por encima de la rodilla, neurológico: sin déficit ROT (reflejos osteotendinosos) ++/++++... **ANÁLISIS:** Paciente de 26 años, G2A0C1P0V0 hace 3 años cesárea por preeclampsia severa con

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



pretérmino de 34 semanas muerte neonatal temprana por hidrops fetal. Hoy cursando con 36.0 semanas por ecografía temprana del primer trimestre realizada el 25/07/2016 donde reporta 6,1 semanas, hemoclasificación A positivo. Ha asistido a 15 controles prenatales, antecedentes de hipotiroidismo gestacional. Refiere ya aplicaron maduración fetal pulmonar en el Hospital San Marcos Chinchiná ultima dosis (09/02/2017), hoy asiste al servicio de urgencia por cuadro clínico de 1 semana de evolución de dolor en hipogastrio irradiado a regio lumbar, refiere en ocasiones hipertonía uterina, niega perdidas vaginales, refiere percibir movimientos fetales, concomitantemente refiere edema de miembros inferiores, cefalea, mareo... Al examen físico cifras tensionales en rangos de severidad, sin cambios cervicales, sin actividad uterina, monitoreo fetal categoría 1. por lo que se inicia antihipertensivo y control de cifras a las 2 horas, además se solicita nuevo perfil toxemico a las 6 am, se inicia recolección de proteinuria en 24 horas, ultima ecografía el 19 de enero---PLAN MANEJO: Hospitalizar, dieta corriente, SSN (solución salina normal) al 0.9% pasar a 80 cc (centímetros) hora, Nifedipino tableta de 10 mg, 1 tableta vía oral dosis única, alfa metildopa tableta de 250 mg, 1 tableta vía oral cada 8 horas, levotiroxina tableta de 50mcg 1 al día vía oral, cuantificar LE (líquidos eliminados) y peso diario, ss (se solicita) hemograma, TGO (transaminasa oxalacetica) TGP (transaminasa pirúvica), DHL (deshidrogenasa láctica), creatinina, BUN (nitrógeno ureico), bilirrubinas, serología a las 6+00 am de controles iniciar proteinuria en 24 horas presión arterial cada 4 horas avisar si está por encima de 160/110".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 20/02/2017 01:30 a.m: Paciente que durante la noche presenta cifras tensionales normales de 110/60, aunque refiere intensa cefalea, por lo que se ordena 1 gramo de acetaminofén vía oral".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 20/02/2017 08:33 a.m: Embarazo de 36+1 semanas- preeclampsia sin criterios de severidad (crisis HTA (hipertensión arterial) inicial resuelta) - hipotiroidismo no controlado- cesárea previa hace 3 años, muerte neonatal temprana por hidrops fetalis- signos blandos para malformaciones fetales, no se realizó cariotipos: comenta sentirse bien, sin cefalea en el momento, sin síntomas premonitorios, tolerando vía oral, adecuado patrón gastrointestinal y de diuresis. SV (signos vitales): TA (tensión arterial): 130/80, FC (frecuencia cardiaca): 65 LPM (latidos por minuto) FR (frecuencia respiratoria): 17 RPM (respiraciones por minuto), SatO2 (saturación de oxígeno): 96%. diuresis: 3,3 cc (centímetros)/kg/hora, alerta, orientada, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, sincrónicos con el pulso, murmullo vesicular limpio en ambos campos; abdomen blando, útero grávido, feto único, longitudinal, cefálico, no encajado, fetocardia de 140 lpm (latidos por minuto), escuchada también por la madre, extremidades sin edemas, bien perfundidas, neurológico, sin déficit ni signos de focalización...PLAN: Actualmente en manejo antihipertensivo por preeclampsia sin criterios de severidad, se espera reporte de proteinuria en 24 horas para clasificación del trastorno hipertensivo y definir cambios en el manejo, se solicita monitoreo fetal y eco (ecografía)+ PBF (perfil biofísico fetal) + Doppler".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 20/02/2017 09:51 p.m: Paciente de 26 años, en manejo antihipertensivo por trastorno hipertensivo a clasificar, refiere sentirse en mejores condiciones de salud, niega síntomas de vasoespasmo, refiere edema intenso en miembros inferiores, TA (tensión arterial): 130/80 mmHg paciente en buenas condiciones generales, alerta, extremidades con edema grado I con fóvea positivo, llenado capilar adecuado, neurológico sin déficit aparente...PLAN: Cifras tensionales permanecen en estadio I, ecografía + Doppler + perfil biofísico: reporta placenta posterior grado II, peso estimado fetal 2712 gr, perfil biofísico 8/8, ILA (índice de

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



líquido amniótico) 19.5 cc, Doppler placentario y fetal normal, baja probabilidad de desarrollar preeclampsia precoz severa y/o RCIU (restricción crecimiento intrauterino) de origen placentario, hasta el momento igual manejo médico.

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 21/02/2017 08:24 a.m: Paciente de 26 años con dx (diagnostico) 1. Gestación de 36.2 semanas G2P1V0C1 (cesárea previa hace 3 años a las 34 ss (semanas) por preeclampsia severa - muerte perinatal - hidrops fetal) 3. Preeclampsia sin severidad 4. Hipotiroidismo controlado compensado. 5 feto vivo creciendo en percentil 20. proteinuria positiva 604 en 24 horas dx (diagnostico) de preeclampsia en el momento sin severidad, sin embargo dado que la paciente es precesareada, con múltiples factores de riesgo (preeclampsia, hipotiroidismo, antecedente de muerte perinatal, riesgo elevado de aneuploidía) y con gestación cercana al termino 36.2 semanas se considera requiere terminación de la gestación por vía alta, se solicita perfil toxemico ahora, curva de TA (tensión arterial), vigilancia materna y fetal, ss (se solicita) monitoria fetal pasar a cesárea".

CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 21/02/2017 10:44 a.m: Nota enfermería recuperación de cirugía: 10+45 ingresa paciente a sala de recuperación en camilla, bajo los efectos de anestesia raquídea, se monitoriza mostrando signos vitales PA (presión arterial):100/64, FC (frecuencia cardiaca) 82, Sat (saturación) 100, herida quirúrgica suturada supra púbica cubierta con micropore limpio y seco, sangrado vaginal moderado -11+00 por orden verbal del Dr. Cruz se administra 2 gr de dipirona sin complicación, paciente que no refiere dolor no presente ni nauseas ni emesis continua sin mover sus miembros inferiores -11+15 TA (tensión arterial) 120/72 FC (frecuencia cardiaca) 81, paciente en estables condiciones generales continua con goteo de oxitocina y SSN (solución salina normal) por 500 cc (centímetros) mas 2 gr de dipirona ---11+45 paciente en estables condiciones generales ya siente miembros inferiores pero aun con un poco de pesadez ---13+00 paciente que continua en condiciones generales estables no presenta dolor tiene sangrado vaginal escaso TA (tensión arterial) 110/72, FC (frecuencia cardiaca) 86".

CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"**INFORME QUIRÚRGICO:** Descripción quirúrgica: previo al inicio de la cesárea se aplica antibiótico profiláctico cefazolina 2 gramos previa asepsia y antisepsia de abdomen con Isodine, se realiza incisión tipo pffanestiel hasta cavidad, histerotomía con bisturí, disección roma, se aprecia líquido amniótico claro, grumoso, sin meconio... nace producto sexo masculino , en cefálica, Apgar 8/8 atendido por pediatría, placenta tipo schultze, completa, cordón normal, histerorrafia sin complicaciones maternas, sangrado normal aproximado de 1000 cc, compresas completas".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 21/02/2017 03:16 p.m. NOTA ENFERMERIA INGRESO HOSPITALIZACION: Ingresa paciente tranquila manifestando cefalea, no refiere alergias a medicamentos. Recibo paciente procedente del servicio de quirófano en camilla, llega consciente, orientada, afebril, hidratada, abdomen blando, depresible, con leve dolor a la palpación, involución uterina a nivel supra umbilical, herida quirúrgica suturada cubierta, miembros inferiores sin edema".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 21/02/2017 08:14 p.m: NOTA ENFERMERÍA: Refiere dolor de cabeza pero este sede con analgesia, consciente, orientada, sin signos de dificultad respiratoria, sin soporte

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



de oxígeno, pasando solución salina normal 2500/24 horas, abdomen blando, depresible, con leve dolor a la palpación, involución uterina a nivel supra umbilical, herida quirúrgica suturada cubierta, miembros superiores e inferiores sin presencia de edema, con signos vitales estables, cuidados herida quirúrgica, vigilar sangrado vaginal, involución uterina-masaje uterino externo-lactancia materna exclusiva- pendiente completar ciclo de antibiótico".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 22/02/2017 05:34 a.m: Nota enfermería: Paciente que pasa el resto de la noche sin complicación, presenta signos vitales estables, con Glasgow 15/15, control de líquidos ingeridos y eliminados, control de presión arterial cada cuatro horas, acompañante permanente, pendiente manejo por ginecología terminar ciclo de antibiótico, reporte de paraclínicos de control... EVOLUCIÓN: "Fecha atención: 22/02/17: Femenina adulta joven. Actual estado postoperatorio de cesárea el pasado 21/02/2017 a las 10+00 horas, en el momento 24 horas aproximadamente, ahora estable desde toda perspectiva, óptimas condiciones para contexto puerperal y postoperatorio, Recién nacido hospitalizado en unidad neonatal. Recuento de glóbulos blancos 11.64 hemoglobina 10.6 hematocrito 33.4 recuento de plaquetas 193.0 linfocitos % 21.6, neutrófilos % 67.5, creatinina suero: 0.5, TGO/ ASAT (transaminasa oxalacética): 17.80, TGP/ ALAT (transaminasa pirúvica) 9.50 bilirrubina total: 0.30, bilirrubina directa: 0.12, bilirrubina indirecta: 0.18, paraclínicos hoy: normales, además cifras tensionales estables, considero condiciones aptas para provisión de egreso hospitalario con manejo indicado por ginecología y control ambulatorio por la especialidad... INDICACIONES: Alta hospitalaria de la madre, medicación según formulación, administración IM (intramuscular) de anticonceptivo hormonal inyectable progestágeno en 21 días, analgesia oral, signos y síntomas de alarma para efectuar reconsulta (madre: dolor abdominal incesante* sangrado vaginal* signos de infección de herida quirúrgica* fiebre* dificultad respiratoria; hijo: alteración de la conciencia* vomito de alto gasto* no recepción absoluta de alimentación* ictericia profusa) - control en una semana por su EPS y retiro de puntos, se explica claramente* se comprueba comprensión y aceptación - licencia de maternidad".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 22/02/2017 11:55 a.m: Nota enfermería egreso hospitalización: Paciente valorada por médico de turno quien expresa que cumplido el tiempo, verificado laboratorios de la madre pueden egresar, explico signos de alarma por los que puede re consultar, usuaria, consciente, orientada, hidratada, tolerando la deambulacion sin signos premonitorios de sangrado, sin signos de dificultad respiratoria, útero ya involucionado infra umbilical, se dan signos de alarma, indicaciones, eliminando espontaneo, extremidades superiores e inferiores móviles sin edemas simétricas, se entrega epicrisis, Incapacidad para tramitar en EPS, fórmula para tratamiento ambulatorio, resultado de hemoclasificación del recién nacido, se explican signos de alarma por los cuales debe consultar de nuevo, presencia de sangrado vaginal, salida de líquido por vagina, dolor de cabeza que no quita, zumbido en los oídos, dolor y ardor en la boca del estómago, edema que no se quita con el reposo, explican comprender lo mencionado".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 27/04/2017 11:25 p.m: Paciente de 26 años, G2A0C2P0V1, hace 3 años cesárea por preeclampsia severa, pretérmino de 34 semanas muerte neonatal temprana por hidrops fetal. en febrero de este año, embarazo de 36 semanas por ecografía temprana, preeclampsia, hipotiroidismo, antecedente de muerte perinatal, riesgo elevado de aneuploidía y con gestación cercana al termino 36.2 semanas se lleva a cesárea de nuevo, al parecer HTA (hipertensión) post preeclampsia en manejo con antihipertensivo que la mamá no recuerda, ingresa a Salud Total procedente de Chinchiná remitida por medico particular al que le

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



consultan por cefalea y le encuentra con déficit cognitivo, refiere en historia clínica evento del día de hoy 24 horas con cefalea fuerte, posteriormente déficit hemimotor derecho y cambios de comportamiento con desorientación e incoherencia, llega ya sin cefalea, toman TAC (tomografía de cráneo simple) que muestra una lesión en región parieto frontal izquierda, con aspecto de masa y edema vasogeno, además de áreas de sangrado en poca cantidad y leve edema cerebral, se ordena TAC (tomografía de cráneo) contrastada que muestra área compatible con posible tumor sangrante, sin descartar MAV, se acepta en la unidad, se sugiere manejo previo con nimodipino, gastro protección, se complementa con SSN (solución salina normal) y diurético, SS (se solicita) exámenes de control y valoración por neurocirugía, se envían neuroimágenes al neurocirujano de turno"... SIGNOS VITALES: Tensión Arterial: 118/75, Frecuencia Cardíaca: 58, Frecuencia Respiratoria: 18, Temperatura: 36, Glucometría: 89, Escala de Glasgow: 15... Examen Físico: TAM (tensión arterial media) 77... Paciente en aparente buen estado general, sin signos de dolor, tranquila, consciente y orientada, no ingurgitación yugular, no soplos en trayectos vasculares, extremidades sin edemas, trayectos venosos normales sin otras alteraciones, bien perfundidas, neurológico: con mínimo déficit hemimotor derecho, no signos meníngeos... PLAN MANEJO: Hospitalizar en la unidad de cuidado intermedio, cuidados y monitoreo propios de la unidad, nada vía oral por ahora, oxígeno con cánula nasal para saturación mayor de 90%, reposo en fowler, LEV (líquidos endovenosos) SSN (solución salina normal) a 100 cc por hora, omeprazol 40 mg IV (intravenoso) cada 12 horas, tramadol 50 mg cada 8 horas, metoclopramida 10 mg cada 8 horas IV (intravenoso), furosemida 5 mg cada 6 horas IV (intravenosa), dexametasona 8 mg cada 8 horas IV (intravenoso), nimodipino 2 tabletas cada 4 horas oral vigilar diuresis mantener entre 1 y 2 cc k/hora mantener TAM (tensión arterial media) por encima de 70 con bolos de LEV (líquidos endovenosos) si baja, avisar Glucometría cada 12 horas, terapia física diaria, terapia respiratoria 2 veces al día, ss (se solicita) hemograma, PCR (proteína C reactiva), electrolitos, función renal, Elisa para VIH y VDRL, TP y TPT, gases arteriales, SS (se solicita) Rx tórax, RMN (Resonancia Magnética) contrastada valoración por neurología clínica y neurocirugía... Diagnósticos cie-10: malformación arteriovenosa de los vasos cerebrales, tumor de comportamiento incierto o desconocido de las meninges".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 28/04/2017 10:40 a.m: NEUROLOGÍA: Paciente con cuadro de cefalea crónico durante embarazo, ahora con cuadro de afasia y hemiplejía derecha, TAC (tomografía) cráneo con área hipodensa con probable áreas de sangrado y edema en región frontal izquierda...NEUROCIRUGIA: ordeno tomar EM de cerebro contrastada...(examen físico): despierta, obedece ordenes sencillas, afasia motora, hemiparesia 2/5 hcd (hemicuerpo derecho) con babinski ipsilateral rigidez nuczal terminal...PLAN: manejo en intermedios, pendiente RM (Resonancia Magnética) de cerebro contrastada y valoración por neurocirugía".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 29/04/2017 a las 09:44 horas: Diagnósticos Clínicos: trombosis del seno longitudinal, infarto venoso frontal izquierdo extenso con transformación hemorrágica...paciente en estable condición clínica, su estado neurológico no ha tenido deterioro neurológico pero su déficit motor esta sin cambios, responde solamente con monosílabos... Examen Físico: Paciente en regulares condiciones generales, afebril, campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular rudo no se auscultan ruidos sobre agregados, no se auscultan crépitos, ruidos cardiacos rítmicos, no edema de miembros inferiores, buena perfusión distal, llenado capilar dos segundos, consciente difícil establecer orientación, con hemiparesia densa fasciobraquiocrural derecha pinr (pupilas isocóricas normoreactivas) rot (reflejos osteotendinosos)++ no hay evidencia de signos meníngeos no rigidez de nuca, no kernig, no brudinski, hay babinski ipsilateral, pares craneales normales. leucocitos 17410 en ascenso hb (hemoglobina)12.9 plaquetas 156000 PMN 82% tp (tiempo de protrombina) 14" INR 1.1 TPT

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



(tiempo de tromboplastina)29"...ANÁLISIS: Paciente en 3a década de la vida en posparto tardío, cuadro clínico de 2 meses de evolución con cefalea intermitente persistente quien presenta deterioro neurológico súbito, hemiplejía derecha y afasia motora, se encuentra en TAC (tomografía) de cráneo contrastada lesión isquémica posiblemente relacionada con trombosis venosa de seno longitudinal la cual es corroborada en imágenes revisadas por neurocirugía en este contexto y la presencia de extensión a región frontal posterior derecha la necesidad y requerimiento de anticoagulación plena con todos los riesgos que se adjuntan a la misma pero con mayor riesgo de muerte a corto plazo sino se realiza esta ayuda terapéutica, se comentó con radiología intervencionista quien no recomienda intervención percutánea una vez que no existen estudios concluyentes sobre riesgo beneficio y recomienda también anticoagulación plena, se espera reporte oficial de resonancia de cráneo y la autorización de la familia para anticoagulación... PLAN MANEJO: terapia respiratoria + terapia física, dieta blanda asistida, pendiente reporte de Angio Resonancia Y RMN (Resonancia Magnética), cuantificar diuresis, actividad cama silla, inicio anticoagulación con hbpm (heparinas de bajo peso molecular), medidas anti escaras y cuidados de la piel, manejo por neurología clínica... DIAGNÓSTICO: Trombosis Apiogena Del Sistema Venoso Intracraneal"... EVOLUCIÓN: anoche nuevo episodio de convulsión tónico clónica focal derecha, se yugula con 5 mg de midazolam, se coloca catéter central vía periférica sin complicaciones, sin embargo hay disminución de su Glasgow e imposibilidad de comunicarse y muy probablemente incapacidad para deglutir, se decide continuar manejo establecido y se llevará a neuro protección y protección de vía aérea con intubación y ventilación mecánica, nutrición enteral y se pide TAC cráneo de control para verificar posible aumento de la transformación hemorrágica".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 29/04/2017 a las 09:56 horas. La resonancia magnética es compatible con trombosis del seno venoso longitudinal superior, infarto venoso extenso izquierdo con transformación hemorrágica, infarto venoso derecho frontal. Plan tratamiento: solicitar antitrombina III, proteína C y S de la coagulación, factor V de Leiden , complemento C3 y C4, VDRL, factor reumatoideo, B2 glicoproteína, anticuerpos antifosfolípidos, ANAS, ENAS, la paciente tiene una extensa trombosis seno venoso, es candidata a anti coagular con enoxaparina 60 mg subcutáneos casa 12 horas, se habla con la familia dado el alto riesgo de sangrado, aceptan el riesgo, continua con esteroides dado el edema cerebral." Dr. Javier Mauricio Medina Salcedo. Neurología".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 30/04/2017 a las 12:08 horas: Paciente con antecedentes de preeclampsia en 2 embarazos previos, HTA (hipertensión arterial) postparto en manejo irregular con losartan, ahora con cefalea y déficit neurológico súbito, hemiplejía derecha y afasia motora, recuperación casi completa del episodio inicial, TAC (tomografía) cráneo contrastada con lesión isquémica posiblemente relacionada con trombosis venosa de seno longitudinal y luego convulsión de Novo con déficit hemimotor derecho denso y al parecer definitivo, se toma RMN (Resonancia) que confirma trombosis venosa de seno longitudinal superior, infarto venoso extenso izquierdo con transformación hemorrágica, infarto venoso frontal derecho, se define a pesar del altísimo riesgo de transformación hemorrágica y muerte, anti coagular con hbpm (heparinas de bajo peso molecular) dado el inminente riesgo de muerte por la trombosis cerebral, familia enterada de la patología y los riesgos, anoche nuevo episodio de convulsión tónico clónica focal derecha, se yugula con 5 mg de midazolam, se coloca catéter central vía periférica, sin complicaciones, sin embargo, hay disminución de su Glasgow e imposibilidad de comunicarse y muy probablemente incapacidad para deglutir, se decide continuar manejo establecido y se llevará a neuro protección y protección de vía aérea con intubación y ventilación mecánica, nutrición enteral... se revisa TAC (tomografía) de control de hoy con neurocirujano encontrando aumento de área isquémica del lado izquierdo con evidentes signos de aumento de transformación

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



hemorrágica y aumento de edema cerebral con compresión aparente del tallo, Glasgow en disminución evidente, se define iniciar bolo de manitol de 200 cc y llevar a craneotomía descompresiva, pasa a UCI en 4to piso, se reservan 2 u de gre y 6 u de plasma".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 30/04/2017 Hora: 18:10: craneotomía descompresiva, ingresan al quirófano estuporosa, hay edema cerebral severo, se realiza craneotomía: hacen apertura del seno longitudinal, se encuentra trombosado, paso de catéter fogarty al seno longitudinal se retiran trombos proximales y distales, queda adecuado flujo, se hace cierre de seno plastia drenaje de hematoma subdural laminar, se drena colección intracerebral plastia dural, cierre de musculo se deja colgajo óseo en abdomen izquierdo, se traslada a UCI con tubo OT, se inicia neuro protección... DIAGNÓSTICOS: POP (postoperatorio) inmediato de craneotomía".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 02/05/2017 06:56 p.m. Especialidad: neurocirugía, Dr. Carlos Alberto Pardo Trujillo. Plan tratamiento: por neurocirugía se considera debe seguir anticoagulación pues es mayor el riesgo de dejarla sin este tratamiento debido a su patología autoinmune que la llevo a la trombosis de seno venoso. Veo discreta mejoría neurológica pero la paciente aún está en condición crítica por el momento igual manejo".

CLÍNICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

"Fecha atención: 18/05/2017 05:19 p.m. Evolución unidad de cuidados intermedios: Dx (diagnostico) de manejo " falla respiratoria aguda " extenso hematoma intracerebral izquierdo de la línea media y lobar izquierdo con efecto de masa, ausencia de cisternas perimesencefalicas. se ve en todos los cortes desde la región del hipotálamo. transformación hemorrágica de infarto venoso" herniación central" meningitis bacteriana posquirúrgica" // Análisis: Paciente de 26 años de edad, G2, A0, C2, P0, V1, hace 3 años cesárea por preeclampsia severa, pretérmino de 34 semanas muerte neonatal temprana por hidrops fetal. en febrero de este año, embarazo de 36 semanas por eco temprana. preeclampsia, hipotiroidismo, riesgo elevado de aneuploidía y con gestación cercana al termino 36.2 semanas se lleva a cesárea de nuevo. Al parecer HTA (hipertensión) post preeclampsia en manejo con antihipertensivo que la mamá no recuerda. ingresa a salud total procedente de Chinchiná remitida por medico particular al que le consultan por cefalea y le encuentra con déficit cognitivo. Refiere en historia clínica evento del día 27/04/2017, 24 horas con cefalea fuerte, posteriormente déficit hemimotor derecho y cambios de comportamiento con desorientación e incoherencia. llega ya sin cefalea, toman tac de cráneo simple que muestra una lesión en región parieto frontal izquierda, con aspecto de masa y edema vasogeno, además de áreas de sangrado en poca cantidad y leve edema cerebral. Valorada el 28/04/2017 por neurología clínica doctor Medina paciente con cuadro de cefalea crónico durante embarazo, ahora con cuadro de afasia y hemiplejía derecha, se encuentra en tac (tomografía) de cráneo contrastada lesión isquémica posiblemente relacionada con trombosis venosa de seno longitudinal la cual es corroborada en imágenes revisadas por neurocirugía en este contexto y la presencia de extensión a región frontal posterior derecha la necesidad y requerimiento de anticoagulación plena con todos los riesgos que se adjuntan a la misma pero con mayor riesgo de muerte a corto plazo sino se realiza esta ayuda terapéutica, el 30/04/2017 nuevo episodio de convulsión tónico clónica focal derecha. Se decide llevar a revisión quirúrgica el 12/05/2017, apertura de sutura previa, se levanta colgajo, área de craniectomía previa, se observa colección purulenta, se procede a realizar drenaje del mismo aprox 20 cc membranas purulentas que se retiran con cureta, lavado con ssn (solución salina normal) estéril 2000 cc con antibiótico, hemostasia. cierre de piel, se envían muestras para cultivo, gram y antibiograma, sigue cubrimiento antibiótico, valorada el 15/05/2017 con neurocirugía alerta pero afásica. no parece entender-

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



obedece ordenes en forma intermitente- hemiplejia espástica igual. el tac (tomografía de cráneo) de control de 14/05/2017 muestra hemorragia intraventricular y frontal izquierda. no es de tratamiento quirúrgico, pero deberá vigilarse si hay progresión de la hidrocefalia. por el momento igual manejo. El 16/05/2017 taquicárdica, febril con mal patrón respiratorio y desaturación, sin respuesta a terapia respiratoria con múltiples esquemas de crisis, esteroide venoso, inhaladores y reclutamiento sin obtener mejoría. realizan intubación orotraqueal, presenta pupilas izquierdas de 4 mm y derecha de 2 mm ambas no reactivas a la luz. solicitan tac de cráneo urgente por indicación de neurocirugía, mal pronóstico, se valora tac (tomografía de cráneo) con neurocirujano de turno donde se evidencia extenso hematoma intracerebral izquierdo de la línea media y lobar izquierdo con efecto de masa, ausencia de cisternas perimesencefálicas. se ve en todos los cortes desde la región del hipotálamo. se considera es una transformación hemorrágica. postura en descerebración al dolor. craneotomía sumamente tensa. por parte de neurocirugía sin posibilidad quirúrgica. mal pronóstico. En soporte vital mínimo, en coma profundo, sin respuesta a estímulos. acoplada y dependiente de ventilación mecánica invasiva, hipotensa, Glasgow de 3/15 hoy en muy malas condiciones generales sin sedo analgesia por su coma profundo y severo compromiso neurológico, anisocórica con midriasis paralizante y posición de descerebración, hipotensa ahora menos bradicardia alto riesgo de muerte en próximas horas".

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

El Hospital San Marcos De Chinchiná, departamento de Caldas, que presta servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, Nivel de Atención: NIVEL II. El primer y segundo nivel de atención es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. La detección de los riesgos debe ser continua y permanente en cada uno de los momentos obstétricos, por lo tanto, en el primer nivel de atención ambulatoria y atención hospitalaria la gestante será atendida en todo su proceso de control prenatal y morbilidad por el equipo de salud al que está adscrita. La atención del parto normal de todas las gestantes sin factores de riesgo debe ser realizada en las IPS que tengan condiciones de atenderlo, en caso de que no se tengan las condiciones requeridas para la atención del parto en este nivel, la gestante deberá ser remitida al tercer nivel de atención en salud, situación que fue definida con esta paciente específicamente, ya que fue clasificada desde los controles prenatales como ARO (Alto Riesgo Obstétrico) que son: antecedente de gestación previa con mortinato por malformaciones congénitas (Hidrops fetal, muerte fetal, Anomalías placentarias), preeclampsia, con base en las guías para la detección temprana de las alteraciones del embarazo y para la atención del parto del Ministerio de Salud y Protección Social, vigentes para la fecha de los hechos. El manejo de una paciente considerada como ARO, debe ser manejada en tercer nivel de atención, donde cuentan con el personal idóneo para manejar cualquier tipo de complicación a nivel obstétrico de las pacientes en trabajo de parto, y además de personal y equipo capacitado para manejo neonatal y que cuente con UCI (Unidad Cuidados Intensivos). De acuerdo con esto quedaría claro que, desde su ingreso al Hospital San Marcos De Chinchiná Caldas, la Señora Valentina Fuquenes Agudelo requería remisión a Institución de Nivel superior.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

ESTADO DEL ARTE

CONTROL PRENATAL:

En el control prenatal se realizan actividades en la mujer embarazada para lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en buenas condiciones de salud físico, mental y emocional y debe haber una análisis temprano y continuo

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



del riesgo, promoción de la salud, detección temprana, intervenciones médicas y psicosociales, diagnóstico de la edad gestacional, identificación de la condición y crecimiento fetal, identificación de la condición materna, educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

Los controles prenatales (Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal) Resolución 3280 del 2018: Si la gestación es de curso normal en una mujer múltipara se programan mínimo 7 controles prenatales durante la gestación y la periodicidad de las consultas de seguimiento debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40. Durante la valoración de la gestante se debe realizar una anamnesis sobre:

---Antecedentes personales: patológicos (trombosis venosa profunda, tromboembolismo y trastornos de hipercoagulabilidad, entre otros) quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros), trastornos mentales, farmacológicos, indagar sobre síntomas y signos de alarma.

---Antecedentes ginecológicos como: edad menarquía, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados, antecedente de infecciones de transmisión sexual, tamización de cáncer de cuello uterino, número de parejas sexuales, antecedente de maltrato intrafamiliar o signos o síntomas de maltrato en la actual gestación.

---Antecedentes obstétricos: total de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del último parto, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió transfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

---Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

---Gestación actual: edad gestacional probable, altura uterina o ecografía obstétrica, presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia, náuseas, vómito y hemorroides. Examen físico: Revisar cavidad bucal, tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial. Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina, índice de masa corporal (IMC) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación. Realizar examen genital que incluye valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos, comprobar la existencia de la gestación e investigar patología anexial. Valoración obstétrica: número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales. Solicitud de exámenes de laboratorio según edad gestacional y tiempo de inicio de controles prenatales.

De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se valora y clasifica el riesgo para su intervención oportuna. Las gestantes con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas gestantes deberán ser remitidas al especialista en ginecoobstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud. Información en salud: Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria y tos. (1)

Se recomienda evaluar el riesgo biológico y psicosocial en todas las gestantes mediante la escala de Herrera & Hurtado (Escala de Riesgo Biopsicosocial Prenatal) que indica alto riesgo biopsicosocial si la sumatoria de la puntuación de los ítems es mayor o igual a 3 puntos y se usa en consulta preconcepcional y prenatal para identificar aquellas gestantes que pueden

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



continuar su control con enfermería y medicina general y aquellas que necesitan seguir su control con el obstetra y/o un grupo multidisciplinario. La escala de Herrera & Hurtado (escala de riesgo biopsicosocial prenatal), la cual integra la evaluación de riesgo biológico y psicosocial y dicha escala ha sido validada en poblaciones similares a la colombiana. Además, su aplicación en las gestantes tiene un alto nivel de predicción de las complicaciones obstétricas y perinatales que pueden presentarse en las embarazadas. (2) (3)

La Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU): Es una patología de causas multifactoriales y manejo complejo para el obstetra. Para un feto el no alcanzar su potencial de crecimiento representa un aumento significativo del riesgo de morbimortalidad perinatal. Para evaluar el crecimiento fetal se utilizan elementos clínicos como la medición de la altura uterina y la estimación del peso fetal, complementado con la fetometría ultrasonográfica y la medición de flujos sanguíneos de ciertos territorios vasculares fetales. La RCIU está asociada de forma indirecta con complicaciones perinatales a corto plazo como son la asfixia intraparto (explicada por la hipoxia crónica a la que son sometidos estos fetos sumado a la disminución transitoria del flujo sanguíneo placentario durante el parto), hipoglucemia, hipotermia, policitemia, convulsiones, coagulopatías, sepsis, hiperbilirrubinemia y prematuridad, aquellos recién nacidos antes de las 32 semanas de gestación y que tienen RCIU, presentan mayor incidencia de complicaciones relacionadas con la prematuridad, requieren soporte ventilatorio por periodos de tiempo más largos y fallecen en mayor cantidad que los prematuros con peso adecuado para la edad gestacional. El potencial de crecimiento varía fisiológicamente de acuerdo a las características maternas como peso, talla, origen étnico, paridad, condición nutricional, además se ve afectado por otro tipo de factores como consumo de cigarrillo, trastornos hipertensivos, diabetes, y otras patologías maternas, como también la prematuridad. Se consideran fetos con RCIU los que presentan los siguientes parámetros:

- Crecimiento del feto por debajo del percentil 10 para la edad gestacional, acompañado de signos de compromiso fetal (anormalidades de la circulación feto-placentaria identificadas por Doppler).
- Peso menor al percentil 3 para la edad gestacional. Los fetos pequeños para la edad gestacional son aquellos cuyo peso se encuentra entre los percentiles 3 y 10, con una valoración anatómica dentro de límites normales, pruebas de bienestar fetal satisfactorias y persistencia del crecimiento dentro de los mismos percentiles durante la gestación. (4)

Actualmente se encuentra vigente la clasificación de la restricción de crecimiento intrauterino según el grado de severidad y de acuerdo al momento de inicio: - RCIU severo: Fetos que se encuentran con peso ultrasonográfico estimado por debajo del percentil 3 para la edad gestacional. Esta clasificación tiene peor pronóstico y aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal.

- RCIU temprano: De aparición antes de la semana 32 de gestación, se ha encontrado relación estrecha con la prematuridad, preeclampsia y alteraciones a nivel placentario.

- RCIU tardío: Es la forma más frecuente, aparece después de la semana 32, se encuentra también asociado a enfermedad placentaria, pero en menor grado que el grupo de RCIU temprano (4)

ETIOLOGÍA: causas de RCIU en factores maternos, fetales y placentarios.

Factores maternos:

-Trastornos hipertensivos: Se presentan hasta en un 30-40% de los embarazos complicados con RCIU. La preeclampsia y la hipertensión crónica complicada con preeclampsia se han asociado con un aumento hasta de 4 veces el riesgo de obtener fetos pequeños para la edad gestacional.

-Trastornos autoinmunes: compromiso vascular como el síndrome de anticuerpos

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



antifosfolípidos (24%) y el lupus eritematoso sistémico, Trombofilias: polimorfismo relacionado con el Factor V de Leiden.

-Estilo de vida: consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo, alcohol y cocaína, se han asociado a RCIU.

-Trastornos del ánimo: depresión materna y RCIU, estado socioeconómico, diagnóstico y tratamiento de la depresión antes del embarazo.

-Fármacos: medicamentos antineoplásicos, anticonvulsivantes (fenitoína), beta bloqueadores (especialmente atenolol) y esteroides (corticoides).

-Desnutrición: deprivación de nutrientes en la madre y del trimestre en que se presente serán los resultados sobre el crecimiento fetal. (4)

Factores fetales:

-Aneuploidías: Aproximadamente el 7% de los casos de RCIU se han asociado con aneuploidías. El 90% de los fetos con trisomía 18 cursan con restricción del crecimiento, comparado con el 30% de aquellos con trisomía 21.

-Malformaciones: cardíacas (tetralogía de Fallot, corazón izquierdo hipoplásico, estenosis pulmonar y defectos del septo ventricular), anencefalia y defectos de la pared abdominal.

-Infección perinatal: infecciones intrauterinas de origen viral (rubéola, citomegalovirus, VIH, varicela zoster) y de protozoarios (malaria, toxoplasmosis). La infección e inflamación subclínica (corioamnionitis) puede llevar al resultado de restricción del crecimiento en el feto.

-Prematuridad: Gardosi (30) y Bukowski y Cols (31) han encontrado la asociación entre parto prematuro y RCIU.

-Gestaciones múltiples: los fetos de embarazos múltiples muestran tendencia a la restricción del crecimiento y dependiente de la corionicidad (20% en bicoriales, 30% en monocoriales).

Factores placentarios:

placenta previa, infartos placentarios, vasculitis, arteria umbilical única, placenta circunvalada, inserción velamentosa del cordón, tumores placentarios, angiogénesis aberrante. (4)

OTRAS DEFINICIONES

EL PARTO PREMATURO es la causa más común de mortalidad neonatal y la segunda causa más común de muerte en niños menores de 5 años en todo el mundo. El parto prematuro se define como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación y se subclasifica en tardío (35-36 semanas), moderado (32-34 semanas) y precoz (< 32 semanas). Estas subcategorías conllevan diferencias importantes de riesgos de morbilidad y mortalidad. Los partos prematuros tardíos pueden deberse a complicaciones en la gestación (p. ej., corioamnionitis, rotura prematura de membranas) o a problemas maternos (p. ej., preeclampsia). (5)

La ROTURA ESPONTÁNEA DE LAS MEMBRANAS (RPM) a término y pretérmino puede producirse en cualquier momento antes o después del inicio de las contracciones. La rotura prematura de membranas pretérmino se da entre las semanas 32 y 36 de gestación. Cuando la rotura de membranas se produce antes del inicio de las contracciones, se conoce como rotura prematura de membranas (RPM). Los patógenos específicos del aparato genital que se han asociado con la RPM son, entre otros, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia Trachomatis, Trichomonas vaginalis y Streptococcus del grupo B (SGB) β -hemolítico. En más del 90% de los casos, el diagnóstico de RPM se puede confirmar mediante una evaluación clínica, que consta de la combinación de anamnesis, exploración clínica y pruebas de laboratorio, así como cuando

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



se identifique un antecedente o un signo ecográfico sospechoso de oligohidramnios. Se debería realizar una inspección vaginal y del cuello uterino con espéculo estéril para proporcionar datos confirmatorios de la rotura de membranas, así como la existencia de una infección de cuello uterino, prolapso del cordón umbilical, dilatación y borramiento cervicouterinos y, posiblemente, la presentación fetal. Los antibióticos se administran durante el tratamiento conservador de la RPM pretérmino para tratar o prevenir una infección decidual ascendente con el fin de prolongar el embarazo y reducir la morbilidad dependiente de la edad gestacional y, al mismo tiempo, limitar el riesgo de infección neonatal, por lo cual el tratamiento con antibióticos tras la RPM pretérmino reduce considerablemente la corioamnionitis. (6) (7)

MUERTE FETAL: Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), considera en la cronología de la gestación: es de 4.54 por cada 1000 nacidos vivos (2013).

- Muerte fetal temprana: fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o < 500 gramos de peso. Se hace así referencia a los "ABORTOS".
- Muerte fetal intermedia: fetos de entre 22-28 semanas de gestación y/o peso entre 500-999 gramos.
- Muerte fetal tardía: muertes fetales a partir de los 1.000 gramos de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación. (8)

HIDROPS FETAL: Se conoce como hidrops a la acumulación de líquido en el tejido celular subcutáneo y en una o más cavidades serosas fetales (pleura, peritoneo y pericardio), se acompaña de edema placentario y generalmente de polihidroamnios en etapas iniciales de la enfermedad, aunque la anuria fetal es frecuente en casos de fetos muy comprometidos, lo que condiciona oligoamnios severo. Antiguamente esta condición fue considerada idiopática, hasta que el descubrimiento de los grupos sanguíneos y de sensibilización materna al antígeno Rh estableció una causa conocida de índole inmunológica (hidrops inmune), paulatinamente fueron surgiendo otras causas diferentes a la isoimmunización Rh (hidrops no inmune), como: malformaciones congénitas severas que presentan hidrops en su historia natural y que conllevan alta mortalidad en etapas tempranas de la gestación, prematuridad, polihidroamnios severo o procedimientos terapéuticos in útero, tales como drenajes de colecciones (toracocentesis, pericardiocentesis, etc.) o procedimientos quirúrgicos complejos. El sexo fetal también es de importancia pronóstica, ya que se ha visto que los fetos masculinos tienen la mayor frecuencia, morbilidad y mortalidad que sus pares femeninos. En general, cuanto más precoz es la aparición del hidrops, peor es su pronóstico.

CAUSAS En todos los embarazos en que se diagnostique hidrops fetal por ultrasonografía se deberá iniciar una acuciosa búsqueda diagnóstica frente a diferentes factores presentes en la historia materna, historia familiar y factores asociados en el presente embarazo (9)

Causas hematológicas: Estas desencadenan hidrops por medio de anemia fetal, la destrucción de glóbulos rojos fetales por IgG materna transplacentaria da cuenta de aproximadamente el 10-15% de todos los fetos con hidrops, el diagnóstico precoz es importante porque la transfusión intravascular intrauterina es eficaz como tratamiento y compatible con una vida post-parto normal. Los trastornos en la producción de glóbulos rojos fetales (anemia aplásica) también son importantes causas de hidrops fetal, la infección por parvovirus B-19, la cual es responsable de aproximadamente un 20-30% del total de casos de hidrops. La hemorragia fetal también es causa de hidrops y puede ser local o generalizada. Dentro de las causas más frecuentes se encuentran la trombocitopenia isoimmune causada por anticuerpos antiplaquetarios maternos y el teratoma sacrococcígeo, tumor fetal relativamente frecuente que causa hidrops por hemorragia o por secuestro, semejante a lo que ocurre en presencia de

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



corioangioma placentario (26). La hemorragia feto-materna puede ocurrir en presencia de tumores placentarios, trauma directo o desprendimiento placentario. Las alteraciones cardíacas (estructurales, arritmias y vasculares) son responsables del 40% del total de los casos de hidrops. Las anomalías congénitas estructurales están presentes en el 25% de los fetos hidrópicos y frecuentemente se asocian a otras anomalías, como aneuploidías, por lo que el hallazgo prenatal de un defecto cardíaco siempre obliga a descartar otras malformaciones y a efectuar cariotipo fetal. (9)

HIDROPS FETAL

ANTECEDENTES EN LA HISTORIA MATERNA:

- Madre Rh negativa.
- Presencia de isoanticuerpos sanguíneos.
- Administración previa de productos sanguíneos.
- Uso de drogas ilícitas.
- Colagenopatías y enfermedades del tiroides o diabetes.
- Trasplante de órganos (hígado, riñón).
- Trauma abdominal directo.
- Antecedente de coagulopatía.
- Uso de indometacina, diclofenaco sódico o teratógenos potenciales durante el embarazo.
- Mujeres 35 años.
- Factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual.
- Hemoglobinopatías (especialmente con etnia asiática o mediterránea).
- Tener gatos.
- Enfermedad viral reciente o actual en la comunidad.

FACTORES ASOCIADOS:

- Ictericia en otros miembros de la familia o en hijo previo.
- Historia familiar de gemelos (monocigotos).
- Historia familiar de genopatías, anomalías cromosómicas o enfermedades metabólicas.
- Malformaciones congénitas en hijo previo.
- Muerte fetal.
- Antecedentes de hidrops fetal.
- Polihidroamnios en embarazo previo.
- Antecedente de transfusión feto-materna.
- Cardiopatía congénita en hijo previo (9)

ANTECEDENTES EN LA HISTORIA FAMILIAR:

- Embarazo gemelar.
- Polihidroamnios.
- Exantema u otra evidencia de enfermedad viral intercurrente.
- Lesiones herpéticas o chancros.
- Disminución en los movimientos fetales (9)

Anomalías placentarias: La placenta es un órgano transitorio que se forma alrededor de la semana 16 de gestación y sufre cambios menores al término del embarazo. En latín significa "masa esférica" y se describe como una masa carnosa, redonda, aplanada, discoide, hemocorial (o sea, el tejido fetal penetra el endometrio hasta el punto de estar en contacto con la sangre materna) y relacionada estrechamente con el feto por su cara fetal la cual está cubierta por membranas amnióticas y células corioamnióticas las cuales tienen como función ser uno de los componentes liberadores y productores de líquido amniótico.

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



La cara placentaria en su centro presenta el cordón umbilical envuelto por la gelatina de Wharton y en su interior se encuentran una vena y dos arterias. Por otro lado, e íntimamente relacionada con la pared interna de la cavidad uterina sin infiltración muscular, se encuentra la cara materna la cual está formada por 16 a 18 cotiledones y tiene dos componentes: una porción fetal llamada corion frondoso y una porción materna o decidua. Las anomalías de inserción del cordón umbilical son frecuentes en la gestación gemelar monocorial. También se citan entre los factores de riesgo de vasa previa las gestaciones conseguidas mediante técnicas de reproducción asistida y las anomalías de inserción placentaria tales como la placenta previa, la inserción baja, las variaciones anatómicas y las variantes bilobuladas y succenturiata. (10)

PREECLAMPSIA: Según la definición del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) la preeclampsia se define como tensión arterial 140/90 mm/Hg que ocurre después de la semana 20 de gestación, con presiones arteriales previamente normales, con proteinuria 300 mg en una recolección de orina de 24 horas. (11) La preeclampsia temprana se considera un trastorno asociado a disfunción placentaria, reducción en el volumen placentario, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), anomalía en la evaluación del Doppler de arteria umbilical, bajo peso al nacer, disfunción multiorgánica materna, resultados neonatales adversos, muerte intrauterina, un curso más severo de la enfermedad una mayor mortalidad materno-perinatal. La preeclampsia severa se define por la presencia de uno de los siguientes signos: presión arterial sistólica 160 mm/Hg o presión diastólica 10 mm/Hg, edema pulmonar, síntomas sugestivos de compromiso de órgano blanco (cefalea persistente, alteraciones visuales, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho), oliguria 500 ml/24 horas, hemólisis microangiopática, trombocitopenia, alteración de la función renal creatinina 1,1 mg/dl, alteración de la función hepática (enzimas hepáticas dos veces por encima del valor normal) (11)

La preeclampsia es un síndrome complejo con una amplia variedad en la severidad de los síntomas clínicos y edad gestacional de inicio. Hay varios mecanismos involucrados que conducen al síndrome clínico de preeclampsia: la respuesta inmune en la interfase placenta-madre, placentación superficial con insuficiente remodelación de las arterias espirales uterinas, un desbalance entre factores angiogénicos y estrés oxidativo que desencadena inflamación sistémica y el resultado es insuficiente función placentaria combinado con liberación de factores placentarios dentro de la circulación materna acoplado a una exagerada respuesta inflamatoria que causa una disfunción endotelial generalizada, activación de leucocitos, del complemento y aglutinación. Pueden existir varios genes de susceptibilidad para la preeclampsia, estos genes probablemente interactúan en la hemostasia, en el sistema cardiovascular y en la respuesta inflamatoria. Los genes han sido investigados con respecto a mutaciones (ejemplo HLA-C, Factor V de coagulación, STOX1) y con respecto al nivel de expresión (ejemplo Flt1, ENG). (12)

La hipertensión durante el embarazo se define como la presión arterial sistólica (SBP) 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica 90 mmHg y se clasifica en cuatro categorías:

---Hipertensión crónica: presión arterial sistólica de 140 mmHg o diastólica de 90 mmHg o ambas previas al embarazo, identificada antes de las 20 semanas de gestación; persiste por más de 12 semanas postparto y uso de medicación antihipertensiva antes del embarazo.

---Hipertensión gestacional: presión arterial sistólica de 140 mmHg o diastólica de 90 mmHg, sin proteinuria y que ocurre después de las 20 SDG, normalización de la presión arterial antes de las 12 semanas postparto. Puede representar la fase pre proteinúrica de preeclampsia o recurrencia de hipertensión crónica que disminuye a mitad de la gestación y que puede evolucionar a preeclampsia.

---Preeclampsia: hipertensión arterial de reciente aparición en la segunda mitad del embarazo; a menudo acompañada por proteinuria de reciente aparición.

---Preeclampsia con datos de severidad: presión arterial sistólica > de 160 mmHg o diastólica > de 110 mmHg tomada en más de dos ocasiones y que presenta una o más complicaciones severas.

--- Eclampsia se define como la presencia de convulsiones de gran mal de reciente aparición en

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



mujeres con preeclampsia, o bien convulsiones que aparecen en 48-72 horas postparto.

---Síndrome HELLP (síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia), los criterios diagnósticos son LDH > 600 UI/L (el doble de los límites superiores de los valores normales), bilirrubinas > 1.2 mg/dL, AST > 70UI/L (el doble de los límites superiores de los valores normales), plaquetas < 100,000/L; la proteinuria puede estar o no presente.

---Hipertensión crónica con preeclampsia agregada: hipertensión al inicio del embarazo y que desarrolla proteinuria después de las 20 SDG, proteinuria de reciente aparición en una paciente con hipertensión crónica antes de las 20 SDG, incremento súbito de la proteinuria; si ésta estaba presente al inicio del embarazo y de la presión arterial, desarrolla síndrome de HELLP. Se pueden manifestar síntomas como cefalea, escotoma y dolor en epigastrio y cuadrante superior derecho.

Tratamiento antihipertensivo: La propuesta de tratar la hipertensión severa es prevenir las complicaciones tales como hemorragia intracraneana, encefalopatía hipertensiva y edema pulmonar, así como prevenir posibles enfermedades cardiovasculares (falla cardíaca congestiva e isquemia miocárdica). Las guías de la Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ) consideran que el tratamiento antihipertensivo debe ser iniciado cuando los rangos de presión arterial sistólica estén en el rango de 140-160 mmHg y de presión arterial diastólica en 90-100 mmHg. El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomienda tratar la hipertensión cuando la presión arterial sistólica > 150 mmHg y la presión arterial sistólica > 100 mmHg y la ACOG task force sugieren iniciar tratamiento con presión arterial sistólica de 160 mmHg o presión arterial diastólica > de 110 mmHg. (12)

CEFALEA: El dolor de cabeza y, en particular, la migraña, es un gran problema público, en ambos sexos y en todos los grupos de edad en todo el mundo, pero sobre todo entre los jóvenes y las mujeres de mediana edad. El diagnóstico de muchas cefaleas secundarias (p. ej., debidas a infecciones o tumores cerebrales) es difícil en los estudios epidemiológicos, y la carga de estas cefaleas debe atribuirse a un trastorno subyacente. (13)

La cefalea es una de las principales causas de consulta neurológica y de medicina general y puede corresponder a un espectro de enfermedades tanto benignas como malignas. La cefalea como síntoma, prácticamente todas las personas han sufrido algún episodio de cefalea a lo largo de su vida. La cefalea por ser un síntoma de muchas enfermedades tanto neurológicas como sistémicas, ha sido muy difícil de clasificar u ordenar. En términos generales se clasifica a las cefaleas en primarias y secundarias: Cefaleas primarias, dejan de ser un síntoma ya que constituyen por sí mismas una enfermedad y no se deben a patologías estructurales subyacentes. En esta categoría se incluyen la migraña, la cefalea tipo tensión y la cefalea tipo cluster o en racimos, entre otras. Cefaleas secundarias, como su nombre lo indica, tienen una causa de base, pueden ser de etiología neurológica (en general de pronóstico más ominoso) como tumores o malformaciones vasculares, o de causa sistémica, que involucran desde síndromes miofasciales cervicales y lesiones dentales hasta cuadros infecciosos sistémicos (meningitis bacteriana) o metabólicos (diabetes mellitus descompensada), trauma craneal o cervical, trastorno de la homeostasis (hipotiroidismo).

Al evaluar a un paciente por cefalea debe ser descartar una cefalea secundaria, ya que habitualmente requerirán un manejo agudo y específico. En el servicio de urgencias las cefaleas primarias representan la gran parte de las consultas (50-60%). Un muy bajo porcentaje corresponde a causas neurológicas graves como por ejemplo cefaleas por hemorragia subaracnoidea; la anamnesis será vital para el buen diagnóstico. La historia para enfocar un paciente con cefalea debe incluir: - Tiempo de evolución del dolor (agudo, subagudo o crónico)

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



- Localización (hemicránea, holocránea, occipital) - Carácter (pulsátil, opresivo, punzante) - Frecuencia de las crisis - Duración de cada episodio - Intensidad (leve, moderada, severa) - Síntomas acompañantes (náuseas, vómitos, fiebre, fotofobia) - Factores que lo agravan o que lo alivian - Uso (y abuso) de analgésicos. El examen físico debe ser completo, con signos vitales, e incluir una evaluación cráneo facial. El examen neurológico permite evaluar el estado mental del paciente, lenguaje, isocoria, paresias, reflejos y signos meníngeos. Sin embargo, una correcta historia clínica sigue siendo el Gold Standard en todos estos casos, ya que un examen físico normal no excluye una patología secundaria. (14)

Existen algunas señales de alarma o "banderas rojas" en la historia y examen físico que nos ayudan a orientarnos en el diagnóstico de cefaleas secundarias neurológicas que requieren manejo médico inmediato. Los signos de alarma o banderas rojas son: inicio súbito y severo de la cefalea, cefalea de inicio reciente menos de 6 meses, empeoramiento progresivo, cualquier alteración en el examen neurológico, cefalea y convulsiones, cefalea que despierta al paciente en la noche o se agrava con el ejercicio, cefalea y vómitos. Un estudio retrospectivo de 2003 mostró que las "banderas rojas" con significancia estadística para predecir una cefalea secundaria serían la presencia de paresia, edema de papila y compromiso de conciencia. Otro estudio encontró que las señales de alarma que podrían asociarse con mayor fuerza a la presencia de anormalidad intracraneal en las imágenes serían cefalea con característica de cluster, hallazgos anormales en el examen neurológico, cefalea mal definida (ej: no migraña, no tensional), cefalea con aura, cefalea agravada por ejercicio o Valsalva y cefalea con vómitos. No se encontró ningún elemento en la historia o examen físico útil para ayudar a descartar una patología secundaria. (14)

Clásicamente un paciente que llega al Servicio de Urgencias con "el peor dolor de cabeza de su vida", un dolor de inicio súbito e intenso, también llamado "cefalea en trueno", nos hace sospechar causas secundarias como accidente cerebro vascular isquémico o hemorrágico, trombosis de senos venosos, crisis hipertensiva, cefalea asociada a actividad sexual, hemorragia subaracnoidea (SAH) por aneurisma roto, un dolor de evolución subagudo, progresivo y especialmente si se acompaña de vómitos, nos llevará a descartar causas de hipertensión endocraneana (HTE) como tumores primarios del sistema nervioso central, metástasis o abscesos cerebrales. (14)

Según la orientación de la anamnesis, ante la presencia de una o más "banderas rojas" o alteraciones al examen físico, se debe complementar con neuroimágenes como: ---Tomografía axial computada o resonancia nuclear magnética ya que permiten descartar gran parte de las causas secundarias de origen neurológico. La Sociedad Americana de Cefaleas publicó recientemente una serie de recomendaciones para el mejor manejo de los pacientes con cefalea. Respecto a las neuroimágenes sugieren lo siguiente: -No es necesario solicitar neuroimágenes en pacientes con cefalea estable que cumplan claramente criterios de migraña, es decir, pacientes sin progresión y sin cambio de carácter del dolor por larga data. - Preferir la resonancia magnética si está disponible por sobre la tomografía de cerebro, excepto en situaciones de urgencia. La tomografía de cráneo debe solicitarse para descartar hemorragias, accidentes cerebrovasculares o trauma endocraneal. La Resonancia Magnética es actualmente más sensible para diagnosticar tumores, malformaciones vasculares, lesiones de fosa posterior o alteraciones de flujo de líquido cefalo raquídeo. ---Pruebas tiroideas para descartar hipotiroidismo o hipertiroidismo; tamiz reumatológico ante sospecha de una vasculitis. (14)

---Migraña: Es una de los principales tipos de cefalea primaria, se caracteriza por ser habitualmente de localización hemicránea, severa, carácter pulsátil y acompañada de náuseas,

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



vómitos, sono o fotofobia. Su duración varía de 4 a 72 horas, frecuente en mujeres. Un 20% se acompaña de un síntoma neurológico o aura, de tipo visual, sensitivo o lenguaje, de 5 a 60 minutos de duración, previo al inicio del episodio de dolor (migraña con aura); el diagnóstico diferencial con cefaleas de tipo tensión es difícil.

---Cefalea tipo tensional: Es la causa más frecuente de cefalea de tipo primario, es una cefalea de intensidad leve a moderada y carece de síntomas acompañantes, se caracteriza por dolor holocráneo, bilateral, carácter opresivo, leve a moderado, sin agravamiento por actividades habituales ni esfuerzo físico. No presenta náuseas ni vómitos. (14)

Los dolores de cabeza primarios son más comunes en las mujeres durante sus años reproductivos y se ven afectados por las fluctuaciones hormonales durante el embarazo. Los dolores de cabeza primarios en sí mismos no representan ninguna amenaza para el embarazo, pero la migraña se asocia con un mayor riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo. La migraña se ve particularmente afectada por las fluctuaciones hormonales y las altas concentraciones plasmáticas de estrógeno se asocian con ataques de migraña con aura. Un conjunto cada vez mayor de evidencia respalda una asociación entre la migraña, la hipertensión inducida por el embarazo y la preeclampsia. (15)

Las causas secundarias de dolor de cabeza que es más probable que ocurran como consecuencia del embarazo incluyen eclampsia, accidente cerebrovascular, dolor de cabeza pospunción dural, angiopatía cerebral, apoplejía hipofisaria y trombosis venosa cerebral. Una historia y un examen cuidadoso permite identificar "señales de alerta", y por tanto la necesidad de una evaluación urgente. En mujeres que presentan aura por primera vez durante el embarazo, se debe excluir la trombocitopenia, la trombosis del seno venoso cerebral o la eclampsia inminente. (15)

HIPOTIROIDISMO: En cefalea los factores etiológicos van desde micro lesiones hasta el parénquima cerebral y cambios endocrinológicos, los cambios hormonales en la vida de las mujeres afectan el patrón y la calidad del dolor de cabeza, incluidos la menarquia, el embarazo y la menopausia, además hay diferentes tipos de dolor de cabeza durante el embarazo. El mecanismo mejor establecido atribuido a este fenómeno es un nivel alto y estable de estrógeno durante el embarazo, y también durante el embarazo, debido a profundos cambios metabólicos, el tamaño de la glándula tiroides y el nivel de la hormona tiroidea aumentan considerablemente. (16)

La prevalencia de dolor de cabeza entre pacientes con hipotiroidismo varía del 14% al 73%. El hipotiroidismo puede tener un papel en el desarrollo o empeoramiento del dolor de cabeza. (16)

ACCIDENTES VASCULARES: Los principales accidentes vasculares cerebrales que se presentan durante la gestación y el puerperio son: 1. Isquemia cerebral de tipo Arterial: infarto cerebral (IC) y ataque isquémico transitorio (AIT) y la isquemia cerebral venosa: trombosis venosa cerebral (TVC). 2. Hemorragia intracraneal de tipo Parenquimatosa (HP) y de tipo subaracnoidea (HSA) (17)

Es polémico el papel de la gestación como factor de riesgo de accidente vascular cerebral. La incidencia de accidente vascular cerebral durante la gestación varía de 3 a 67 casos/100.000 gestaciones y sólo existe unanimidad en que la gestación y el puerperio entrañan una elevación del riesgo de hemorragia intracraneal de tipo subaracnoidea y trombosis venosa cerebral. No obstante, cabe destacar que existen entidades exclusivas de la gestación que pueden originar un accidente vascular cerebral: eclampsia, coriocarcinoma, miocardiopatía periparto, angiopatía cerebral posparto, embolismo de líquido amniótico y embolismo aéreo. C. Los accidentes vasculares cerebrales son responsables del 12% de las muertes maternas y el tercer trimestre y

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



el período posparto son las etapas de máximo riesgo, sobre todo los dos días antes y un día después del parto. Signos de alarma de un accidente vascular cerebral son: Debilidad o pérdida de sensibilidad de la cara, brazo o pierna, especialmente en un lado del cuerpo, confusión o trastornos súbitos del habla o de la comprensión, trastorno súbito para ver con uno o ambos ojos, problemas para caminar, inestabilidad o trastorno de la coordinación, dolor de cabeza intenso y súbito sin causa conocida.

El infarto cerebral produce signos y síntomas durante más de 24 h con lesión apreciable mediante técnicas de neuroimagen. (17)

La causa de isquemia cerebral se divide en cinco grupos de enfermedades: 1) arteriosclerosis de gran arteria; 2) cardioembolismo; 3) enfermedad de pequeños vasos (infartos lacunares); 4) causas no habituales (trombofilias, migraña, simpaticomiméticos, angiopatías, etc.), y 5) desconocida. La arteriosclerosis y la enfermedad de pequeños vasos son excepcionales en las gestantes debido a la edad habitualmente joven de éstas, por lo que las causas más frecuentes son: eclampsia (24-47% de los casos), cardioembolismo (por valvulopatía reumática, embolismo paradójico por el foramen ovale permeable, fibrilación auricular y miocardiopatía periparto), trombofilias (déficit de proteínas C y S, síndrome antifosfolípido, factor V Leiden, etc.) y angiopatías (disección arterial, vasculitis y angiopatía posparto). (17)

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: La frecuencia de la trombosis venosa cerebral en la gestación varía geográficamente de 2-60/100.000 gestaciones (EE.UU. y Europa) a 200-500/100.000 gestaciones (India). La incidencia es máxima (80%) en el posparto inmediato. La crisis comicial es la presentación más frecuente (80%), seguida de focalidad neurológica (60%) y disminución del nivel de conciencia (50%). Factores de riesgo: multiparidad (73% de pacientes) y estados protrombóticos (64-75%), así como eclampsia, leucemia, policitemia, anemia de células falciformes, hemoglobinuria paroxística nocturna y homocistinuria. Además, en países en desarrollo: infecciones, anemia, deshidratación, cesárea y parto no asistido. La trombosis venosa cerebral aparece en los estudios de neuroimagen (tomografía de cráneo y resonancia) en el 70% como infartos o hemorragias. El diagnóstico definitivo debe realizarse mediante Angio Resonancia Magnética, angio-tomografía de cráneo o angiografía convencional. (17)

Las trombosis venosas cerebrales representan una variedad rara de accidente cerebrovascular que puede afectar a personas de cualquier edad. Tienen así mismo una presentación clínica muy variada que en ocasiones dificulta su diagnóstico, el cual se basa en la visualización de la trombosis venosa misma mediante la resonancia magnética o a veces la tomografía computarizada o, en su defecto, mediante la demostración de una oclusión venosa en las secuencias vasculares. La trombosis de las venas y/o de los senos intracraneales sigue siendo una variedad rara pero no despreciable de los accidentes cerebro vasculares que afecta a una media de cinco individuos por 1.000.000 por año. Las trombosis de las venas y/o de los senos intracraneales tienen un predominio en la mujer joven a causa del papel favorecedor de los anticonceptivos orales, el embarazo y sobre todo del posparto.

Las venas corticales tienen una pared fina, carecen de válvulas y son variables en número y localización. Su trombosis provoca una estasis venosa, responsable, ante la ausencia de colaterales eficaces, de un edema, principalmente vasogénico que, dada la fragilidad de la pared de las venas, puede acompañarse o no de un componente hemorrágico cuya importancia varía desde algunas petequias hasta un verdadero hematoma. Se han descrito numerosos factores, considerados predisponentes o verdaderas causas. Incluyen los descritos en las trombosis venosas de los miembros inferiores (trombofilias congénitas o adquiridas, tratamientos hormonales, terapias protrombóticas, infecciones (tuberculosis, tifus, endocarditis, aspergilosis, coccidio micosis entre otras), cánceres, hemopatías, afecciones inflamatorias

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO



crónicas, embarazo y posparto, etc.), a los que se añaden muchas causas locales como traumatismos craneales, tumores cerebrales (meningioma, linfoma, astrocitoma, metástasis, tumor glómico, cavidades por encefálicas, quistes aracnoideos etc.), malformaciones arteriovenosas, fistulas de la duramadre, hipotensión del líquido cefalo raquídeo, presencia de cualquier tipo de infección, del encéfalo, la cara, los senos y los oídos. El mecanismo de las trombosis venosas cerebrales suele ser multifactorial; una de las asociaciones más frecuentes es la trombofilia congénita (factores II y V principalmente) y los anticonceptivos orales: cada uno de estos factores tomado aisladamente sólo representa un riesgo bajo, mientras que cuando se asocian, el riesgo de trombosis venosa cerebral se multiplica por casi 150. Es muy importante, por tanto, efectuar un estudio etiológico detallado y buscar una trombofilia congénita subyacente incluso cuando existe una causa aparentemente evidente, como un traumatismo, una infección o el posparto. (18)

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

1. Explique con detalle la valoración y evaluación del embarazo de la señora Valentina Fuquenes Agudelo: No es posible realizar una evaluación detallada del embarazo de la señora VALENTINA FUQUENES AGUDELO dado que no se cuenta con la información completa de sus controles prenatales durante la mencionada gestación (según ecografía temprana realizada el 25/07/2016 donde reporta 6,1 semanas) y seguimientos pertinentes, los cuales no fueron aportados por la autoridad; así mismo, no se cuenta con información del plan de manejo durante los controles prenatales lo que es indispensable para un análisis detallado de su estado de gestación (1), ya que en controles prenatales se valora condiciones físicas, emocionales y riesgos de la paciente y el feto como por ejemplo: si toma micronutrientes, signos vitales: en especial presión arterial, altura uterina, exámenes de seguimiento, seguimiento por especialistas pertinentes por antecedentes como hidrops fetal, entre otros. (1)

No obstante, en historia clínica de la Clínica Versalles Manizales-Caldas del 19/02/2017 refiere "Ha asistido a 15 controles prenatales" pero se observa en historia clínica aportada por la autoridad que no hay información de dichos controles prenatales de la señora VALENTINA FUQUENES AGUDELO entre los años 2016 y 2017. Además, se requiere la información detallada de los controles realizados por la especialidad de obstetricia, dado que era una paciente que por sus antecedentes gineco-obstétricos estaba clasificada como de Alto Riesgo Gestacional por lo cual se requería seguimiento estricto por especialidades de Perinatología y Ginecobstetricia, por tanto, no hay elementos de juicio que me permitan pronunciarme sobre la valoración y evolución del embarazo de la señora VALENTINA FUQUENES AGUDELO entre los años 2016 y 2017.

Adicionalmente no se tiene información médica de que la paciente haya asistido a consulta (s) preconcepcional (es) antes de iniciar su gestación en año 2016, ya que esta consulta permite mejorar las condiciones maternas para una futura gestación, dado que se evalúan riesgos perinatales y se educa a la mujer y su familia (1) Según resolución 3280 toda mujer en edad reproductiva que llegue a un servicio de salud debe indagarse sobre su intención reproductiva en relación con su proyecto de vida, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de los riesgos y adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los riesgos, y la mujer tome decisiones en relación a la planeación de su gestación y adicionalmente se entregar asesoría y provisión de método anticonceptivo de acuerdo al deseo de la mujer. (1)

1.1 Los riesgos que presentaba el producto gestacional son: RCIU (restricción del crecimiento intrauterino), parto pretérmino, muerte fetal temprana, hidrops fetal, trastornos de la

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024

placentación según ecografía obstétrica del 20-12-2017.



Los riesgos que presentaba la paciente son: preeclampsia, hipotiroidismo, posible antecedente familiar de epilepsia según historia clínica del hospital San Marcos Chinchiná Caldas el 02/01/2014 lo cual predispone a riesgo de epilepsia en la paciente.

---Se evidencia nota adicional a historia clínica del 02/01/20214 hospital San Marcos Chinchiná Caldas realizada el 20/08/2014 en la que refiere: "se envía copia de la historia clínica por correo electrónico a la alcaldía de Chinchiná para un COVE departamental. ID 33190918." Lo cual indica que desde 2014 la paciente se encontraba en clasificación de alto riesgo para morbilidad y alto riesgo de mortalidad en su siguiente gestación dado su antecedente de preeclampsia severa e hidrops fetal.

El COVE (covecom) en Colombia es el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria y donde se genera un análisis participativo de problemas de interés en salud público que afectan las comunidades y donde todos los actores de atención en salud (institución prestadora de salud, empresa prestadora de salud y secretarías de salud municipales y departamentales) participan para evaluar situaciones médicas, generar medidas de mejoramiento en la atención en salud entorno a las patologías tratadas en este espacio de COVE; que conlleven a acciones tendientes a controlar situaciones que ponen en riesgo la salud de la población. (19)

El decreto 780 de 2016 artículo 37 crea los comités de vigilancia comunitaria y reglamentado por decreto 3518 de 2006. Es de agregar que dentro de la resolución 3280 del 2018 en control preconcepcional (antes de quedar en embarazo) o controles prenatales el personal asistencial médico debe realizar la escala de riesgo biopsico social prenatal que tomando información de historial clínico de la paciente en 2014 posterior a su primer parto en el cual se obtuvo pretérmino de 34 semanas muerte neonatal temprana por hidrops fetal y tuvo adicionalmente una cesárea por preeclampsia severa y dado estos antecedentes clasificaban la paciente según escala de riesgo biopsico social prenatal en estadio de ALTO RIESGO BIOSPICOSOCIAL para el embarazo del año 2016 (mayor o igual a 3 puntos), es decir, cesárea previa 1 punto, preeclampsia 1 punto, mortalidad neonatal temprana 1 punto, trabajo de parto anormal o dificultoso 1 punto. (1)

En Colombia según resolución 3280 del 2018 se ha establecido una ruta integral de atención en salud (RIAS) para la atención materno perinatal que permita brindar servicios de salud de calidad y garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones y ordena la gestión intersectorial y sectorial orientadas a promover el bienestar de las gestantes y sus familias, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud (política pública), para la reducción de muertes maternas. (1) Según las rutas de atención materno fetal que maneja el Ministerio de Salud en Colombia se debe identificar los riesgos de la mujer gestante (1), en este caso según lo mencionado en los apartados anteriores la paciente contaba con antecedente de preeclampsia en embarazo anterior que ya la catalogaba como un factor de alto riesgo para la gestación del 2016. La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión (consulta especialistas, realización de exploraciones e imágenes complementarias, realización de laboratorios adicionales, entre otras) (1)

2. Los cuidados que se debieron tener, el plan de manejo de la paciente, el seguimiento a la evolución postparto: No se cuenta con información que oriente si la paciente en el embarazo del 2014 recibió tratamiento para hipertensión arterial posterior al parto, tipo de tratamiento, seguimientos de presión arterial por personal médico asistencial y si la paciente era adherente a tratamiento, además tampoco se tiene información sobre controles de hipertensión

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



(riesgo cardiovascular) en periodo intergenésico del 2014 al 2016. Así mismo no se cuenta al momento de este peritaje con historias clínicas de control de hipertensión por parte de institución prestadora de salud de primer nivel de atención después de egreso de la paciente de la Clínica Versalles En Manizales el día 22/02/2017 posterior al parto de su segundo embarazo y tampoco se conoce si paciente ingresó a controles de riesgo cardiovascular en unidad de atención local (Chinchiná-Caldas).

Es de anotar que no se cuenta con información sobre controles postparto por parte de personal médico, ni historial de seguimiento por talento humano de enfermería posterior al egreso de Clínica Versalles en Manizales el día 22/02/2017 por lo tanto no hay elementos de juicio para pronunciarme ante la pregunta previamente planteada.

3. Establecer si el fallecimiento de la señora Valentina, se debió a complicaciones originadas en el embarazo, como afecto la preeclampsia, el cuadro clínico que presento posterior al parto, y si este pudo o contribuyo a la causa de su fallecimiento.

Según historial clínico la paciente presento atención medica en hospital San Marcos de Chinchiná el 06/02/2017 por "tengo dolor de cabeza, náuseas y vomito" refiriendo que consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en hipertermia facial nocturna según la paciente refiere asociada a cefalea tensional generalizada, mareo y nauseas, niega perdidas vaginales, síntomas urinarios o premonitorios, refiere sentir movimientos fetales activos, refiere toma de micronutrientes, patológicos: hipotiroidismo gestacional, preeclampsia severa hace 3 años, con examen físico que refiere buenas condiciones generales de salud, extremidades móviles, sin presencia de edemas, con adecuada perfusión, arcos de movimiento conservados, sin dolor, sin signos inflamatorios, neurológico: Glasgow 15/15, fuerza 5/5, sin déficit sensitivo o motor, pares craneanos sin alteraciones, al ingreso con signos vitales estables, por antecedentes se consideró maduración pulmonar fetal y solicitar paraclínicos.

Se observa en historia clínica aportada que no hubo una adecuada anamnesis de los motivos de consulta especialmente la cefalea, ya que falta información como: - Localización (hemicránea, holocránea, occipital) - Carácter (pulsátil, opresivo, punzante) - Frecuencia de las crisis - Duración de cada episodio - Intensidad (leve, moderada, severa) - Síntomas acompañantes (fotofobia, somnolencia,) - Factores que lo agravan o que lo alivian - Uso (y abuso) de analgésicos, presencia de traumas en la cabeza, alteración del lenguaje, presencia de signos meníngeos; ya que un examen físico normal no excluye una cefalea de tipo secundaria y adicionalmente no hay claridad sobre presencia de signos de bandera roja en la paciente, no obstante la sintomatología, signos clínicos y dado sus antecedentes personales se correlaciono cuadro clínico con posible preeclampsia y según información bibliográfica las cefaleas de tipo secundarias representan un síntoma de otra enfermedad como un tumor cerebral, una hemorragia o isquemia o trombosis cerebral, una enfermedad inflamatoria cerebral en los cuales se acerca a su diagnóstico si hay presencia de signos de bandera roja (cefalea de inicio súbito y severo, cefalea de inicio reciente menos de 6 meses, empeoramiento progresivo, cualquier alteración en el examen neurológico, cefalea y convulsiones, cefalea que despierta al paciente en la noche o se agrava con el ejercicio, cefalea y vómitos). (14)

La cefalea es un síntoma que se presenta en alta prevalencia en la población y que se produce por múltiples patologías, tanto benignas como malignas. En otro contexto, en historia clínica aportada no se cuenta con información de la paciente sobre uso de métodos de planificación en los últimos 5 años antes de su fallecimiento ya que estos métodos son factores de riesgo para trombosis venosa cortical, así mismo no se tiene claridad sobre el tiempo de evolución de la trombosis venosa de seno longitudinal de la paciente, es decir, si el trombo en esa zona cerebral se estaba presentando desde hace años, meses o días, y tampoco se tiene claridad sobre las causas subyacentes de esta condición ya que hay factores que predispusieron o causaron la trombosis venosa cerebral en la señora VALENTINA FUQUENES AGUDELO.

Puesto que al consultar información bibliográfica refiere que la trombosis venosa cerebral se

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



manifiesta por signos y síntomas extremadamente diversos cuya forma de instauración es así mismo variable. Por ello se describen formas agudas que evolucionan en menos de 2 días (más del 33% de los casos), formas subagudas que se instauran progresivamente en varios días o semanas (más del 50% de los casos) y más raramente formas crónicas que evolucionan durante más de 1 mes (menos de 10% de los casos); el cuadro clínico depende de la edad del paciente, el tiempo transcurrido desde la instauración de los síntomas, la localización y la extensión de la trombosis (a uno o varios senos y/o venas) así como de la extensión de la lesión parenquimatosa asociada. No existe correlación clara entre la localización de la trombosis y el cuadro clínico. Por ello, por ejemplo, la oclusión del seno sagital superior (seno longitudinal superior) puede expresarse con cefaleas graves, un déficit motor y/o sensitivo uni o incluso bilateral y/o con crisis comiciales; una trombosis del seno lateral puede permanecer totalmente asintomática, provocar un simple dolor retromastoideo, una hipertensión intracraneal si el otro seno lateral es hipoplásico o está trombosado o una afasia si la vena cortical temporal que drena en el seno lateral está también trombosada. Una trombosis del sistema venoso profundo puede presentarse con trastornos oculomotores, alteraciones del comportamiento, déficits motores bilaterales y trastornos de la conciencia que pueden llevar hasta el coma. La trombosis del seno cavernoso representa un cuadro aparte: hoy día es rara y se manifiesta con una quemosis y una oftalmoplejía dolorosa en un contexto de hipertermia ligada a una infección de la cara o de la esfera otorrinolaringológica. (18)

Las cefaleas, síntoma más frecuente, están presentes en aproximadamente el 90% de los pacientes, casi siempre, se instauran progresivamente en algunos días y se describen como intensas y difusas. En un 50% de los casos, están asociadas a un edema papilar, en el marco de una hipertensión intracraneal. Las cefaleas también pueden estar asociadas a un déficit neurológico focal, que se presenta entonces con un cuadro seudotumoral. Si están asociadas a una afectación plurifocal, sugieren entonces un cuadro de encefalopatía difusa. Las cefaleas pueden así mismo presentarse de forma brusca, como un «trueno»: pueden ser el síntoma de una hemorragia subaracnoidea, un hematoma o incluso aparecer en ausencia de hemorragia. Los déficits neurológicos focales, sensitivos, motores o de tipo afasia están presentes en cerca del 50% de los pacientes. Las crisis de epilepsia, raramente aisladas, se observan en el 40% de los pacientes. Las alteraciones de la conciencia se observan en el 20-30% de los casos, en caso de status epiléptico o cuando la trombosis afecta al sistema venoso profundo, en este caso, existe un riesgo de compromiso del pronóstico vital que puede ser mortal. Más allá de estas presentaciones llamadas «clásicas», aunque muy variadas, pueden observarse otros síntomas: acufeno pulsátil, síntomas transitorios, trastornos psiquiátricos (irritabilidad, postración, trastornos del comportamiento), etc. (18)

De igual manera, al revisar la bibliografía se refiere que dentro de la trombosis venosa cerebral existen factores como multiparidad, estados protrombóticos, así como eclampsia, hemoglobinuria paroxística nocturna y homocistinuria y dentro de los accidentes vasculares cerebrales las causas varían ampliamente y entre ellas se tienen: Enfermedad de pequeños vasos (infartos lacunares); trombofilias, simpaticomiméticos, angiopatías, y causas desconocidas. Según información bibliográfica indexada refiere que la arteriosclerosis y la enfermedad de pequeños vasos se presentan en las gestantes jóvenes, a partir de causas como cardioembolismo (por valvulopatía reumática, embolismo paradójico por el foramen ovale permeable, fibrilación auricular y miocardiopatía periparto), trombofilias (déficit de proteínas C y S, síndrome antifosfolípido, factor V Leiden, entre otras) y angiopatías (disección arterial, vasculitis y angiopatía posparto), por consiguiente en la paciente según información aportada por la autoridad no se evidencia que haya tenido estudios médicos que confirmaran presencia de las patologías anteriormente mencionadas previo a su hospitalización en abril del año 2017; dado la anterior no es posible determinar si una de estas enfermedades mencionadas anteriormente causó la presencia de la trombosis venosa cerebral que llevó al deterioro progresivo de la paciente y su posterior deceso.

Sumado a esto, en bibliografía de la trombosis venosa cerebral refiere que en alrededor del

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



15% de los casos, no se demuestra ninguna causa o factor favorecedor a pesar de haber realizado un estudio etiológico avanzado. Esto justifica un seguimiento a largo plazo y la continuación de la búsqueda etiológica, por lo cual el diagnóstico etiológico requiere pues un extenso estudio analítico, así como una anamnesis y una exploración física, incluso pruebas complementarias locales y generales (hemograma, valor de protrombina, tiempo de cafalina activado, dímeros D, mutación de factor V de Leiden, Mutación G20210A de la protrombina, valores de las proteínas C, S y de la antitrombina III, valores de homocisteína, anticuerpos anticardiolipinas, de anticoagulantes circulantes y anti-B2GP1, estudio auto inmunológico (factores antinucleares, anti-ADN). (18)

Por tanto, se observa en historial clínico aportado por la autoridad que en Clínica Versalles de Manizales el día 29/04/2017 el especialista en Neurología Dr. Javier Mauricio Medina Salcedo solicita antitrombina III, proteína C y S de la coagulación, factor V de Leiden, complemento C3 y C4, VDRL, factor reumatoideo, B2 glicoproteína, anticuerpos antifosfolípidos, ANAS, ENAS para descartar enfermedades autoinmunes y enfermedades procoagulantes y también el 02/05/2017 06:56 p.m. Especialidad: Neurocirugía, Dr. Carlos Alberto Pardo Trujillo. Refiere "Plan tratamiento: por neurocirugía se considera debe seguir anticoagulación pues es mayor el riesgo de dejarla sin este tratamiento debido a su patología AUTOINMUNO que la llevo a la trombosis de seno venoso...". Así mismo en clínica Versalles de Manizales con historia clínica de enfermería (Jonathan Morales Toro) del 02/05/2017 está pendiente reporte de factores de coagulación. proteína C y S de la coagulación, anticuerpos antifosfolípidos, factor reumatoideo, ANAS, complementos C3 y C4, tomados el 02/05/2017 muestras remitidas.

Al mismo tiempo, en historia clínica del 22/11/2016 Clínica Versalles Manizales-Caldas en consulta con especialidad de perinatología refiere que paciente fue remitida por hallazgo de estudio 11-14 con aumento de riesgo de aneuploidías (riesgo basal para t 21 por edad 1.962 ajustado por tn reportado en estudio 1:188), hipotiroidismo asociado, primer parto en abril de 2014 a las 33 semanas, con hidrops fetal no inmunológico con muerte perinatal no realizaron estudios de patología. ---ecografía del 15-09-2016 edad gestacional 13,4 semanas TN 3,6mm (mayor a pc 95) con ductus venoso reportado como alterado y tamizaje positivo para RCIU (restricción de crecimiento intrauterino) y preeclampsia, ---ecografía de detalle 22/11/2016 evidencia biometrías para 22,3 semanas de gestación, pielectasia renal derecha e ILA (índice de líquido amniótico) en límite superior de la normalidad, y se considera cariotipo bandas G en líquido amniótico por alto riesgo de aneuploidías, por lo cual no se descarta que paciente presentara enfermedad genética de base (alteración de algún gen), enfermedades autoinmunes, enfermedades procoagulantes o malformaciones arteriovenosas que no fueron estudiadas medicamente a profundidad en la paciente.

También cabe agregar que en historia clínica del 02/01/2014 en hospital San Marcos de Chinchiná se menciona antecedente familiar de hermano con convulsión (epilepsia), lo cual es un factor de riesgo ginecobstetrico en ella por posibles patologías cerebrales que pudiera presentar la paciente.

En relación a las trombosis de las venas y/o de los senos intracraneales tienen un predominio en la mujer joven a causa del papel favorecedor de los anticonceptivos orales, el embarazo y sobre todo del posparto. El mecanismo de las trombosis venosas cerebrales suele ser multifactorial; una de las asociaciones más frecuentes es la trombofilia congénita (factores II y V principalmente) y los anticonceptivos orales: cada uno de estos factores tomado aisladamente sólo representa un riesgo bajo, mientras que cuando se asocian, el riesgo de trombosis venosa cerebral se multiplica por casi 150.

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO



Mientras tanto, los cambios fisiopatológicos que ocurren dentro del sistema cerebrovascular en preeclampsia predisponen a la mujer embarazada a isquemia y hemorragia. (12)

La preeclampsia al ser una hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 MmHg de reciente aparición a partir de la segunda mitad del embarazo y que se acompaña por proteinuria de reciente aparición y se considera un trastorno asociado a disfunción placentaria, reducción en el volumen placentario, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), anomalía en la evaluación del Doppler de arteria umbilical, bajo peso al nacer, disfunción multiorgánica materna, resultados neonatales adversos, muerte intrauterina. No obstante en la paciente no es posible confirmar si la preeclampsia desencadenó el proceso de trombosis venosa de seno longitudinal, adicionalmente durante la hospitalización que se dio entre el 21/02/2017 y el 22/02/2017 en la clínica Versalles Manizales-Caldas según historial clínico las cifras tensionales de la paciente estuvieron estables con uso de antihipertensivos administrados, y se encuentra que paraclínicos tomados antes del egreso hospitalario estuvieron dentro de límites de normalidad, por lo cual en indicaciones médicas se dio alta hospitalaria de la madre a las 24 horas pos parto con nota de "medicación según formulación", es de agregar que no hay información clara sobre si la paciente se le entregó prescripción médica con el mismo antihipertensivo que se manejó durante el parto (alfa metildopa tableta de 250mg, 1 tableta vía oral cada 8 horas), también al egreso se informaron sobre signos y síntomas de alarma para efectuar reconsulta (madre: dolor abdominal incesante* sangrado vaginal* signos de infección de herida quirúrgica* fiebre* dificultad respiratoria; hijo: alteración de la conciencia* vomito de alto gasto* no recepción absoluta de alimentación* ictericia profusa) - control en una semana por su EPS y retiro de puntos - se explica claramente se comprueba comprensión y aceptación - licencia de maternidad.

Se desconoce si la paciente fue adherente al tratamiento después de alta hospitalaria ocurrido el 22/02/2017 en la Clínica Versalles de Manizales ya que en historial de clínica Versalles de abril del 2017 refiere "al parecer HTA (hipertensión) post preeclampsia en manejo con antihipertensivo que la mamá no recuerda", hay posibilidad entonces de que la paciente no tomara adecuadamente el tratamiento antihipertensivo ordenado. Para resumir no hay elementos de juicio que me permitan pronunciarme sobre si la preeclampsia desencadenó el proceso de trombosis venosa de seno longitudinal, ya que no se cuenta con historias clínicas de control posparto y controles de hipertensión arterial de seguimiento.

4. Determinar si la atención se dio dentro de principios de oportunidad, eficiencia, eficacia, y atención integral

No es posible determinar con la información recibida de historias clínicas si la atención prestada en hospital San Marcos de Chinchiná se dio dentro de principios de oportunidad, eficiencia, eficacia y atención integral, ya que no se cuentan con historias clínicas de las atenciones realizadas a la paciente (controles prenatales, control posparto y control de presión arterial).

Además, se observa en oficio general emitido por la Profesional Especializado Forense Lina Mercedes Patiño Giraldo, elaborado el día 02 de marzo de 2022 -Manizales Caldas, donde refiere lo siguiente:

"-Dr. Jorge Hernán González. Consulta particular del 27/04/2017 (no registra hora): por cuadro neurológico atípico agudo + cefalea persistente. Se indicó valoración por neurología clínica en urgencias de EPS y considerar realizar TAC cráneo encefálico.

-Hospital San Marcos de Chinchiná. Una hoja de Triage del 27/04/2017 a las 10:53 am: por cuadro clínico de un día de evolución consistente en malestar general. Antecedente de hipotiroidismo. Se describe consciente alerta, orientada, sin déficit motor, Glasgow 15, cefalea

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



sin signos de bandera roja, sin déficit neurológico. Se consideró que podía ser valorada por consulta externa, se clasificó Triage IV", sin embargo, según historias clínicas aportadas paciente VALENTINA FUQUENES AGUDELO ingresa a clínica Versalles Manizales-Caldas 27/04/2017 a las 11:25 p.m. evidenciando que ingresa a institución de tercer nivel de atención aproximadamente 12 horas después de realización de hoja de Triage en Hospital San Marcos de Chinchiná, ya que según información mencionada anteriormente por la profesional especializada forense Lina Mercedes Patiño Giraldo la hoja de Triage tiene hora de elaboración a las 10: 53 am. Adicionalmente, se aclara que no se dispone dentro de los documentos recibidos por la autoridad las historias clínicas sobre las atenciones prestadas a la paciente en Hospital San Marcos de Chinchiná el día 27/04/2017, ni tampoco se cuenta con la historia clínica de médico general particular que atendió a la paciente el día 27/04/2017; lo cual es importante para contextualizar el caso y establecer más ampliamente si la paciente tuvo adecuada atención Hospital San Marcos de Chinchiná el día 27/04/2017 o en días previos a esta fecha.

Adicionalmente se le prestó a la paciente seguimientos ecográfico con ecografías de 1er trimestre inicial y de transducencia nugal, ecografía de detalle anatómico realizado el 22/11/2016, Ecocardiograma: 23/12/2017: corazón fetal normal. ecografía del 19/01/2017: embarazo de 31.4 semanas por LCC (longitud cefalocaudal) de primer trimestre en percentil 32.8. perfil biofísico normal 8/8.

Nota: El ecocardiograma tiene fecha de elaboración en diciembre del 2017 lo cual no corresponde, sin embargo, se correlaciones con resto de ecografías tomadas durante la gestación de la paciente que sucedió principalmente en 2016 y donde ecografía de detalle anatómico realizado el 22/11/2016 por la especialidad de perinatología. 5. Establecer si requería permanecer en estancia hospitalaria posterior al parto, cual tratamiento debió recibir

El posparto se define como el periodo comprendido entre el final del alumbramiento hasta la total recuperación del organismo femenino. La hipertensión inducida por la gestación definida como trastorno multisistémico que se desarrolla después de las 20 semanas de gestación y se considera que el 29% de los casos de hipertensión transitoria y preeclampsia se desarrollan en el posparto en las 48 horas siguientes y 12% después de las 48 horas postparto, 2% después de los 7 días; lo que llevaría a sustentar una estancia mayor a 24 horas tras el parto de la mujer con el fin de identificar signos y síntomas, monitorización de cifras tensionales, gasto urinario, proteinuria, estado de conciencia que permitan una actuación precoz. (20)

La hipertensión postparto corresponde a la presencia de cifras tensionales sistólicas superiores a 140 mmHg o diastólicas mayores a 90 mmHg, medidas en 2 ocasiones con una diferencia de 4 horas; las cuales aparecen o se sostienen en el puerperio, hasta las 12 semanas posteriores al parto y el manejo de la hipertensión en el posparto no está estandarizado.

La preeclampsia, la hipertensión gestacional y la hipertensión crónica son la principal etiología de la hipertensión postparto. Otras causas atribuidas son: Enfermedad renal previa, estenosis de la arteria renal alteraciones endocrinas, hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de vasoconstricción cerebral, trombosis venosa cerebral, púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome hemolítico urémico.

Se considera hipertensión severa a aquella cuyas cifras tensionales son iguales o superiores a

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



160 mmHg de presión sistólica o 110 mmHg de presión diastólica, o bien cifras de tensión sistólica iguales o mayores a 140 o de tensión diastólica iguales o superiores a 90, asociadas a criterios de severidad. Los criterios de severidad son síntomas que indican compromiso de órgano blanco como tinitus, cefalea global, acúfenos, epigastralgia, escotomas.

El manejo de la hipertensión postparto depende esencialmente de las cifras tensionales documentadas en la paciente cuando se realiza el diagnóstico. Es poca la evidencia fuerte para dirigir la prescripción de fármacos antihipertensivos durante la lactancia, por tanto, son pocos los que en la práctica clínica se utilizan. Las guías del Instituto Nacional para la Excelencia (NICE) del Reino Unido limitan el tratamiento antihipertensivo en la lactancia a labetalol, atenolol, nifedipino, amlodipino y enalapril, desestimando el uso de los demás I-ECAS, ARA II y diuréticos, los cuales deberían ser evitados.

Seguimiento: Se ha comprobado que en los primeros seis días posteriores al parto la tensión arterial aumenta progresivamente llegando a su máximo entre el tercer y sexto día, cuando la paciente ya ha sido dada de alta, con lo que podría perdersela si no se garantiza un control adecuado. Las pacientes deben ser educadas al momento de su salida, acerca de los síntomas relacionados con la elevación de las presiones sanguíneas, su importancia y la necesidad de acudir al servicio médico para el respectivo seguimiento y control de la presión arterial.

Se sugiere que pacientes hipertensas en el puerperio deben ser dadas de alta después del cuarto día postparto, ya que el riesgo de hemorragia intracraneana y de eclampsia es menor. Una vez la paciente es dada de alta, se debe medir la presión arterial en días alternos durante las primeras 2 semanas y remitir a revisión médica si se obtienen dos mediciones superiores a 150/100 mmHg con más de 20 minutos de diferencia. Se recomienda la medición de la presión arterial alrededor del quinto día postparto para identificar mujeres con presentación tardía de preeclampsia (20,44). Será necesario hospitalizar si las pacientes informan síntomas de preeclampsia o si la presión arterial es mayor de 160/100 mmHg.

Si después de 12 semanas de seguimiento la paciente continúa hipertensa o aún requiere de medicación antihipertensiva, debe ser catalogada como hipertensa crónica y se debe educar sobre el control de factores de riesgo cardiovascular como la actividad física, la nutrición adecuada y el control del peso; y debe realizarse seguimiento para hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes y de ser posible ingresar a la paciente al programa de riesgo cardiovascular. En tanto que a las pacientes refractarias al tratamiento farmacológico, es decir, que a pesar de uso de más de 3 antihipertensivos a dosis óptima y con adecuada adherencia al medicamento la paciente no logra control de cifras tensionales, por lo cual se les debe considerar una hipertensión secundaria e iniciar estudios médicos para confirmarse patologías que generen hipertensión secundaria y derivarse a manejo interdisciplinario con otras especialidades como medicina interna, endocrinología, psicología entre otras, según sea el caso. (21).

CONCLUSIÓN

---Es de anotar que tanto los profesionales de la salud tienen deberes y responsabilidad sobre la atención a los usuarios, de igual manera los pacientes, familiares y acudientes tienen derechos y deberes como es: "Dar información veraz sobre sus antecedentes clínicos y demás datos solicitados por el personal de salud, seguir las indicaciones médicas y de los demás integrantes del equipo de salud, en los casos en los cuales haya aceptado el tratamiento, cuidar

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



su salud y la de su familia, cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan, suministrar, de manera oportuna y suficiente, la información que se requiera para recibir servicios de salud.

---En la paciente existió como mecanismo fisiopatológico lesión isquémica relacionada con trombosis venosa de seno longitudinal con edema cerebral y no fue posible determinar claramente la causa directa de muerte de la paciente, ya que la trombosis venosa de seno longitudinal es una patología que puede ser desencadenada por múltiples factores, entonces para aclarar la causa directa de muerte de la paciente se pudo haber realizado un estudio histopatológico clínico (Necropsia Clínica), que permitiera identificar alteraciones patológicas relacionadas con la gestación o con otras patologías como enfermedad genética, enfermedades autoinmunes, enfermedades procoagulantes o malformaciones arterio-venosas, entre otras.

---Es importante tomar en cuenta información del COVE (Comité de Vigilancia Epidemiológica) realizado por la dirección territorial de salud de Caldas posterior al primer parto que tuvo la paciente en 2014 y del cual no se cuenta con información al momento sobre esta unidad de análisis, dado que la paciente durante su primera gestación presentó patologías de preeclampsia severa e hidrops fetal que son eventos de notificación al SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública de Colombia) y en COVE se generan análisis por especialistas que permiten una mejor comprensión de la condición y riesgos de la paciente.

---Se sugiere respetuosamente valoración por especialidad en **NEUROCIROUGÍA y GINECOBSTERICIA** para complementar concepto médico del caso.

COMENTARIOS

BIBLIOGRAFIA

1. Resolución 3280 del 2018, Colombia.
2. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Año 2013, Colombia.
3. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Julian A. Herrera. Gao Ersheng. AKM Shahabuddin. Duo Lixia. Año 2005
4. RCIU -Restricción del Crecimiento Intrauterino- Una Aproximación al Diagnóstico, Seguimiento y Manejo. Laura Marcela Pimiento Infante. Mónica Andrea Beltrán Avendaño. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.80 no.6 Santiago dic. 2015.
5. Visión global sobre mortalidad y morbilidad James M. Greenberg Nelson. Tratado de pediatría, Capítulo 112, pag 863-867, año 2020
6. Rotura prematura de membranas, Brian M. Mercer, Edward K.S. Chien, libro Creasy & Resnik. Medicina materno-fetal, 42, 712-722, Octava edición

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO



7. Rotura prematura de membranas. Brian M. M

8. Muerte fetal- protocolo-guía muerte fetal y perinatal. Manuela Contreras García, Beatriz Ruiz Soto. Ana Orizaola Ingelmo. Jubete/Dr. Odriozola. Año 2016

9. Hidrops fetal: Diagnóstico etiológico y manejo- Jorge Gutiérrez P. Patricio Vásquez U. Waldo Sepúlveda Clínica Las Condes- [REV. MED. CLIN. CONDES - 2008; 19(3) 185 – 195.

10. Anomalías placentarias- - Alteraciones morfológicas de la placenta. Tania Tamayo Lien. Martha Patricia Couret Cabrera. Jenny Olazábal Alonso. Revista Cubana de Obstet y Ginecol. 2014; Año 2014.

11. Comparación de dos protocolos de manejo en preeclampsia severa lejos del término, y resultados maternos y neonatales: una cohorte histórica Hospital Universitario San José, Popayán. César Augusto Rendón-Becerra. Roberth Alirio Ortiz-Martínez. Revista Colombiana de Obstetricia Ginecología vol.67 no.1.Año 2016

12. Preeclampsia, eclampsia y HELLP. Paulina González-Navarro. Guillermo Genaro Martínez-Salazar. Omar García-Nájera, Oswaldo Israel Sandoval-Ayala. Anestesiología en gineco-obstetricia Vol. 38. Supl. 1 Año 2015.

13. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. Lancet Neurology, The, 2018-11-01, Volumen 17, Número 11, Páginas 954-976.

14. Cefaleas, evaluación y manejo inicial. Loreto María CID J. Revista médica clínica condes - 2014; 25(4) 651-657.

15. Headache in Pregnancy. E. Anne MacGregor. Neurologic Clinics, 2012-08-01, Volumen 30, Número 3, Páginas 835-866, año 2012 Elsevier Inc.

16. Attenuation of headache during pregnancy may be caused by increase in thyroid hormone levels. Behnam Sabayan. Medical Hypotheses, 2007-01-01, Volumen 68, Número 6, Páginas 1430-1431, año 2006 Elsevier

17. Patología médica. Bernat Serra. Josep Mallafré. Libro protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus, B.4, paginas 217-361. Quinta edición. Año 2014 Elsevier España, S.L.

18. Trombosis venosas cerebrales. J. Mawet, I. Crassard y M.-G. Bousser. Tratado de medicina, 2010-01-01, Volumen 14, Número 3, Páginas 1-10, año 2010 Elsevier Masson SAS

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBMAN-DSCA-01300-2024



19. Marco general para el desarrollo de comités de vigilancia epidemiológica comunitaria (COVECOM). Ministerio de Salud en Colombia y decreto 780 de 2016 artículo 37.

20. La mujer en posparto: Un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. Claudia Moreno Mojica. Tania Rincon Villa Mil. Yuri Marcela Arenas Cardenas. Revista Cuidarte volumen 5 numero 2 año 2014 paginas 739-747 universidad de Santander Colombia.

21. Hipertensión postparto: una revisión de la literatura y los protocolos de manejo. Anuar Alonso Cedeño-Burbano, Gerardo Alfonso Galeano-Triviño, Daniel Alejandro Fernández-Bolaños, Karen Liseth Chito-Castro¹, Valentina Coronado-Abella. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 62 No. 3: 251-258.

Atentamente,

LINA CONSTANZA MARIN ARANGO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

Aportamos a la justicia en favor de la vida

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