

**PERIMEDICAL DEL VALLE S.A.S**  
**Nit: 901484034-5**  
**"NUESTRO COMPROMISO ES EQUIDAD CON ETICA"**  
**DICTAMEN PERICIAL**



**A. NOMBRE Y PERFIL DEL PERITO:**

**DAIRO GUTIERREZ CUELLO**

**Cedula de ciudadanía:** 15.025.844 de Loricá Córdoba

**Registro Medico:** 761796

**Tiempo de experiencia en atención médica:** 30 años

**Tiempo de experiencia en peritaje médico:** 12 años

**Dirección, teléfono y correo electrónico:** Carrera 34 #25-40 Tuluá Valle, cel. 3155700682, correo: perimedicaldelvalle@gmail.com

**ESTUDIOS:** Médico General de la Universidad Autónoma Metropolitana de México DF, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); adiestramiento en Ecografía en Ginecología y Obstetricia PERIVAL y SAUMB Argentina.

**MIEMBRO ACTIVO DE:**

- Sociedad de Vallecaucana de Ginecología y Obstetricia (SOVOGIN)
- Federación Colombiana de Ginecología (FECOLSOG)
- Sociedad Española de Ginecología (SEGO)
- Colegio Médico Colombiano
- Colegio de abogados en Derecho Médico de Colombia.

**EXPERIENCIA:** Profesor universitario de Pregrado desde hace 20 años y de posgrado y maestría desde hace 8 años.

**B. PERITAJE MEDICO SOLICITADO POR:**

El Dr. doctora Aldemar Ortiz (abogado)

Este dictamen médico de la señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA se requiere para ser aportado dentro del proceso de responsabilidad médica como medio de prueba.

**Fuente de información para el peritaje médico:** Historia clínica de la paciente, Literatura médica, medicina evidencial, protocolos de manejo, Guías de práctica clínica, experiencia

**Fecha de solicitud del peritaje médico:** 24 de enero 2025

**Fecha de entrega del peritaje médico:** 19 de febrero 2025

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**  
Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132  
perimedicaldelvalle@gmail.com  
[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



**De conformidad con lo dispuesto por el Código General del Proceso en su artículo 226, me permito hacer las siguientes declaraciones:**

- 1.- Actúo con completa autonomía e independencia profesional, de manera tal que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional sobre la materia de la experticia.
- 2.- El dictamen fue elaborado directamente por este servidor.
- 3.- He realizado publicaciones científicas sobre la materia en los últimos diez años, pero no están relacionadas con este dictamen.
- 4.- He sido designado como Perito en casos o procesos judiciales en 51 ocasiones (adjunto listado).
- 5.- No he intervenido en proceso de responsabilidad médica donde actúen el doctor ALDEMAR ORTIZ como sujeto procesal.
- 6.- No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 del CGP.
- 7.- Los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas no son diferentes respecto de los que he utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias.
- 8.- Los exámenes, métodos, y parámetros de análisis utilizados para evaluar el caso y soportar mi opinión profesional para el dictamen, corresponden a los que utilizo de manera sistemática y usual para el ejercicio de mi profesión.
- 9.- Para notificaciones me ubico en la Carrera 34 #25-40 Tuluá Valle, Teléfono celular 3215674724 - 3116553132 y mi email para comunicaciones es el: [perimedicaldelvalle@gmail.com](mailto:perimedicaldelvalle@gmail.com)
- 10.- Acompaño a la presente, copia de los documentos que acreditan mi idoneidad sobre la materia objeto del dictamen.

**FUNDAMENTO:** Efectúo el presente dictamen médico especializado con base en la copia de la historia clínica de la paciente ELIANA RENTERIA VALLECILLA que en su momento pertenecía al régimen contributivo de la EPS SOS y cubre su



atención médica desde las consultas para control prenatal y la hospitalización para atención de parto por cesárea, así como la complicación, en el año 2014. En dicha historia clínica se describe la atención médica en la clínica Santa Sofia del pacifico.

### **C.- APLICACIÓN DEL MÉTODO CIENTÍFICO**

Para la realización de este Dictamen, se debe tener presente que equivale a una investigación de carácter científico en el cual se emplea un método, que consiste en la manera como se aborda la investigación con un carácter objetivo y sistémico, que lo convierta en verificable, reproducible y fundamentado en un razonamiento claro, exhaustivo, detallado, preciso y riguroso.

El método científico nos permite observar, pensar y resolver problemas de manera objetiva y sistemática, por lo cual es importante su aplicación, puesto que es el procedimiento mediante el cual podemos dar respuesta a cada problema del conocimiento permitiéndonos comprobar una hipótesis.

Para la realización del presente dictamen, apliqué el método científico, en el cual existen variaciones en la literatura en cuanto a los pasos a seguir para su aplicación, y que de manera general se resumen en cuatro pasos, los cuales apliqué de la siguiente manera:

#### **1.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS**

El ejercicio de la medicina, nos lleva al planteamiento de interrogantes tales como el límite de responsabilidad durante el control prenatal y la atención del parto.

Es claro que es una profesión de medios y no de resultados, por lo cual, el profesional está obligado a utilizar los medios y técnicas más adecuadas y acorde con el avance de la ciencia, para evitar complicaciones y lesiones iatrogénicas.

El control prenatal y la atención del parto es un acto médico, que por su constante presentación nos obliga a mantener la actualización de los conocimientos para un manejo responsable.

La violación de la *lex artis* está dada por una situación de impericia, imprudencia o negligencia, en donde encontramos resultados que no fueron previsibles, que no se contemplaron, siendo evitables con un actuar responsable.

Para esta investigación se plantea el problema, teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en su historia clínica, en donde se puede evidenciar el actuar de los galenos. Por lo cual se hace el siguiente planteamiento del problema, pretendiendo probar si hubo o no responsabilidad en el actuar del médico:

1.1.- ¿Es el abruptio de placenta es una entidad catastrófica que pone en riesgo la vida de la madre y su producto?

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



1.2.- ¿La mejor manera de supervisar el bienestar fetal in útero es a través de la auscultación intermitente de la FCF?

1.3.- ¿El pronóstico de un feto in útero con bienestar comprometido es la interrupción del embarazo de manera rápida una vez tomada la decisión?

## **OBJETIVO**

El objeto de la presente pericia que se ofrece, es emitir la opinión científica sobre la atención médica otorgada en la Clínica Santa Sofia de Popayán y realizado a la Señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA, así como para explicar cuál es la verdad científica y medica sobre si existió elementos de responsabilidad profesional en lo que concierne a la actuación médica y si existe relación de causalidad entre el control del trabajo de parto y la muerte por abruptio de placenta del producto de la gestación, además de la detección oportuna de la infección puerperal a fin de evitar la HTA, así como si este hecho era previsible y/o evitable.

## **2.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:**

2.1.- La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente. La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico.

2.2.- El meconio puede mejorar el crecimiento de bacterias en el líquido amniótico al actuar como un factor de crecimiento, inhibir las propiedades bacteriostáticas del líquido amniótico o antagonizar los sistemas de defensa del huésped, aumentando así el riesgo de corioamnionitis.

2.3.- Los mecanismos de las infecciones puerperales asociadas al meconio, que incluyen la alteración de las propiedades antibacterianas del líquido amniótico y la mejora del crecimiento bacteriano, perjudican la respuesta inmune del huésped a través de la inhibición de la fagocitosis y el estallido oxidativo de los neutrófilos.

2.4.- Los pacientes con infección puerperal, tratados con antibióticos, deben ser sometidos a una revaloración de la evolución de la infección en 3-5 días, de no mejorar se deberá cambiar el esquema antibiótico.

## **3.- OBTENCIÓN DE LINEAMIENTOS DE LA HIPÓTESIS**

La técnica utilizada para verificar o descartar las hipótesis planteadas se estableció a partir del análisis detallado de la historia clínica de la señora ELIANA RENTERIA



VALLECILLA, resultado de los estudios clínicos, valoraciones médicas, revisión bibliográfica.

#### **4.- EMPLEO DE TÉCNICAS EMPÍRICAS.**

Debido a que mi participación se basa principalmente en documentales que integran la historia clínica en el presente caso, debo mencionar que para la revisión metodológica de las mismas se emplean los siguientes métodos: analítico, retrospectivo, con la intención de esclarecer de acuerdo a la lógica de tiempo y modo, apegado a la deontología, ética y lex artis médica, apoyándome en la literatura médica mundial aceptada en la materia de obstetricia.

El conocimiento empírico es el obtenido con el uso de los sentidos del ser humano, a partir de la experimentación o la observación que, para este caso, lo es sobre la historia clínica de la paciente ELIANA RENTERIA VALLECILLA, donde reposan los datos que me llevarán a dar respuesta a interrogantes y a una conclusión final. Utilicé los métodos antes descritos, demostrando un gran valor científico mediante la revisión detallada de la historia clínica, las técnicas de investigación documental, los referentes teóricos de guías de práctica clínica, protocolos de manejo y medicina evidencial, así como artículos médicos y bibliografías que contienen datos estadísticos.

#### **RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA**

Se trata de paciente de 25 años, G1, que acude el día 30 de mayo 2014, FUR 12 de agosto 2013, con embarazo de 39.4 semanas por ecografía. Al TV cérvix permeable a un dedo, largo, blando, se indica cita abierta por urgencia.

El día 2 de junio 2014 acude, por dolor abdominal y se registra nota médica a las 8:57 am, se realiza cardiotocografía que se reporta como reactiva, AU 33 cm, No actividad uterina, movimientos fetales presentes, FCF 140 lpm, al TV salida de tapón mucoso, cefálico. Se ordena salida, regresa en horas de la tarde, registrándose nota médica a las 16:14, donde se diagnostica óbito fetal, se corrobora por ecografía, además abruptio de placenta, se evidencia útero hipertónico, doloroso, TV cérvix con 4-5 cm de dilatación, B 70%.

Se realiza cesárea a las 17:19 horas, y como hallazgos: líquido amniótico meconiado espeso, hematoma 10%, RN femenino de 3500 gramos, talla 54 cm, con esfacelo de piel en cara, Apgar 0 (mortinato).

Se ordena salida el día 4 de junio 2014, con orden de loratadina, bromocriptina, acetaminofén + tramadol, cita con ginecología en 8 días.

Reingresa paciente el día 5 de junio 2014, por dolor uterino y abdominal, se encuentra en su 2 día de pos cesárea.

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**





Refiere ultima micción hace 12 horas, se solicita hemograma, pruebas de función hepática y renal, ecografía de abdomen total decúbito y de pie, Rx de tórax a las 9:03, se evidencia herida quirúrgica con salida de material serohemático en moderada cantidad.

A las 18:32 horas se hace diagnóstico de sepsis puerperal, ilio adinámico pos quirúrgico, el hemograma reporta leucocitosis de 23 mil, Hb 10, a las 19:29 se indica metoclopramida, sonda nasogástrica; abdomen distendido, útero a nivel infraumbilical, dolor importante.

El día 6 de junio del 2014 a las 10:40 se indica tratamiento antibiótico con Clindamicina/ gentamicina. Se abre herida quirúrgica, drenando material purulento, se realiza curación.

El 7 de junio 2014, continua con dos curaciones al día.

El día 8 de junio 2014, se evidencia celulitis de mano izquierda.

El día 9 de junio 2014, sin cambios.

El día 10 de junio del 2014 se ordena eco de abdomen total.

El día 11 de junio del 2014, reporte de eco de abdomen: Colección subfacial, adherido a útero. Se decide valorar bajo anestesia encontrando cérvix permeable, útero subinvolucionado, salida de loquios en moderada cantidad.

A las 7:14 se inicia oxitocina 20 U para mejorar involución uterina.

A las 18:59 se indica laparotomía exploradora, la cual se realiza el día 13 de junio 2014 a las 6:58 horas: se evidencia dehiscencia total de facia, EPI crónica, absceso de fondo de saco, con cúpula fibrosa crónica, pus en cavidad abdominal, múltiples focos infecciosos, miometritis, se solicita segunda mirada por parte de otro ginecólogo, quien está de acuerdo en realizar HTA subtotal por miometritis, conservando los ovarios, lavado peritoneal, omentectomia parcial.

El día 14 de junio 2014, se indica cambio de antibiótico a vancomicina, piperaciclina, tazobactam.

La patología reporta Panmetritis aguda, con absceso del omento.

El día 2 de Julio del 2014 se ordena salida.

### **PRESENTACION DE LA LITERATURA MÉDICA RELACIONADA CON OBITO FETAL E INFECCION PUERPERAL**

Basado en la historia clínica de la señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA, se observa que el hecho más relevante es el óbito fetal y la infección puerperal, para lo cual realizo la siguiente revisión bibliográfica:

**INVOLUCIÓN UTERINA:** tras la expulsión de la placenta, el útero, con un peso de 1.000 g en este momento, se contrae rápidamente como mecanismo hemostático

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132

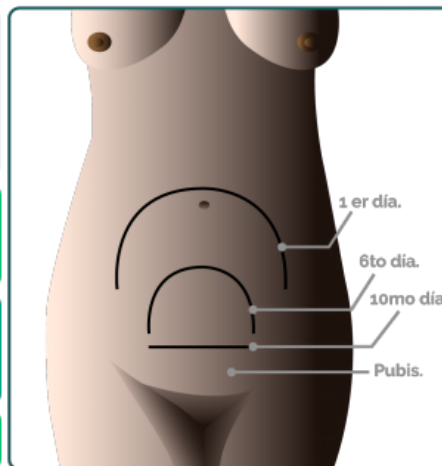
perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**

para comprimir los vasos miometriales, y se sitúa a la altura de la cicatriz umbilical (proceso denominado involución uterina).

Posteriormente desciende a razón de 0,5-1 cm/ día, de tal forma que en la segunda semana postparto el útero, con un peso de 500 g, ya no se palpa al examen abdominal, porque ha involucionado hasta la cavidad pélvica, y hacia las 4 semanas, con un peso de 100 g, el útero retorna a su tamaño previo al embarazo. Por ecografía se ha documentado que en mujeres cuyo parto fue por cesárea o no lactaron, el tamaño uterino es ligeramente mayor.

Tiempo	Involución Uterina.	Loquios.
Post alumbramiento	2 traveses de dedo por encima de la cicatriz umbilical.	Sanguinolentos (rojo brillante), puede haber pequeños coágulos de olor ligeramente "carnico".
24 hrs	A la mitad de la cicatriz umbilical.	
Día 2 Y 3	2 a 3 traveses bajo ombligo.	
Día 5	A la mitad entre el ombligo y el pubis.	Serosos (Pardo-rosado), inodoro.
Día 7	5 traveses sobre pubis	
Día 10 o 12	A nivel de sínfisis púbica	Blanquecinos (Blanco cremoso), inodoro o con un leve olor rancio. Duran así de 1 a 3 semanas.
Día 15	Retropúbico.	
Semana 6	Solo palpable por tacto bimanual.	Cesan a partir de la 5ta semana..



De no ocurrir estos eventos fisiológicos, se llamará subinvolución uterina, en la cual el útero no regresa al tamaño y tono normal después del evento obstétrico; las principales causas son la retención de restos pos evento obstétrico, endometritis, atonía uterina, traumatismo durante la cesárea, cesáreas repetidas; el manejo adecuado incluye identificación y tratamiento de la causa subyacente (antibiótico, eliminación de restos o medicamentos para estimular la contracción uterina. Un monitoreo cercano y una intervención temprana son esenciales para prevenir complicaciones graves<sup>1</sup>.

**ÓBITO FETAL:** mortalidad fetal aquella que ocurre a partir de las 20 semanas de gestación. Se considerará una pérdida de segundo trimestre aquellos casos en los que el óbito fetal ocurre entre la semana 12.0 y la 19.6 de gestación.

En función de las semanas, diferenciamos:

<sup>1</sup> Ana María Arias Galeano, puerperio normal y patológico. Obstetricia de alto riesgo. Séptima edición 2013, pagina 157-165.



Éxitus fetal intrauterino precoz: entre semana 20+0 a 27+6 semanas

Éxitus fetal intrauterino tardío: entre la semana 28+0 a 36+6 semanas

Éxitus fetal intrauterino a término: a partir de la 37+0 semanas

Este éxitus puede acontecer durante el trabajo de parto (éxitus fetal intraparto) o diagnosticado previamente al inicio del trabajo de parto (éxitus fetal anteparto).

Métodos de finalización de la gestación: La inducción del parto es el método más apropiado para la terminación del embarazo.

Método farmacológico: se considera el método de elección.

En la inducción del parto, cuando el índice de Bishop es favorable, se debe optar por la oxitocina intravenosa. Cuando el cuello no está maduro, el fármaco de elección son las prostaglandinas. Tradicionalmente se ha utilizado la prostaglandina E2, pero el misoprostol presenta una eficacia superior. Sin embargo, como la indicación de inducción del parto no está actualmente recogida en su ficha técnica, el misoprostol se ha de utilizar como uso compasivo. El misoprostol se puede administrar por vía oral o vaginal. Esta última forma tiene menos efectos secundarios y acorta el tiempo hasta el parto. Aunque existen diferentes pautas, todas ellas con una efectividad similar, en general suelen tener en cuenta el tamaño uterino o la edad de gestación:

- Entre las 13 y 17 semanas: 200 µg/6 h (dosis máxima diaria: 1.600 µg).
- Entre las 18 y 26 semanas: 100 µg/6 h (dosis máxima diaria: 800 µg).
- 27 semanas o más: 25-50 µg/4 h (hasta 6 dosis).

La pauta de administración de misoprostol variará en función de la edad gestacional:

- Primera tanda: administrar la primera dosis de misoprostol siempre vía vaginal y continuar con vía oral.
- Ante la presencia de DU regular (> 2 contracciones/10 minutos) no administrar dosis sucesivas de misoprostol.
- No iniciar tratamiento con oxitocina EV hasta transcurridas > 4 horas de la última dosis de misoprostol (el uso concomitante de misoprostol y oxitocina aumenta el riesgo de hiperdinamia uterina y consecuentemente de rotura uterina).

En caso de no expulsión fetal el primer día de tratamiento:

- Repetir dosis de misoprostol (200 mg VO) a las 00h, que se administrará si la paciente no presenta dolor e independientemente de si se ha finalizado la tanda de misoprostol.



- Colocación de balón intracervical. El balón intracervical puede mantenerse durante 24 horas. Transcurrido este tiempo se recomienda revalorar el caso.

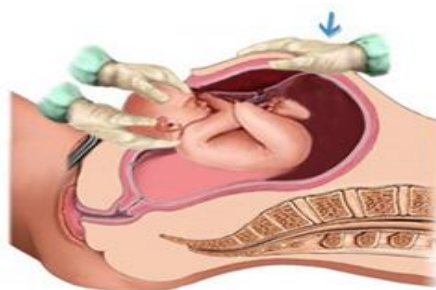
Explicar el proceso a la paciente y permitir unas horas de descanso de la gestante tras finalizar la tanda de misoprostol.

Repetir nueva tanda de misoprostol. Se recomienda administrar todas las dosis vía vaginal ya que ofrece mayor efectividad (niveles plasmáticos del fármaco más altos) y mejor perfil de seguridad<sup>2</sup>.

LA CESÁREA, definida como el nacimiento del feto mediante incisión en la pared abdominal y uterina, es una de las cirugías abdominales más comúnmente realizada en mujeres en todo el mundo. Es un procedimiento que se remonta a la Antigüedad, pero en los últimos dos siglos, experimentó intensas modificaciones en términos de indicaciones, objetivos, técnicas y consecuencias.

La indicación de la cesárea se ha incrementado a niveles injustificados por parte del personal médico, con resultados negativos económicos y en la salud. Las cuatro indicaciones más comunes para las cesáreas son: cesárea anterior, distocia o falta de progresión del trabajo de parto, presentación de nalgas y el estado fetal no tranquilizador.

Aunque la llegada de la cesárea tiene ventajas innegables, cuando la indicación es correcta, la cirugía presenta los siguientes riesgos o desventajas: más largo período de recuperación; mayor morbilidad materna, incluyendo un mayor riesgo de un paro cardíaco después de la cirugía; hematoma de incisión; histerectomía; infección puerperal y complicaciones anestésicas, mayor riesgo de problemas respiratorios neonatales (síndrome de la angustia respiratoria y taquipnea transitoria del recién nacido).



**ABRUPTIO DE PLACENTA:** La placenta es un órgano que se desarrolla en el útero durante la gestación. El desprendimiento se produce cuando la placenta se separa

<sup>2</sup> O Gómez, N Masoller, pérdida gestacional segundo trimestre y éxitus fetal, Protocolo Clinic Barcelona, Fecha de protocolo y actualizaciones 2-06/2006, 01-05/2019, 01-04/2020

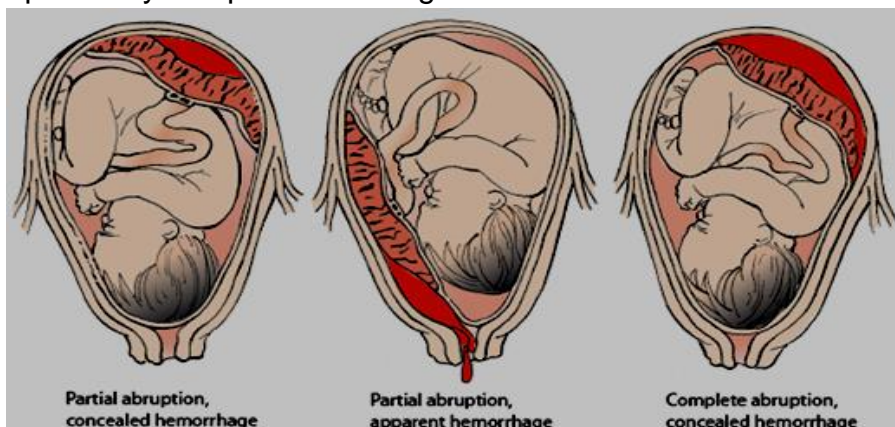
de las paredes internas del útero antes del parto. El desprendimiento puede privar al feto de oxígeno y de nutrientes y provocar un sangrado intenso en las madres. Con frecuencia aparece de manera repentina. Si no se trata, pone en peligro a la madre y al feto.

Es más probable que el desprendimiento placentario ocurra en el último trimestre del embarazo, en especial, durante las últimas semanas del nacimiento; los signos y síntomas incluyen: Hemorragia vaginal, dolor abdominal, dolor de espalda, rigidez uterina, contracciones uterinas.

En algunos casos el desprendimiento se desarrolla lentamente, lo que puede causar un ligero e intermitente sangrado vaginal.

En general no se conoce la causa del desprendimiento, algunas posibles causas son el traumatismo o lesiones abdominales, y como factores de riesgo la hipertensión arterial crónica, el tabaquismo, el uso de la cocaína, la RPM, la corioamnionitis, ser mayor de 40 años.

Este desprendimiento puede ser parcial con sangrado oculto, parcial con sangrado aparente y completo con sangrado oculto.



### **INFECCIÓN PUERPERAL: PANMETRITIS:**

La infección puerperal se define como una infección bacteriana del tracto genital de la mujer en el puerperio reciente. Mientras que la infección quirúrgica, como es el caso del absceso de la pared producido después de la cesárea, se define como cualquier proceso infeccioso inflamatorio de la herida o de la cavidad operada para drenar el pus, con o sin cultivo positivo.

La infección puede estar limitada a la incisión quirúrgica o involucrar las estructuras adyacentes a la herida, es decir, los otros tejidos que han sido expuestas o manipulados durante la cirugía. A nivel internacional, la infección puerperal presenta índices que oscilan entre el 3 y el 20%, con un promedio del 9%.

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132

[perimedicaldelvalle@gmail.com](mailto:perimedicaldelvalle@gmail.com)

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)



Hay varios tipos de infecciones puerperales, y de esas infecciones se propone prestar atención al caso específico de la infección operatoria, debido a su frecuencia.

La infección de la pared abdominal pertenece a la lista de las infecciones nosocomiales y ocurre en 3 a 16% de las operaciones cesáreas. La incidencia de infección de la herida quirúrgica después de cesárea es de 3 a 15%

Las infecciones posparto se describen según las tres áreas distintas donde pueden ocurrir, que incluyen:

- Endometritis: revestimiento del útero
- Miometritis: músculo uterino
- Parametritis (también llamada celulitis pélvica): tejido de sostén alrededor del útero.

La infección posparto más frecuente es la endometritis, ya que el revestimiento del útero puede sufrir traumatismos y desgarros durante el proceso de parto. Este daño proporciona una puerta de entrada para que se desarrolle la infección. Se puede formar una infección en el músculo del útero o en las estructuras que lo sostienen en los sitios de incisión o desgarro, como en una episiotomía o una cesárea.

En la mayoría de los casos se produce por vía ascendente tras la colonización microbiana cérvico-vaginal. Los factores de riesgo son el parto por cesárea, el número de exploraciones previas, tiempo de bolsa rota mayor de 6 horas, duración del parto de más de 8 horas, presencia de meconio, alumbramiento manual, diabetes, corioamnionitis, heridas y desgarro del canal de parto. La mayoría se corresponden con infecciones polimicrobianas.

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente. La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico. A menudo las pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta, demandando la asistencia en el servicio de urgencias. Las pautas de prevención, cada vez más importantes, han disminuido la frecuencia de esta patología

El diagnóstico se realiza por la presencia de fiebre, dolor uterino a la exploración, loquios malolientes y leucocitosis. Se requiere por tanto exploración, analítica y ecografía para descartar la presencia de restos y realizar el diagnóstico diferencial con las otras causas de fiebre puerperal. Está recomendada profilaxis antibiótica en



los casos de parto por cesárea con una cefalosporina de 1ª generación. El fundamento terapéutico de la endometritis es el manejo hospitalario de los antibióticos de amplio espectro que cubran fundamentalmente la presencia de los microorganismos de la flora vaginal, incluyendo anaerobios con producción de betalactamasas.

La infección de la herida quirúrgica aparece en un 2-5% de todas las cesáreas. Son factores predisponentes la cesárea urgente, tiempo quirúrgico prolongado, corioamnionitis, obesidad o malnutrición, anemia o alteraciones de coagulación e inmunosupresión. Se debe a gérmenes de la flora cutánea (estafilococo) o contenidos en la cavidad amniótica, procedentes del tracto genital inferior, siendo polimicrobianas en un 63%, anaerobias en un 30% y aerobias en un 7%. La profilaxis se realiza con una dosis de cefalosporina de 1ª generación vía intravenosa y la preparación de la piel con alcohol o clorhexidina. No hay evidencia de ninguna medida en concreto que disminuya la incidencia de la infección de la herida debida a la técnica quirúrgica.

El tratamiento depende de la severidad del cuadro infeccioso. En los casos más leves, sólo con celulitis no complicada, es suficiente con un solo antibiótico. Si hay líquido en la herida requiere drenaje o realizar cultivo del material. Si ese material es seroso suele ser suficiente con el drenaje; si es de características purulentas se debe realizar drenaje, limpieza y curas de la herida, estableciendo antibiótico según el cultivo, generalmente antibióticos de amplio espectro.

Los casos de especial rapidez de desarrollo de la celulitis, con afectación sistémica y con amplia extensión de la infección se deben generalmente a infecciones por estreptococo del grupo A, y pueden acompañarse ocasionalmente de fascitis necrotizante requiriendo además del tratamiento antibiótico vía intervención quirúrgica. La fascitis necrotizante es una complicación poco frecuente, pero potencialmente muy grave. Se debe sospechar su diagnóstico ante una rápida ascensión de signos de celulitis en las primeras 24 horas, afectación del estado general de la paciente, desarrollo y extensión a tejidos adyacentes o presencia de crepitación. Causada por *Streptococo pyogenes*, *Clostridium perfringens* o polimicrobiana. Requiere ingreso. Puede ser necesario realizar ecografía o RNM para localizar la lesión y realizar desbridamiento quirúrgico y extirpación de todo el tejido necrótico.

La infección puerperal puede reducirse empleando técnicas asépticas durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, así como evitando traumatismos de los órganos genitales durante el parto. Una vez instalado el proceso séptico se tomarán

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132

[perimedicaldelvalle@gmail.com](mailto:perimedicaldelvalle@gmail.com)

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)





hemocultivos, cultivos de cavidad uterina y además exámenes de laboratorio que nos permitan evaluar el estado general de la paciente.

La primera medida terapéutica recomendada es iniciar medidas de reanimación con líquidos y terapia antibiótica precoz, buscar el foco específico de la infección para su control efectivo, de ser posible erradicándolo a la mayor brevedad sobre todo cuando hay necrosis de partes blandas o de tejido intestinal. La mayoría de infecciones obstétricas son tributarias de la realización de medidas de control. Las gestantes con corioamnionitis deben tener un parto tan pronto como sea posible, independientemente de la edad gestacional y la vía del parto debe ser considerada de acuerdo al criterio clínico del obstetra.

El tratamiento médico se basa fundamentalmente en la administración de antibióticos útiles para combatir la acción de los gérmenes causantes del proceso infeccioso, detectados por el examen microscópico de muestras tomadas del interior de la cavidad uterina mediante cultivos y extendidos del cérvix para coloración de Gram. Se emplea la combinación de penicilina con gentamicina y clindamicina con buenos resultados. La gentamicina se emplea en dosis de 80 mg cada 8 horas por vía endovenosa o intramuscular y la clindamicina en dosis de 600 mg cada 6 horas por vía intramuscular o endovenosa. Si la paciente se encuentra en insuficiencia renal aguda las dosis de gentamicina y su frecuencia variarán de acuerdo con la cifra de creatinina.

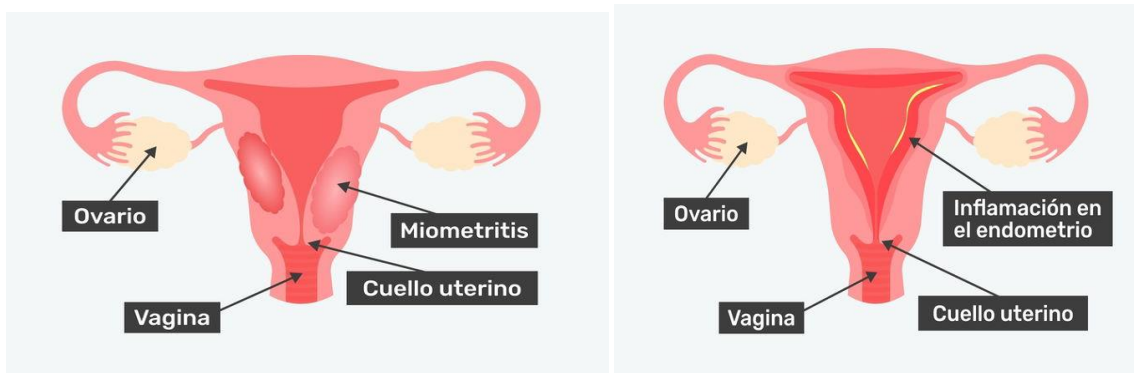
La asociación clindamicina -gentamicina sigue entregando buenos resultados. Cuando el tratamiento médico no es suficiente para controlar la infección, se deberá cambiar el antibiótico a los 3-5 días (vancomicina, piperaciclina), de persistir se emplea el tratamiento quirúrgico que incluye legrado instrumental, histerectomía total abdominal y drenaje de abscesos tuboováricos y subdiafragmáticos. El resultado del tratamiento de la infección puerperal dependerá fundamentalmente de la extensión del proceso infeccioso y del estado general de la paciente; sin embargo, cuando se emplea el tratamiento médico asociado al quirúrgico, la posibilidad de disminuir la morbilidad aumenta.

En casos graves, cuando se practica el tratamiento quirúrgico y se hace necesario efectuar la histerectomía total, la extirpación de los anexos está supeditada al buen juicio del cirujano; además, son importantes medidas generales como la posición de semifowler, el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico, la sonda vesical para control de líquidos administrados y eliminados, el cuidado estricto de catéteres y venodisecciones así como de la herida quirúrgica para evitar infecciones secundarias en estos sitios.



Los pacientes que sobreviven a una infección pélvica grave enfrentan posteriormente problemas de infertilidad por destrucción de la mucosa de las trompas y fibrosis de estas.

El drenaje de abscesos puede realizarse a cielo abierto o por punción guiada con ultrasonido o tomografía. La debridación de los tejidos desvitalizados (que son medio propicio para la proliferación bacteriana, debe hacerse de preferencia, salvo en el caso de la fasciitis necrotizante, hasta que esté bien demarcada la línea de separación con los tejidos sanos, a fin de evitar sangrados innecesarios durante el procedimiento<sup>3</sup>.



**MECONIO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA ENDOMETRITIS:** Se han propuesto varios mecanismos para las infecciones puerperales asociadas al meconio, que incluyen la alteración de las propiedades antibacterianas del líquido amniótico y el aumento del crecimiento bacteriano. La importancia de una posible asociación entre el meconio y la infección puerperal se ve subrayada por las diversas complicaciones con las que se asocian las infecciones intraparto y posparto. La corioamnionitis afecta a entre el 0,5 y el 2,0 % de los embarazos. La corioamnionitis también es más probable que ocurra cuando hay LAM (líquido amniótico meconiado). La infección materna también es más probable en presencia de LAM. Las pacientes con LAM tenían casi dos veces y media más probabilidades de desarrollar endometritis posoperatoria.

Las tasas de infección puerperal que están asociadas con el grado de tinción de meconio aumentan con las tasas que aumentan a medida que aumenta el espesor del meconio. El meconio puede mejorar el crecimiento de bacterias en el líquido amniótico al actuar como un factor de crecimiento, inhibir las propiedades bacteriostáticas del líquido amniótico o antagonizar los sistemas de defensa del huésped, aumentando así el riesgo de corioamnionitis. Los mecanismos de las

<sup>3</sup> Ana María Arias Galeano, puerperio normal y patológico. Obstetricia de alto riesgo. Séptima edición 2013, pagina 157-165.



infecciones puerperales asociadas al meconio, que incluyen la alteración de las propiedades antibacterianas del líquido amniótico y la mejora del crecimiento bacteriano, perjudican la respuesta inmune del huésped a través de la inhibición de la fagocitosis y el estallido oxidativo de los neutrófilos<sup>4</sup>.

### **ANALISIS DE LOS HECHOS:**

Una vez analizada la historia clínica de la señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA procedí a la aplicación del método científico, observando que se trata de paciente de 25 años, primigestante, que acude a la clínica con embarazo de 39.4 semanas para atención del parto, para lo que se le realiza cesárea, con producto obitado, regresa dos días más tarde con datos clínicos de sepsis puerperal.

La paciente fue manejada como un embarazo a término sin evidencia de complicaciones hasta el evento del óbito fetal. Sin embargo:

- No se estipula en la historia clínica datos clínicos relevantes para el diagnóstico de abruptio de placenta. Esto es una deficiencia en la fundamentación del diagnóstico clínico.

- No se especifica la justificación para realizar una cesárea en un óbito fetal. Las guías de práctica clínica no recomiendan cesárea en estos casos, salvo que existan indicaciones maternas claras (como desproporción cefalopélvica, riesgo de infección, etc.)<sup>5</sup>.

El esfacelo observado en el rostro del feto al nacimiento, no concuerda con las pocas horas reportadas del fallecimiento. Esto sugiere un error en la evaluación del tiempo transcurrido desde el óbito o a un error de apreciación.

No se evidencia la existencia de consentimiento informado para la laparotomía exploradora ni para la histerectomía subtotal. Según la Ley 23 de 1981, la obtención de consentimiento informado es obligatoria para procedimientos invasivos. Es fundamental que todos los procedimientos estén respaldados por documentos de consentimiento firmado, explícito y detallado.

El líquido amniótico meconiado, especialmente cuando es "espeso", aumenta el riesgo de infecciones intraamnióticas (corioamnionitis) y endometritis posparto debido a su capacidad de actuar como un medio rico para el crecimiento bacteriano.

---

<sup>4</sup> Jorge M. Balestena Sánchez, Influencia de algunos factores del parto y el periparto que influyen en la endometritis puerperal, Hospital universitario "Abel Santamaría" Pinar del río, 4 de julio de 2005.

<sup>5</sup> Protocolo Clinic Barcelona, Cesárea, Fecha de protocolo 01/05/2005- 01/05/2012



En este caso, el hallazgo de líquido amniótico meconiado espeso durante la cesárea debió ser un indicador claro para implementar profilaxis o terapia antibiótica temprana<sup>6</sup>.

Las guías internacionales y nacionales sobre manejo de cesáreas recomiendan el uso profiláctico de antibióticos en el momento de la cirugía y, en casos de alto riesgo como el descrito (líquido meconiado, útero hipertónico, óbito fetal), un esquema extendido de antibióticos posquirúrgicos puede estar indicado para reducir el riesgo de endometritis.

La falta de indicación de antibióticos en el momento del alta deja a la paciente vulnerable a infecciones, considerando su estado clínico poscesárea (líquido amniótico meconiado, posibilidad de restos intrauterinos y la cirugía mayor reciente). Esto es especialmente relevante en el contexto del manejo del óbito fetal, donde se aumenta el riesgo de infecciones debido a la descomposición tisular y la inflamación. La endometritis es una de las complicaciones más comunes tras una cesárea, especialmente en pacientes con factores predisponentes como los presentes en este caso. Puede progresar rápidamente a infecciones más severas como sepsis puerperal o abscesos intraabdominales si no se trata de manera temprana.

No ordenar antibióticos profilácticos o terapéuticos al alta posterior a la cesárea con líquido amniótico meconiado espeso y el antecedente de óbito fetal es una omisión que vulnera la atención de calidad exigida. Este descuido pudo predisponer a la paciente al desarrollo de una endometritis, que en este caso progresó a una sepsis puerperal, absceso abdominal y miometritis, culminando en la necesidad de histerectomía subtotal. Esto representa una falla médica potencialmente prevenible. La ausencia de una orden antibiótica tras una cesárea complicada y con factores de riesgo constituye una desviación de la lex artis.

Ya para el día 11 de junio (9 días pos cesárea) existían indicios de infección uterina, al evidenciar subinvolucion uterina tratada con oxitocina, de acuerdo a la literatura el útero debería estar a nivel de la sínfisis púbica en el día 10 pos cesárea.

El cambio de antibiótico en el reingreso de la paciente entre los días 3 a 5 posteriores al inicio de la antibioticoterapia estaba justificado con base en los siguientes puntos, respaldados por la clínica del caso y guías de manejo:

-La paciente reingresa en el día 2 poscesárea con signos claros de infección puerperal:

- Dolor uterino y abdominal significativo.
- Leucocitosis de 23,000/mm<sup>3</sup>.

---

<sup>6</sup> Jorge M. Balestena Sánchez, Influencia de algunos factores del parto y el periparto que influyen en la endometritis puerperal, Hospital universitario "Abel Santamaría" Pinar del río, 4 de julio de 2005.

- Salida de material serohemático por la herida quirúrgica.

Esto es compatible con un cuadro de endometritis o inicio de sepsis puerperal, condiciones que exigen ajustes rápidos en el manejo antimicrobiano según la progresión clínica. Las infecciones poscesárea tienden a evolucionar rápidamente debido al entorno inflamatorio del útero posparto y la presencia de loquios, que pueden actuar como un medio favorable para la proliferación bacteriana.

Las bacterias responsables suelen ser polimicrobianas (incluyen aeróbicos como *E. coli* y anaeróbicos como *Bacteroides*), por lo que se requiere terapia antibiótica dirigida tanto a aeróbicos como a anaeróbicos desde el inicio<sup>7-8</sup>.

- Terapia antibiótica inicial: Las guías de práctica clínica sugieren iniciar antibióticos como clindamicina y gentamicina para cubrir organismos aeróbicos y anaeróbicos en infecciones puerperales tempranas.
- Cambio de antibiótico: Si hay progresión clínica en 3 a 5 días de iniciado el tratamiento sin mejoría evidente, o si se identifican signos de complicaciones como abscesos o fascitis, se justifica un cambio a un esquema de mayor espectro:

Ejemplo: Piperacilina/tazobactam o la combinación de vancomicina y un betalactámico de amplio espectro (en casos de sospecha de organismos resistentes o infecciones mixtas).

En este caso, Clindamicina y Gentamicina la iniciaron el 6 de junio (día posterior al reingreso), pero no se evaluó un cambio oportuno entre los días 3-5, a pesar de los siguientes indicios de falla:

- Persistencia de fiebre o dolor abdominal.
- Evidencia de material purulento al drenaje de la herida quirúrgica el 6 de junio.
- Diagnóstico posterior de absceso intraabdominal confirmado por ecografía (11 de junio) y hallazgos quirúrgicos (13 de junio).

<sup>7</sup> Protocolo Clinic Barcelona, Cesárea, Fecha de protocolo 01/05/2005- 01/05/2012

<sup>8</sup> Jorge M. Balestena Sánchez, Influencia de algunos factores del parto y el periparto que influyen en la endometritis puerperal, Hospital universitario "Abel Santamaría" Pinar del río, 4 de julio de 2005.



Un cambio más temprano de antibióticos probablemente habría mitigado la progresión de la infección a complicaciones graves como la miometritis y el absceso del fondo de saco.

La progresión de la infección en este caso llevó a:

- Dehiscencia total de la fascia.
- Absceso abdominal y EPI crónica.
- Necesidad de histerectomía subtotal.

Estas complicaciones podrían haberse evitado con un cambio de antibióticos adecuado al reconocer la falta de respuesta al tratamiento inicial.

El cambio de antibióticos entre los días 3-5 de iniciado el tratamiento inicial estaba justificado y debió haberse implementado al evidenciar la persistencia o progresión de la infección. La falta de ajuste oportuno representa una desviación de la *lex artis ad hoc*, ya que existen guías claras que establecen la importancia de reevaluar y ajustar el manejo antimicrobiano según la evolución clínica y el desarrollo de complicaciones. Esto refuerza la necesidad de un monitoreo activo y dinámico en pacientes con infecciones puerperales.

Ahora, en cuanto a la ecografía abdominal, esta es una herramienta clave en la identificación de complicaciones posquirúrgicas como colecciones intraabdominales, abscesos, hematomas o líquido libre, que pueden explicar síntomas como dolor abdominal persistente, distensión y fiebre<sup>9</sup>.

En este caso, se retrasó por 7 días, durante los cuales la paciente presentó síntomas compatibles con infección grave (sepsis puerperal), incluyendo abdomen distendido, dolor importante y útero subinvolucionado. La colección subfacial adherida al útero, reportada en la ecografía realizada el 11 de junio, probablemente estaba presente desde el reingreso (5 de junio) o incluso antes. Este retraso permitió que la infección progresara sin una intervención adecuada.

La acumulación de material purulento y la diseminación del proceso infeccioso contribuyeron al desarrollo de complicaciones como la miometritis, panmetritis aguda y absceso del fondo de saco, aumentando el riesgo de daño tisular irreversible. La presencia de un absceso sin drenaje oportuno es una fuente constante de bacterias hacia el torrente sanguíneo, lo que intensifica la sepsis y aumenta el riesgo de fallo multiorgánico.

---

<sup>9</sup> Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la sepsis puerperal. México; secretaria de Salud 2009.





En cuanto a la laparotomía: Una vez detectadas colecciones intraabdominales o signos de infección no controlada (como en este caso), la laparotomía es el estándar para confirmar el diagnóstico, drenar colecciones, realizar desbridamiento de tejido necrótico y prevenir la progresión de la infección. Según las guías de manejo de infecciones posquirúrgicas, una intervención quirúrgica urgente es esencial cuando hay signos de deterioro clínico o evidencia de abscesos en imágenes.

Impacto del retraso de 2 días: En este periodo, las colecciones purulentas detectadas ya en la ecografía probablemente se expandieron, causando mayor compromiso de tejidos adyacentes y empeorando la miometritis y la EPI crónica.

Mayor carga bacteriana y formación de fibrosis: La demora pudo favorecer la formación de una cúpula fibrosa crónica, dificultando el drenaje adecuado y promoviendo la proliferación bacteriana.

Aumento de la mortalidad y morbilidad quirúrgica: La literatura médica indica que cada día de retraso en el manejo quirúrgico de una infección grave aumenta el riesgo de complicaciones, incluidas septicemia, shock séptico y falla orgánica múltiple<sup>10</sup>.

Progresión a panmetritis y necesidad de histerectomía subtotal: La persistencia de las colecciones y el retardo en su manejo favorecieron el desarrollo de panmetritis, un proceso inflamatorio severo que afectó todas las capas del útero, llevando a su destrucción funcional y estructural. Esto hizo inevitable la histerectomía subtotal, afectando la calidad de vida reproductiva de la paciente.

Aumento de la morbilidad posoperatoria: Las infecciones no controladas incrementan el riesgo de falla multiorgánica y prolongan el tiempo de hospitalización, aumentando el riesgo de complicaciones como tromboembolismo, infecciones secundarias y retraso en la recuperación general.

Riesgo de sepsis severa y choque séptico: Durante este tiempo, la diseminación bacteriana a partir de los abscesos no drenados probablemente exacerbó la sepsis inicial, incrementando el riesgo de choque séptico, un factor asociado con alta mortalidad en pacientes poscesárea.

---

<sup>10</sup> Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la sepsis puerperal. México; secretaria de Salud 2009.



Las demoras en la realización de la ecografía abdominal y la laparotomía exploradora prolongaron la evolución de la infección intraabdominal y permitieron que esta progresara a complicaciones graves como panmetritis, abscesos múltiples y EPI crónica. Estas complicaciones no solo aumentaron la morbilidad, sino que también obligaron a intervenciones más agresivas (histerectomía subtotal), que pudieron haberse evitado con un diagnóstico y manejo oportuno. Las demoras reflejan una desviación de los estándares clínicos esperados en el manejo de infecciones poscesárea y representan una posible falla en la atención médica.

**SE ME PLANTEA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO**

**1.- ¿Explique ampliamente si la atención brindada a la señora Eliana el 02 de junio del 2014 al medio día cuando reingresó a urgencias de la Clínica Santa Sofía estuvo ajustada a la Lex Artis y a la normatividad en salud vigentes para el momento, con respecto a la clasificación del riesgo, la atención obstétrica inicial, el diagnóstico realizado, los registros médicos consignados en la HC y demás actuaciones previas a la cesárea?**

**Rta:** De acuerdo a la historia clínica se evidencia reingreso a las 16:14 y no como menciona la pregunta que fue al medio día.

De todas maneras, la atención brindada a la señora Eliana el 2 de junio de 2014 en su reingreso a urgencias de la Clínica Santa Sofía presenta múltiples deficiencias que permiten concluir que no se ajustó completamente a la lex artis, ni a la normatividad en salud vigente para el momento, debido a el manejo obstétrico inicial, el diagnóstico de abrupcio de placenta, los registros médicos y la indicación de cesárea en un óbito fetal.

No se documentó actividad uterina ni sufrimiento fetal, por lo que la indicación de óbito fetal posterior no tiene un sustento clínico claro.

La paciente fue dada de alta sin una evaluación obstétrica exhaustiva, a pesar de que el dolor abdominal podría haber sido indicativo de una complicación subyacente.

A las 16:14 horas, cuando la paciente reingresó, se diagnosticó óbito fetal y abrupcio de placenta.

No hay evidencia en la historia clínica de signos ecográficos de abrupcio placentario previos a la cesárea.

Tampoco se documentaron síntomas clave de un abrupcio severo, como hipertensión uterina persistente, sangrado vaginal activo, hipotensión materna o signos de sufrimiento fetal previos al óbito.

No se describe en la historia clínica el razonamiento clínico que llevó a la conclusión de abrupcio placentario.



En casos de óbito fetal, el manejo estándar recomendado es inducción del trabajo de parto siempre que no existan condiciones maternas que la contraindiquen.

No se evidencia una indicación materna urgente para la cesárea.

La cesárea en óbito fetal carecía de justificación clara y no se documentó una discusión con la paciente sobre alternativas de manejo, además de no tener un beneficio claro para la madre y expone a mayores riesgos quirúrgicos e infecciosos.

**2. ¿Explique si de la lectura y análisis de los hallazgos registrados en la HC en la nota quirúrgica de cesárea se puede concluir si la neonata presentó sufrimiento fetal, si llevaba varias horas fallecida al momento de la extracción del útero y si efectivamente se presentó un desprendimiento de placenta o no y su tamaño?**

**Rta:** No hay evidencia en la historia clínica de signos de sufrimiento fetal previo al óbito. En la evaluación inicial el monitoreo cardiotocográfico fue reportado como reactivo (frecuencia cardíaca fetal de 140 lpm, sin desaceleraciones ni alteraciones). Esto descarta la posibilidad de sufrimiento fetal antes del diagnóstico de óbito.

Si el feto hubiese estado en sufrimiento fetal antes del óbito, deberían haberse evidenciado signos como desaceleraciones tardías, taquicardia o bradicardia fetal, los cuales no se documentaron en la historia clínica. En la nota quirúrgica se describe un esfacelo de piel en la cara de la neonata.

La descomposición fetal depende del tiempo transcurrido desde el fallecimiento intrauterino y de condiciones maternas como la temperatura y la integridad de las membranas amnióticas. La presencia de esfacelo sugiere un tiempo de óbito superior a 24 horas, lo que no concuerda con la línea de tiempo clínica reportada.

En la nota quirúrgica se describe un hematoma placentario del 10%. Un hematoma de esta magnitud no es suficiente para justificar un abruptio clínicamente significativo.

El abruptio de placenta clínico severo se caracteriza por:

- Sangrado vaginal profuso (ausente en la historia).
- Hipertonía uterina severa (no se documentó en la consulta inicial).
- Sufrimiento fetal progresivo en monitoreo fetal (la FCF inicial era normal).
- Hipovolemia materna (no reportada en este caso).

En casos de abruptio masivo, la placenta debe mostrar una zona amplia de decoloración, coágulos organizados y posible necrosis, lo cual no fue descrito en la nota quirúrgica. Un hematoma del 10% es un hallazgo incidental que no necesariamente indica una causa directa de óbito fetal.

**3. ¿Explique si de la lectura y análisis de las notas consignadas en la HC entre el reingreso de la señora Eliana el 05 de junio del 2014 hasta el 14 de junio del 2014 se**

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



puede concluir si las atenciones médicas realizadas por el servicio de ginecología que la atendió se ajustaron a la Lex Artis y a la normatividad en salud vigentes para el momento o se presentaron anomalías en la atención (diagnóstico, tratamiento, oportunidad etc)?

Rta: El análisis de las notas médicas entre el 5 y el 14 de junio de 2014 evidencia múltiples desviaciones de la lex artis:

- Diagnóstico tardío de la sepsis puerperal, a pesar de signos claros de infección desde el reingreso.
- Retraso en el inicio de antibióticos (24 horas después del reingreso) y en su ajuste adecuado tras la falta de respuesta al tratamiento inicial.
- Demora de 7 días en la realización de ecografía abdominal, lo que impidió la detección temprana de abscesos intraabdominales.
- Demora de 2 días en la realización de la laparotomía exploradora, permitiendo la progresión de la infección y el daño uterino irreversible.
- Falta de documentación del consentimiento informado para la histerectomía subtotal.
- La histerectomía subtotal y la prolongada hospitalización fueron probablemente consecuencias de la atención tardía y deficiente.

Con base en estos hallazgos, se concluye que la atención médica no se ajustó a la lex artis ni a la normatividad en salud vigente, y que se presentaron fallas que contribuyeron a la evolución desfavorable de la paciente.

**4. ¿En un caso hipotético de que al momento en que la señora Eliana reingreso (12:44) a urgencias de la clínica Santa Sofia se hubiera clasificado de inmediato como prioritaria, y se le hubiese realizado una ecografía fetal de urgencia, sería posible que la bebe hubiera sobrevivido, teniendo en cuenta los hallazgos en nota quirúrgica de la cesárea y el hecho de que unas horas antes del reingreso le habían realizado una ecografía fetal no estrés que estaba normal?**

Rta: No tengo elementos para asegurar que la paciente reingreso a las 12:44, solo evidencia una nota de reingreso a las 16:14 horas. Es probable que la paciente hubiese estado en sala de espera, pero no tengo manera de asegurarlo.

Dado que la cardiotocografía de la mañana mostró bienestar fetal y que la necropsia placentaria no evidenció un abruptio masivo, es razonable concluir que el óbito fetal probablemente ocurrió entre las 12:00 p.m. y el momento de la cesárea. Esto sugiere que, si la paciente hubiera sido atendida de manera prioritaria y se hubiera realizado una ecografía urgente, habría existido una oportunidad real de intervención para salvar a la bebé mediante una cesárea de emergencia.

**5. ¿Teniendo en cuenta lo registrado en la HC, explique si la decisión medica tomada el 05 de junio del 2014 con respecto a retirar los puntos de sutura de la señora Eliana y empezar a realizar curaciones de la herida con vinagre, decisión que se mantuvo**

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



hasta el 12 de junio de 2014 fue acertada o se debió realizar una revisión y lavado quirúrgico durante ese tiempo?

**Rta:** La decisión de retirar los puntos pudo haber sido adecuada para permitir el drenaje de la herida, pero fue insuficiente sin una evaluación quirúrgica más profunda. El manejo con vinagre no es un estándar en infecciones severas y su uso prolongado (hasta el 12 de junio) retrasó una intervención adecuada.

Se debió realizar un lavado quirúrgico mucho antes del 13 de junio, lo que podría haber evitado la progresión de la infección a panmetritis y la necesidad de una histerectomía subtotal.

El retraso en la exploración quirúrgica y la dependencia de un manejo conservador fueron desviaciones de la lex artis, lo que agravó la condición de la paciente.

En conclusión, la conducta tomada no se ajustó completamente a la lex artis, ya que el manejo debió haber sido más agresivo desde el 5 de junio con una exploración quirúrgica y lavado temprano.

**6. ¿Teniendo en cuenta que en las notas de la HC de la señora Eliana, consignadas el 10 de junio del 2014, quedo registrado que le realizaron una ecografía total de abdomen que mostraba una colección subfacial adherida a útero y que la señora estaba hospitalizada desde el 05 de junio con un diagnóstico de infección de sitio operatorio (herida abierta y curaciones con vinagre) considera Ud. que la decisión medica de llevarla a cirugía (lavado abdominal) el 13 de junio del 2014, sin cambiar el tratamiento antibiótico fue ajustada a la lex artix de ese momento o debió ser llevada a cirugía de urgencias antes de esa fecha y/o haber cambiado el tratamiento antibiótico?.**

**Rta:** La paciente debió haber sido llevada a cirugía de urgencia el mismo 10 de junio, inmediatamente después de la confirmación del absceso subfacial por ecografía.

El esquema antibiótico debió ser cambiado entre el 8 y el 10 de junio, al evidenciar que Clindamicina/Gentamicina no estaban controlando la infección. El retraso de 3 días en la cirugía y la falta de cambio de antibióticos permitieron que la infección progresara a panmetritis y abscesos múltiples, lo que finalmente llevó a la histerectomía subtotal.

La decisión médica de postergar la cirugía hasta el 13 de junio y de no cambiar el tratamiento antibiótico antes de esa fecha no se ajustó a la lex artis. Estas omisiones contribuyeron directamente a la progresión de la infección, la necesidad de una cirugía más radical y la prolongación de la hospitalización de la paciente.

**7. ¿Con base en todo lo consignado en la HC de la señora Eliana en el periodo comprendido entre el 05 de junio y el 14 de junio del 2014 es posible determinar si un cambio de terapia antibiótica, y una(s) cirugía(s) de lavado de cavidad oportunos (antes del 13 de junio), hubieran prevenido que el útero de la señora Eliana se infectará y por lo tanto la extracción de este, cuando hubiera sido prudente operarla de ser así? 8. ¿Teniendo en cuenta la información disponible para los médicos**

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

[www.perimedicaldelvalle.com](http://www.perimedicaldelvalle.com)





tratantes de la señora Eliana el 13 de junio del 2014, era posible para ellos contemplar la posibilidad de complicaciones tales como la necesidad de una histerectomía por gran compromiso infeccioso del útero y por esta causa se debió explicar o no esta posible complicación a la paciente y hacerle firmar un consentimiento informado previo a la cirugía?

**Rta:** Un ajuste de antibióticos entre el 8 y el 10 de junio y una cirugía de lavado antes del 13 de junio podrían haber prevenido la infección uterina y evitado la histerectomía subtotal. Dado el estado de la paciente el 13 de junio, la necesidad de una histerectomía era previsible.

La paciente debió haber sido informada de esta posibilidad antes de la cirugía, y se debió obtener un consentimiento informado detallado.

La omisión del consentimiento informado es una desviación de la lex artis, ya que se le privó del derecho a tomar una decisión informada sobre su tratamiento.

En conclusión, el manejo de la infección fue tardío e inadecuado, lo que llevó a una histerectomía evitable. Además, no se documentó el consentimiento informado, lo que representa una vulneración del derecho de la paciente a decidir sobre su tratamiento.

**8. En un caso hipotético que la paciente hubiese llegado al servicio de urgencias a las 12:44 con un abruptio de placenta y le hubiese tocado esperar hasta las 16.00 para ser atendida por un médico, teniendo en cuenta el desarrollo de la enfermedad abruptio de placenta, que tanto podría haber influido este tipo de tardanza en el óbito fetal en este caso, teniendo en cuenta el desarrollo de la enfermedad es posible que un retardo de varias horas en la atención de una paciente que está cursando con un abruptio de placenta provoque un óbito fetal?**

**Rta:** Un retardo de varias horas en la atención de una paciente con un abruptio de placenta puede provocar un óbito fetal, especialmente si el desprendimiento es severo.

La mortalidad fetal en abruptio de placenta aumenta exponencialmente con cada minuto sin intervención obstétrica

Un manejo oportuno (ecografía inmediata y decisión de parto urgente) es clave para mejorar la sobrevida fetal y reducir la morbilidad materna.

En conclusión, si la paciente hubiera estado cursando con un abruptio severo a las 12:44 y tuvo que esperar hasta las 16:00 sin evaluación ni intervención médica, el riesgo de óbito fetal en ese intervalo de tiempo habría sido extremadamente alto.

**9. Según el conocimiento medico disponible en el año 2014 explique todos los modos mediante los cuales se podía diagnosticar un abruptio de placenta en un servicio de urgencias obstétricas en Colombia y cuál fue el método mediante el cual se le diagnostico esta patología a la paciente.**

**Rta:** En 2013, el diagnóstico de abruptio de placenta en un servicio de urgencias obstétricas en Colombia se realizaba con base en criterios clínicos, hallazgos en



imágenes y estudios complementarios, ya que no existe un único examen confirmatorio para esta condición.

El diagnóstico de abrupcio de placenta en esta paciente parece haber sido hecho sin evidencia clínica o ecográfica suficiente. La ausencia de pruebas diagnósticas objetivas genera dudas sobre la precisión del diagnóstico.

El diagnóstico en la paciente parece haber sido hecho sin una evaluación ecográfica ni monitoreo fetal en el reingreso a urgencias.

El hallazgo de un hematoma placentario del 10% en la cesárea no es concluyente para un abrupcio clínicamente significativo. La falta de estudios complementarios genera dudas sobre la certeza del diagnóstico, lo que pudo haber influido en la toma de decisiones médicas.

En este caso, se debió haber realizado una ecografía obstétrica y monitoreo fetal de urgencia en el reingreso antes de concluir que se trataba de un abrupcio placentario severo con óbito fetal<sup>11</sup>.

**10. Según el conocimiento medico disponible en el año 2014 explique cuál era el manejo adecuado de una paciente que ingresaba con un diagnóstico de abrupcio de placenta a un servicio de obstetricia en Colombia.**

**Rta:** El manejo del abrupcio de placenta en 2014 se basaba en protocolos de atención obstétrica de emergencia y en las guías internacionales de la época. La conducta dependía de la severidad del desprendimiento, el estado materno y fetal, y la edad gestacional.

Conclusión final sobre el manejo adecuado en 2014:

- Toda paciente con sospecha de abrupcio de placenta debía ser atendida como una emergencia obstétrica.
- El manejo depende de la severidad del cuadro clínico y del estado materno-fetal.
- En abrupcio severo con feto vivo, la cesárea debe realizarse de inmediato.
- En abrupcio con óbito fetal, el parto vaginal es la mejor opción a menos que haya una indicación materna para cesárea.
- Se deben realizar pruebas de coagulación en todas las pacientes con abrupcio para detectar CID.

El retardo en la atención puede causar hipoxia fetal severa y óbito fetal en pocos minutos a horas.

El protocolo de manejo del abrupcio de placenta en 2014 no ha cambiado significativamente y sigue vigente en la mayoría de los hospitales de alto nivel en Colombia<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 - Guías No. 11-15

<sup>12</sup> Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 - Guías No. 11-15



**11. Con base en el conocimiento medico disponible y los registros de la HC, cual es la posible explicación de que a la señora Eliana se le haya realizado una NST en la mañana del 02 de junio del 2014 la cual fue reactiva lo que permitió enviarla a la casa y algunas horas después se le realizo rastreo ecográfico que reportó óbito fetal.**

**Rta:** La explicación más probable es que la paciente tenía una insuficiencia placentaria progresiva que no se detectó en la NST de la mañana y que evolucionó a hipoxia fetal severa y óbito en la tarde.

-El abrupcio placentario leve (hematoma del 10%) pudo haber contribuido, pero por sí solo no explica completamente el evento.

-El líquido meconiado espeso encontrado en la cesárea sugiere que el feto ya estaba sufriendo hipoxia en horas previas al óbito.

-El uso de una NST reactiva como único criterio para dar de alta a una paciente con dolor abdominal pudo haber sido una decisión apresurada, ya que no descartaba insuficiencia placentaria progresiva.

En conclusión, la NST reactiva en la mañana no garantizaba que el feto no desarrollaría hipoxia en las siguientes horas. Un monitoreo más prolongado o estudios adicionales podrían haber identificado señales de deterioro fetal antes del óbito<sup>13</sup>.

### **CONCLUSIONES**

Atendiendo el estudio de la historia clínica de la señora ELIANA RENTERIA VALLECILLA, y de los hechos apuntados y los razonamientos anteriormente expuestos se deduce las siguientes conclusiones:

1.- Se trata de paciente de 25 años, que acude a la clínica, con embarazo de 39.4 semanas para atención de parto.

2.- Se le realiza cesárea, obteniéndose feto obitado.

3.- No existe una justificación de la cesárea con feto obitado.

4.- Ausencia de profilaxis postcesárea: A pesar de la presencia de líquido amniótico meconiado, un factor de alto riesgo para endometritis, no se ordenaron antibióticos profilácticos tras el alta inicial, una práctica estándar en cesáreas de alto riesgo.

---

<sup>13</sup> Protocolo medicina materno fetal hospital Clínic- Hospital Sant Joan de déu- universitat de Barcelona, Fecha el protocolo y actualizaciones 2010, 2012, 2022, jul 23



5.- La paciente reingresa dos días después de su alta postcesárea, con datos clínicos de infección puerperal.

6.- Demora injustificada en intervenciones diagnósticas y terapéuticas esenciales:

- Ecografía abdominal: Fue solicitada el 5 de junio, pero realizada el 11 de junio, retrasando en 7 días el diagnóstico de una colección subfascial y abscesos intraabdominales. Este tiempo permitió la progresión de la infección hacia complicaciones graves como absceso pélvico y panmetritis, afectando irreversiblemente el estado de la paciente.

- Retraso en la intensificación del tratamiento: Aunque los síntomas de infección grave estuvieron presentes desde el 5 de junio, los antibióticos Clindamicina y Gentamicina se iniciaron 24 horas después del reingreso, y el ajuste a un esquema de amplio espectro ocurrió solo después de que las complicaciones se hicieron críticas.

- Laparotomía exploradora: Indicada el 11 de junio, se realizó 2 días después, pese a los hallazgos ecográficos y el deterioro clínico de la paciente. Esta demora facilitó la diseminación de la infección, lo que culminó en la necesidad de histerectomía subtotal.

7.- No hay cambio de antibiótico tras 3 a 5 días sin mejoría, donde la duración y el ajuste de los esquemas antibióticos son sugeridos por protocolos de manejo de infecciones puerperales severas, lo cual se asocia con un aumento del riesgo de complicaciones como miometritis y abscesos.

8.- La historia clínica no documenta la obtención de consentimiento informado para la laparotomía exploradora ni para la histerectomía subtotal. Según la Ley 23 de 1981, este es un deber ético y legal, especialmente en procedimientos con implicaciones tan graves como la pérdida de la capacidad reproductiva.

9.- La paciente sufrió complicaciones prevenibles que incluyeron panmetritis, abscesos múltiples y EPI crónica, lo que culminó en la histerectomía subtotal y una prolongada hospitalización. Estas consecuencias pudieron haberse evitado con un manejo oportuno y acorde con los estándares clínicos.



10.- Las demoras y omisiones en este caso constituyen una vulneración de este derecho fundamental a la salud, agravando la condición de la paciente y aumentando innecesariamente el riesgo de complicaciones severas.

11.- Estas fallas, que incluyen demoras diagnósticas y terapéuticas, manejo antibiótico inadecuado y ausencia de consentimiento informado, son atribuibles a la institución y al personal tratante, configurando una responsabilidad médica clara.

12.- Por lo anterior, se establece un nexo de causalidad claro entre el manejo inicial de la paciente, particularmente en relación con la realización de la cesárea, el abordaje de las complicaciones subsecuentes y el resultado final, que incluyó la necesidad de una histerectomía subtotal y una hospitalización prolongada.

### **ANEXOS**

Con este dictamen pericial, estoy anexando mi hoja de vida y copia de documentos que me sirvieron de soporte para la elaboración del dictamen.

### **GLOSARIO**

**HIPERTONIA UTERINA:** es una condición que se caracteriza por contracciones uterinas frecuentes y dolorosas, que pueden provocar agotamiento materno o hipoxia fetal.

**CTG:** La cardiotocografía fetal mide la frecuencia cardíaca del bebé (feto) durante el embarazo o el trabajo de parto y el parto. Estas mediciones pueden ayudar a los profesionales de la salud a verificar el estado general del feto y a identificar las primeras señales de sufrimiento fetal.

**AU (ALTURA UTERINA):** es la distancia entre el hueso púbico y la parte superior del útero medida en centímetros. Después de 24 semanas de embarazo, la altura del fondo uterino suele coincidir con el número de semanas de embarazo.

**OMENTECTOMIA:** El omento, una extensión del peritoneo que cubre y protege los órganos abdominales. La omentectomía es un procedimiento quirúrgico que implica la extirpación del omento, forma parte integral de diversas intervenciones abdominales, destacándose por su relevancia en el tratamiento y manejo de ciertas condiciones médicas, particularmente en el ámbito de la Oncología.





**LIQUIDO AMNIÓTICO MECONIADO:** es el líquido amniótico que se tiñe de verde oscuro o amarillento por la presencia de meconio. El meconio es la primera materia fecal del bebé, que se produce en los intestinos del feto. El líquido amniótico meconial puede causar problemas respiratorios en el bebé, como el síndrome de aspiración de meconio.

**LAPAROTOMIA EXPLORADORA:** es una cirugía que consiste en abrir el abdomen para examinar los órganos y estructuras internas. Se realiza cuando otras pruebas no han permitido diagnosticar un problema de salud

**HISTERECTOMIA SUBTOTAL:** La histerectomía total es a la extirpación quirúrgica completa del útero, es decir cuerpo y cuello uterinos. Si se conserva el cuello uterino o cérvix, quitando solamente el cuerpo, entonces hablamos de una histerectomía subtotal o supracervical.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA:** declaro bajo juramento que el presente informe es independiente y corresponde a mi real convicción profesional, así como también, que toda la información es la contenida en la historia clínica que se me puso de presente

### **BIBLIOGRAFIA**

Múltiples artículos y capítulos de textos de la literatura médica respecto a asfixia perinatal. Enumero los más representativos y consultados.

- 1.- O Gómez, N Masoller, pérdida gestacional segundo trimestre y éxitus fetal, Protocolo Clinic Barcelona, Fecha de protocolo y actualizaciones 2-06/2006, 01-05/2019, 01-04/2020.
- 2.- Protocolo Clinic Barcelona, Cesárea, Fecha de protocolo 01/05/2005-01/05/2012.
- 3.- Ana María Arias Galeano, puerperio normal y patológico. Obstetricia de alto riesgo. Séptima edición 2013, pagina 157-165.

**TULUÁ VALLE DEL CAUCA**

Cra 34 # 25-40 Contacto: 321 567 4724 – 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

**www.perimedicaldelvalle.com**



4.- Xochítl Sandoval López, síndrome de sepsis en obstetricia, Obstetricia de alto riesgo. Séptima edición 2013, pagina 779- 793.

5.- Hamideh Pakniat. J. Obstet. Ginecología y Obstetricia de la India 11 de marzo de 2016;66 (Supl. 1):136–140.

6.- Jorge M. Balestena Sánchez, Influencia de algunos factores del parto y el periparto que influyen en la endometritis puerperal, Hospital universitario "Abel Santamaría" Pinar del río, 4 de julio de 2005.

7.- Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la sepsis puerperal. México; secretaria de Salud 2009.

8.- Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 - Guías No. 11-15

9.- Protocolo medicina Maternofetal Hospital Clínic- Hospital Sant Joan de Déu- universitat de Barcelona, Fecha el protocolo y actualizaciones 2010, 2012, 2022, jul 23

Atentamente:

**Dr. DAIRO GUTIERREZ CUELLO**

Ginecólogo Obstetra

Cc # 15.025.844 de Lorica Cordoba.