

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

Pereira, 24 de mayo de 2024

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE FLORENCIA

E.S.D

ASUNTO: Dictamen Pericial - Atención médica prestada a la paciente Sindy Yuliana Moncada Arroyave.

A) MOTIVO DE LA PERITACIÓN:

El apoderado judicial de la clínica Medilaser de Florencia, solicitó a la suscrita médica especialista en Ginecología – Obstetricia y Medicina crítica y Cuidado Intensivo, emitir un dictamen pericial relacionado con la atención médica brindada a la paciente Sindy Yuliana Moncada Arroyave.

B) IDENTIFICACIÓN DEL PERITO:

SANDRA XIMENA OLAYA GARAY, identificada con cédula de ciudadanía No.65.784.811 de Ibagué, con dirección de ubicación en el Km. 4 vía Armenia, entrada No. 1, vereda huertas, sector la elvira, casa 3, Tel: 3012343325. Pereira - Risaralda.

Médica egresada de la Universidad SURCOLOMBIANA en el año 2002, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad SURCOLOMBIANA en el año 2006, y con formación en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo en la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD en el año 2009, en la actualidad presto los servicios profesionales en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, como Coordinadora de la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico, también presto los servicios profesionales especializados el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, como Coordinadora de la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico, también presto los servicios como Ginecóloga Intensivista en la Unidad Materno Infantil del Tolima, en la Clínica Comfamiliar de Pereira y en el SES de Caldas, también soy docente de Pregrado en la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, y docente de posgrado de la Universidad de Manizales, de la Universidad de Caldas y de la Universidad Simón Bolívar.

C) ARTICULOS PUBLICADOS:

1. Ferreira FE, **Olaya SX**, Zúñiga P, Angulo M. Infección urinaria durante el embarazo, perfil de resistencia bacteriana al tratamiento en el Hospital General de Neiva, Colombia. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. 9 de septiembre de 2005 [citado 23 de septiembre de 2020];56(3):239-43. Disponible en:

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/532>

2. Valverde Cortes, J. A., **Olaya Garay, S. X.**, Rojas, S. M., & Hernández, C. M. (2014). Injuria renal aguda en gestantes de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario de Neiva, periodo 2010-2012. 9-13. <https://doi.org/10.25054/rfs.v6i1.147> Susunaga Meneses Piedad, *v.5 fasc.*

3. **Olaya SX**, Franco DM, Cristancho M. Sepsis severa y choque séptico en pacientes obstétricas en la unidad de cuidado intensivo: características clínicas y tratamiento. *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 2013;13(3):138-44.

4. Admisiones obstétricas a unidades de cuidados intensivos de Colombia. Estudio multicéntrico en 17 instituciones – 2013

5. Montenegro JH, Romero AF, Tejada PA, **Olaya SX**, Rubiano AM. Perceived versus Observed Patient Safety Measures in a Critical Care Unit from a Teaching Hospital in Southern Colombia. *Crit Care Res Pract*. 2016;2016:2175436. doi: 10.1155/2016/2175436. Epub 2016 Feb 18. PMID: 26989508; PMCID: PMC4775773.

6. Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Ramírez-Jaramillo V, Gaviria JA, González-Moreno GM, Castrillón-Spitia JD, López-Villegas A, Morales-Jiménez E, Ramírez-Zapata V, Rueda-Merchán GE, Trujillo AM, Tabares-Villa FA, Henao- Sanmartín V, Murillo-García DR, Herrera-Soto JA, Buitrago-Cañas ML, Collins MH, Sepúlveda-Arias JC, Londoño JJ, Bedoya-Rendón HD, de Jesús Cárdenas-Pérez J, **Olaya SX**, Lagos-Grisales GJ. Diagnosis and outcomes of pregnant women with Zika virus infection in two municipalities of Risaralda, Colombia: Second report of the ZIKERNCOL study. *Travel Med Infect Dis*. 2018 Sep-Oct;25:20-25. doi: 10.1016/j.tmaid.2018.06.006. Epub 2018 Jun 9. PMID: 29894797.

7. **Olaya, S.**, Calderón, C., Velásquez Trujillo, P., & Cristancho, M. (2016). Parto por cesárea con coartación de aorta, reporte de un caso. 95-97. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2016v11n1.1390>

8. Franco-Herrera, D., Córdoba Díaz, D., González Ocampo, D., José Ospina, J., **Olaya Garay, S.**, & Murillo García, D. (2018). Hipertiroidismo en el embarazo. (4), 569-579. *Revista Colombiana Salud Libre*, 11(1), *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64 care, 42 doi:<https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2125> 10.

9. Sebastián, U. U., Ricardo, A., Álvarez, B. C., Cubides, A., Luna, A. F., Arroyo-Parejo, M., Acuña, C. E., Quintero, A. V., Villareal, O. C., Pinillos, O. S., Vieda, E., Bello, M., Peña, S., Dueñas-Castell, C., Rodríguez, G., Ranero, J., López, R., **Olaya, S. G.**, Vergara, J. C., Tandazo, A., ... LACCTIN group (2017). Zika virus-induced neurological critical illness in Latin America: Severe Guillain-Barre Syndrome and encephalitis. , 275–281. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.07.038>

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

10. **Olaya-Garay SX**, Velásquez-Trujillo PA, Vigil-De Gracia P. Blood pressure in adolescent patients with pre-eclampsia and eclampsia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017 Sep;138(3):335-339. doi: 10.1002/ijgo.12237. Epub 2017 Jul 3. PMID: 28602034.

11. Eduardo-Pino, Ericka Neida, Viruez-Soto, José Antonio, Aliaga-Aguilar, Marco Antonio, Ávila-Hilari, Adrián, Zavala-Barrios, Berenice, Briones-Garduño, Jesús Carlos, & **Olaya- Garay, Sandra Ximena**. (2016). Hígado graso agudo del embarazo. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 57(2), 45-50. Recuperado en 23 de septiembre de 2020, de <http://www.scielo.org.bo/scielo.php>

POSTER PRESENTADOS EN:

1. Hiperlactatemia como marcador temprano de disfunción orgánica en pacientes con preeclampsia severa en UCI: Experiencia de 3 años – Junio 2015

D) CAPITULOS EN LIBROS:

1. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY, "Soporte respiratorio en el paciente con patología neuromuscular aguda" TRATADO DE VENTILACION MECANICA. En: Colombia ISBN: 9789588813585 ed: Distribuna Editorial Medica, v. , p.569 - 575 1 , 2016.

2. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY, "ABORDAJE DE LA PACIENTE OBSTETRICA CRITICA" ONCOLOGIA CRITICA. En: Colombia ISBN: 9789588813684 ed: Distribuna Editorial Medica, v. , p.543 - 556 1 , 2017.

3. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY, "Intercambio gaseoso anormal" Tratado de Ventilación Mecánica. En: Colombia ISBN: 978-958-8813-58-5 ed: Distribuna Editorial Medica , v. , p.126 - 136 1 , 2016.

E) LIBROS PUBLICADOS:

1.SANDRA XIMENA OLAYA GARAY, "manual latinoamericano de obstetricia crítica" En: Colombia 2017. ed: Distribuna ISBN: 9789588813677 v. págs.

2.SANDRA XIMENA OLAYA GARAY, "Medicina Crítica en Obstetricia" En: Colombia 2012. ed:IMPRIMIMOS DE COLOMBIA ISBN: 978-958-44-9823-6 v. págs.

F) INVESTIGACION:

DIRECTORA DEL GRUPO DE INVESTIGACION MEOCRI (Medicina Obstetricia Critica) **Reconocido Colciencias categoría C**, Grupo avalado por la Universidad Tecnológica de Pereira y el Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

INVESTIGADORA JUNIOR COLCIENCIAS.

G) SOCIEDADES CIENTIFICAS:

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

Miembro de número de la Sociedad Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo **AMCI**.

Miembro de número de la Sociedad Colombiana de Ginecología y Obstetricia

FECOLSOG

Coordinadora del Capítulo de Obstetricia Crítica de la Federación Panamericana e Ibérica de Terapia Intensiva **FEPIMCTI**.

H) REFERENTE A LA ACTUACION PROFESIONAL:

Me desempeño como Ginecóloga y Obstetra Especializada en Medicina Crítica y cuidado intensivo, con más de 14 años de experiencia en el cuidado del paciente crítico y de la paciente gestante en cuidado crítico, siendo pionera en el país en el manejo de la paciente obstétrica crítica, iniciando y coordinando la unidad de cuidado intensivo obstétrico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en la ciudad de Neiva, Huila, entre los años 2009 hasta el 2015.

Seguidamente, creando y coordinando la Unidad de cuidado intensivo obstétrico del Hospital San Jorge de Pereira, Risaralda, donde todos los días me enfrento al manejo de pacientes en estado crítico, con experiencia de más de 3000 pacientes obstétricas críticas valoradas, y en la actualidad presto los servicios profesionales en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, como Coordinadora de la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico, también presto los servicios en la Clínica Comfamiliar de Pereira, en la Unidad Materno Infantil del Tolima y en el SES de Caldas, como también soy docente de Pregrado en la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, y docente de posgrado de la Universidad de Manizales, de la Universidad de Caldas y de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, siendo conferencista nacional e internacional.

I) JURAMENTO:

- Rindo el presente Dictamen pericial de forma autónoma, objetiva e imparcial, apoyado en mi formación académica y experiencia profesional. Allego con la presente misiva mi hoja de vida y los estudios realizados.
- Del mismo modo, manifiesto que no tengo publicaciones sobre la materia de estudio y tampoco había participado anteriormente en el referido proceso.
- No me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidades contenidas en el artículo 50 del CGP.
- No me encuentro inmersa en algún conflicto de interés.
- Los razonamientos y conclusiones son las que empleo en mi ejercicio profesional, de acuerdo con lo prescrito a la H.C de la paciente.

J) DICTÁMENES RENDIDOS:

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

- Juez 06 Civil del Circuito de Manizales - Caldas, Demandante: Luis David Velandia Moreno y otros, Demandado: Clínica Versalles y otros, Radicado No. 2019-000275-00

- Juez 01 Administrativo de Descongestión. Florencia- Caquetá, Demandante: Raquel Montalvo Fierro y otros, Demandado: Hospital María Inmaculada y otros, Radicado No. 2013-000965-00. Criterios de ingreso a UCI Obstétrica.

- Juez administrativo del circuito (reparto), Florencia Caquetá, Demandante: Daniela Estupiñán, Demandado: E.S.E Sor Teresa Adele, La E.S.E Hospital María Inmaculada, la E.P.S Asmet Salud, y la clínica medilaser.

- Juez administrativo del circuito (reparto, Florencia Caquetá, Demandante: Luz marina Rodríguez, Demandado: Clínica Medilaser.

- Juez Segundo Administrativa del circuito de Florencia, Caquetá, María Enith Sanchez Musse, Demandado: Clínica Medilaser.

- Juez Administrativo del circuito (reparto, Florencia Caquetá, Demandante: Angie Milena Torres Montenegro, Demandado: Clínica Medilaser.

- Juez Cuarto Civil del Circuito de Neiva, Demandante: Rosario Astrid Tamayo Franco y OTROS, Demandado: Clínica Medilaser.

K) DE LA PERITACIÓN:

TÉCNICAS EMPLEADAS:

- Análisis de los documentos allegados para estudio, aplicando conocimientos y metodología de revisión de la literatura en las áreas de la obstetricia.

L) DOCUMENTOS RECIBIDOS:

Para el presente concepto se revisaron los siguientes documentos:

- Historia clínica de la paciente.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA:

Para el caso particular, se tomaran algunos apartes que se considera necesarios para el presente dictamen, que de igual forma se encuentran consagrados en la historia clínica de la paciente Sindy Yuliana Moncada Arroyave, el cual hará parte integral del presente informe.

TÉCNICAS EMPLEADAS:

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica de la paciente Sindy Yuliana Moncada Arroyave, mi experiencia como médica especialista en Ginecología – Obstetricia y Medicina crítica y Cuidado Intensivo, y la Ley del arte médico aplicable; me sirvo a señalar lo siguiente:

TRANSCRIPCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Fecha de ingreso: 05/01/2018 7:16 am

Edad: 26 años

INGRESO:

<u>ANAMNESIS</u>	
Motivo de Consulta:	DOLO ABDOMINAL + SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA
Enfermedad Actual:	PACIENTE 26 AÑOS G1p0 GS: A RH+ CURSANDO EMBARAZO DE 38.5 SEM POR FUM , AL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES REFIERE PERDIDAS VAGINALES HECE 3 HORAS , NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO, PERCIBE MOV FETALES NORMALMENTE.
PARACLINICOS:	
IMAGEN: TRAE REPORTE DE ECOGRAFIA	
03/11/17 EG: 31.6 SEM PARA HOY EG: 40.6 SEM	
10/07/17 EG: 13.3 SEM PARA HOY EG: 39.0 SEM	

EXAMEN FÍSICO:

Abdomen:	<input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	GLOBOSO UTERO GRAVIDO AU 31 CM FETO UNICO LONG CEFALICO DORSO DERECHO FCF 145 LPM , MOV FETALES PRESENTES , DINAMICA UTERINA 1/10 DE 15 SEG DE DURACION
Genitourinario:	<input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	NORMOCONFIGURADDO EXTERNAMENTE , TACTO VAGINAL CUELLO CENTRAL DILATACION 1-2 CM , BORRAMIENTO 50% , MEMBRANAS ROTAS , LIQUIDO MECONIO GRADO 1

DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS:

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
O429	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION		<input checked="" type="checkbox"/>

ANALISIS

PACIENTE 26 AÑOS G1p0 GS: A RH+ CURSANDO EMBARAZO DE 38.5 SEM POR FUM , AL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES REFIERE PERDIDAS VAGINALES HECE 3 HORAS , NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO, PERCIBE MOV FETALES NORMALMENTE.
AL EXAMN FISICO DINAMICA UTERINA IRREGAULAR , HIPOSISTOLIA UTERINA , GENITALES NORMOCONFIGURADOES EXTERNAMENTE TACTO VAGINAL DILATCION 1-2 CM, BORRAMIENTO 50% , MEMEBRANAS ROTAS LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO GRADO 1 , PELVIS GINECOIDE ADECUADA

PLAN:

- HOSPITALIZACION EN SALA DE PARTOS
- DIETA NORMAL
- SE INDICA CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA : 5 UI DE OXITOCINA + 500 CC DE SOL SALINA PASAR 30 CC / HORA POR BOMBA DE INFUSION
- SS HEMOGRAMA , VIH, FTA
- SS MONITORIA FETAL
- CONTROL DE SIGNOS VITALES MATERNOS , FCF CADA HORA
- AVISAR CAMBIOS

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

NOTA DE ENFERMERÍA:

Fecha Registro: 05/01/2018 12:10:00 p. m.

Título: HISTORIA FINAL DE ENFERMERIA

Nivel:

Subjetivo:

PACIENTE REFIERE SENTIR DOLOR

Objetivo:

PACIENTE POSTERIOR A LA VISITA POR PARTE DE FAMILIARES SE REALIZA CONTROL DE FETOCARDIA NO EVIDENCIANDO SE LE INFORMA A MEDICO EN TURNO QUIEN ORDENA TRASLADAR A ECOGRAFO PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO EN FASE CTIVA CON SANGRADO VAGINAL MODERADO. CON BRADICARDIA FETAL SOSTENIDA , SE ORDENA TRALADARV A EL SERVICIO DE CIRUGIA PARA CERSAREA DE EMERGENCIA PACIENTE CON DX MEDICO DE EMBRAZO DE 38.5 SEMENAS DE GESTACION + RPM DE EVOLUCION DE 12 HORAS + MECONIO GRADO I EN TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA SE ADMINITRA LIQUIDOS ENDOVENOSOSN SOLUCION

NOTA: 05/01/2018. 1:42 pm

OBJETIVO - ANALISIS

EVOLUCION DR SILVA G/O NOTA EXTEMPORANEA HORA: 12:20

PACIENTE A QUIEN SE FUE A EVOLUCIONAR POSTERIOR A LA VISITA. Y NO SE ENCONTRO FETOCARDIA CON EL DOPPLER POR PARTE DE ENFERMERIA. ENFERMERIA AVISA. SE PROCEDE A EVALUARLA Y LA PACIENTE INFORMA SANGRADO UTERINO. LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. TRANQUILA. CON BUENA TOLERANCIA A LAS CONTRACCIONES. SE VISUALIZA SANGRADO UTERINO MODERADO, NO ACTIVO. SE PASO AL ECOGRAFO Y SE EVIDENCIA BRADICARDIA FETAL SOSTENIDA. AL TACTO VAGINAL: DILATACION DE 3 CM BORRAMIENTO: 80% AMNIORREA ACTIVA CON LIGERO TIENTE MECONIAL. POR LO QUE ORDENA DE INMEDIATO: BOLO DE 1500 CC DE SSN + OXIGENO POR CANULA A 3 LITROS MINUTOS + DECUBITO LATERAL IZQUIERDO Y PREPARAR PARA CESAREA DE EMERGENCIA.

MONITORIA FETAL DE LAS 05:50 AM. NO REACTIVA. PERO CON BUENA VARIABILIDAD. SIN ACTIVIDAD UTERINA. MONITORIA FETAL DE LAS 9:50 AM: REACTIVA. SIN REGISTRO DE ACTIVIDAD UTERINA.

PLAN: 1. SE PASA DE INMEDIATO A QUIROFANO PARA CESAREA DE EMERGENCIA.

NOTA 4:06 pm:

0429 RUPETURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

OBJETIVO - ANALISIS

SIENDO LAS 12+40 RECIBO LLAMADO PARA REALIZACION DE CESAREA URGENTE POR PACIENTE EN SALAS DE PARTOS CON DX DE G1P0 EMBARAZO A TERMINO + RPM + INDUCCION Y CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO CON BRADICARDIA SEVERA Y EN SFA ME DIRIJO A SALAS DE CX DONDE SE LE REALIZA CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SIENDO LAS 12+53 HORAS SE EXTRAE FETO SEXO FEMENINO HIPOTONICA FLACIDA PALIDEZ GENERALIZADA MAL ESTADO GENERAL QUE PASA RAPIDAMENTE A MEDICO PEDIATRA PARA EXAMEN CORRESPONDIENTE - SE CONTINUA PROCEDIMIENTO QX HASTA SU FINALIZACION SIN COMPLICACIONES --

NOTA QUIRÚRGICA:

Fecha Hora de Inicio: 05/01/2018 12:53:00 p. m. Fecha Hora que Termina: 05/01/2018 1:30:00 p. m. Cirugia urgente:
Tiempo Quirúrgico(Minutos): 37 No Sala de Cirugía: 2 Profilaxis con Antimicrobianos:
Tipo de Herida : Limpia Tipo de Anestesia : Regional
Clasificación ASA: 3
Datos Adicionales: Prótesis / Implante CX Caderas CX Rodillas Laparotomia Fractura Abierta Clas. Fractura:
Cirugías: (Can: Cantidad, P: Cirugía Principal)
Cod. C.U.P.S Cirugía Via Abordaje Can. P.
740100 CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD UNICA VIA 1

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

OBJETIVO - ANALISIS

Hallazgo Operatorio: LIQUIDO AMNIOTICO CON LEVE TINTE DE MECONIO FETO UNICO CEFALICO SEXO FEMENINO CON LEVE HIPOTONIA Y CON PALIDEZ GENERALIZADA EN MAL ESTADO GENERAL PASA INMEDIATAMENTE PARA VALORACION POR MEDICO PEDIATRA - PLACENTA HIPERMADURA - CORDON UMBILICAL CON TRES VASOS CON IMPRESION DE PROCUBITO - UTERO Y ANEXOS NORMALES

Detalle Quirurgico - Procedimientos: ASEPSIA Y COLOCACION CAMPOS ESTERILES INCISION TIPO PFANNESTIELL HASTA CAVIDAD ABDOMINAL PREVIA DISECCION DE PLANOS DE LA PARED HISTEROTOMIA SEGMENTARIA ARCIFORME TIPO KERR LIQUIDO AMNIOTICO CON TINTE DE MECONIO CORDON UMBILICAL IMPRESIONA PROCUBITO POR DELANTE DE CALOTA FETAL SE EXTRAE FETO SEXO FEMENINO CON PALIDEZ GENERALIZADA LEVE HIPOTONIA PINZAMIENTO Y CORTE DE CORDON UMBILICAL Y SE PASA FETO INMEDIATAMENTE PARA VALORACION POR PEDIATRIA - ALUMBRAMIENTO COMPLETO NO ZONAS DE DESPRENDIMIENTO O ABRUPTO CORDON UMBILICAL DELGADO CON TRES VASOS REVISION Y ASEO DE CAVIDAD UTERINA HISTERORRAFIA EN DOS PLANOS CON VICRYL 1 Y CATGUT CR 1 REVISION Y ASEO DE CAVIDAD ABDOMINAL SE REVISIA HEMOSTASIA RECuento DE COMPRESAS COMPLETO CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR PLANOS HASTA PIEL - NO COMPLICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO QX SANGRADO APROXIMADO DE 700 CC --

NOTA ENFERMERÍA QUIRÓFANO:

12+56 Dr natera ginecólogo extrae recién nacido de sexo femenino unido a cordón umbilical de presentación cefálica ,vivo , con tono .Dr pinza cordón y se entrega rn al pediatra de turno . se toma muestra de laboratorio, y de TSH y hemoclasificación ,madre bajo efectos de anestesia raquídea ,conciente, alerta ,orientada ,sangrado moderado se inicio Tto indicado oxicitocina 20Ui en bolsa T=48 PESO = 2630 Pc= 34 Pt= 30 cm No TSH 361758

13+35 natera ginecólogo termina procedimiento quirúrgico queda paciente en pop de cesarea , conteo de compresas incompleto confirmado por la instrumentadora tatiana ,se le informa al dr natera ginecólogo abre musculo el cual no encuentra nada decide nuevamente cerrar dejando herida quirúrgica cerrada cubierta con aposito y fisomur .dr garzon anestesiólogo ordena traslado a unidad de recuperación paciente en camilla con protocolo de barandas arriba, con liquidos endovenosos permeables en miembro superior derecho pasando analgesia ,pasando analgesia, se monitoriza toma de signos vitales T/a: 124/74mmhg Fc: 99 lpm Fr 19 rpm T° 35°c spo2 : 99%, paciente con sonda vesical conectada a cistoflo a libre drenaje diuresis clara 200cc paciente con sangrado moderado escala de down ton mayor de 5 con manilla de identificación de color verde, dr natera ginecólogo ordena placenta para muestra de patologia en frasco con formol se entrega auxiliar de recuperación, dr natera ginecólogo solicita necropsia correspondiente

NOTA PEDIATRÍA:

NOTA PEDIATRÍA: RETROSPECTIVA : 1: 10 PM

SE TRATA DE PRODUCTO DE PRIMIGESTANTE DE 26 AÑOS DE EDAD, EMBARAZO CON CONTROLES IRREGULARES N: 5, GRUPO SANGUINEO A POSITIVO, VIH: 05/01/2018 NEGATIVO VDRL: 05/01/2018 NO REACTIVO
INGRESA HOY A LA INSTITUCION POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE, RECIBO LLAMADA DE EQUIPO DE GINECOLOGIA QUE PACIENTE ES TRASLADA A MESA OPERATORIA DE EMERGENCIA, POR NO ENCONTRAR FOCO FETAL (LATIDO CARDIACO) SE RECIBE RECIEN NACIDO DE SEXO FEMENINO, ATERMINO, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO SIN TONO MUSCULAR, FRECUENCIA CARDIACA (20 LATIDOS POR MINUTO) , CIANOSIS EN EXTREMIDADES APGAR (2 PTS AL PRIMER MINUTO) SE INICIA FLUJOGRAMA DE REANIMACION . (VENTILACION CON PRESION POSITIVA PEEP: 6CM PIP: 15 (SE AUMENTAN PARAMETROS) NO SE OBTIENE RESPUESTA SE PROCEDE A REALIZAR COMPRESIONES TORAXICAS , NO RESPUESTA, SE REALIZA INTUBACION ENDOTRAQUEAL CON TUBO N: 3.5CM SE EVIDENCIA ADECUA EXPANSIBILIDAD TORAXICA, (SIMETRICO) SE REALIZA CATETERISMO UMBILICAL VENOSO, DONDE SE ADMINISTRA ADRENALINA ,(RECIBE TOTAL DE 3 DOSIS A 0.03MG/KG) DOSIS) NO SE OBTIENE RESPUESTA, SE COMPLETA TIEMPO DE REANIMACION SIN ÉXITO. (REANIMACION DURANTE 10 MINUTOS)
SE TOMAN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS TALLA: 48 CM PESO: 2630 GRAMOS, AL EXAMEN FISICO MACROSCOPICO SOLO SE EVIDENCIA FLEXION DE CADERA, (POSTMORTEN PERSISTE CON LEVE HIPERTONIA)

NOTA: PACIENTE ATERMINO, EN VISTA DE DATOS CLINICOS SE CONSIDERA ASFIXIA PERINATAL SEVERA EN VISTA QUE NO EXISTIR CLARIDAD PUDIENDO CORRESPONDER UNA POSIBILIDAD (MALFORMACION DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y/O CARDIACA Y/O OTRAS.
SE SOLICITA NECROPSIA CLINICA

NOTA MÉDICA:

06/01/2018. 1:45 am

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

POP CESAREA DE EMERGENCIA POR SFA + OBITO FETAL EN PACINTE PRIMIGESTANTE CON RPM + INDUCCION AL TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA EN SU PRIMER DIA DE EVOLUCION REFIERE DOLOR EN SITIO OPERATORIO NIEGA FIEBRE O ESCALOFRIOS NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO INICIA VIA ORAL CON TOLERANCIA INICIA DEAMBULACION SIGNOS VITALES NORMALES - NO HA SIDO VALORADA POR PSICOLOGIA - CARDPULM NORMAL ABDOMEN CON HERIDA QX CUBIERTA LIMPIA UTERO DE BUEN TONO RETRAIDO A NIVEL UMBILICAL CON LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS DIURESIS NORMAL NO EDEMAS DE MIIS - EVOLUCION ESTABLE SIN ALTERACIONES - CONTINUA CON IGUALES INDICACIONES MEDICAS --

NOTA MÉDICA EGRESO 5:20 am

NOTA MEDICA G/O

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS CON POP CESAREA DE EMERGENCIA POR SFA + OBITO FETAL EN PACINTE PRIMIGESTANTE CON RPM + INDUCCION AL TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA EN SU PRIMER DIA DE EVOLUCION REFIERE MEJORIA DE DOLOR EN SITIO OPERATORIO, DEAMBULANDO, LOQUIOS ESCASOS, NIEGA FIEBRE O ESCALOFRIOS NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO, TOLERANDO VIA ORAL SIGNOS VITALES TA: 140/70 mmhg FC: 80XMIN YA VALORADA POR TRABAJO SOCIAL NO DISPONIBILIDAD DE PSICOLOGIA, CARDPULM NORMAL ABDOMEN CON HERIDA QX CUBIERTA LIMPIA UTERO DE BUEN TONO RETRAIDO A NIVEL UMBILICAL CON LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS DIURESIS NORMAL NO EDEMAS DE MIIS - EVOLUCION ESTABLE SIN ALTERACIONES, QUIEN YA COMPLETO MAS DE 24 HORAS D EPUERPERIO POR LO CUAL SE DECIDE DAR SALIDA CON CONTROL POP EN 10 DIAS, TRATAMEINTO CON CEFRADINA + NAPROXENO

PATOLOGÍA DE PLACENTA:

DIAGNOSTICO:

PLACENTA DE TERCER TRIMESTRE. PESO 460 GRAMOS.

MADURACIÓN ADECUADA.

CORIOAMNIONITIS AGUDA LEVE.

CORDÓN NORMAL.

ANALISIS DEL CASO:

FACTORES DE RIESGO:

Dentro de la revisión de los factores de riesgo se encuentra que la paciente Sindy Yuliana Moncada Arroyave, no presentaba factores de riesgo fuertes que se puedan asociar a la presencia de muerte fetal; Estos factores de riesgo fuertes son:

1. Hipertensión
2. Diabetes
3. Edad materna avanzada
4. Condición social

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

En ese escenario se descartaron en el control prenatal. 1. Las cifras tensionales siempre fueron normales, 2. La curva de tamizaje de diabetes fue negativa, 3. La paciente no tenía una edad avanzada, 4. Dentro de los factores sociales se encuentra: que fue víctima de desplazamiento forzado.

Asimismo, se puede conocer que la paciente cuenta con estudios técnicos como auxiliar administrativo; se encuentra activa a seguridad social en salud en el régimen subsidiado de Coomeva EPS; refiere ser víctima de desplazamiento forzado hace 15 años de la ciudad de Pereira; no recibe ningún tipo de subsidio o ayuda humanitaria.

Es importante recordar que, aunque la paciente no presentaba comorbilidades o factores de riesgo ante parto como los descritos previamente, pueden presentarse factores de riesgo intraparto que pueden generar complicaciones o resultados adversos, factores como la ruptura prematura de membranas que aumenta el riesgo de mortalidad fetal y materna, como lo que ocurrió de manera desafortunada en la paciente.

Lawn, J. E., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I., ... & Stanton, C. (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?. *The Lancet*, 377(9775), 1448-1463.

A nivel general, la tasa de muerte fetal varía entre países y dentro de diferentes grupos de población.

En países desarrollados, la tasa suele ser de aproximadamente 3 a 5 por cada 1,000 nacimientos. En países en vías de desarrollo, esta tasa puede ser considerablemente más alta debido a factores como la falta de acceso a atención prenatal adecuada, malnutrición, infecciones y condiciones socioeconómicas adversas

Cada año se producen alrededor de 2,6 millones de muertes fetales (la muerte de un bebé de 28 semanas de gestación o más). Aunque el 98% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios, las muertes fetales también continúan afectando a las naciones más ricas, con alrededor de 1 de cada 300 bebés que nacen muertos en los países de ingresos altos. La serie destaca las tasas y causas de la mortinatalidad a nivel mundial, explora intervenciones rentables para prevenir la mortinatalidad (así como las muertes maternas y neonatales) y establece acciones clave para reducir a la mitad las tasas de mortinatalidad para 2020. También se incluyen comentarios de organizaciones profesionales y grupos de padres, este último demuestra la tragedia única que supone para las familias el nacimiento de un bebé que no da señales de vida.

En total, se estima que anualmente se producen 1,19 millones (entre 0,82 millones y 1,97 millones) de muertes fetales durante el parto. La mayoría de los mortinatos durante el parto se asocian con emergencias obstétricas, mientras que los mortinatos antes del parto se asocian con infecciones maternas y restricción del crecimiento fetal. Las estimaciones nacionales de las causas de la muerte fetal son escasas y los múltiples sistemas de clasificación (>35) impiden la comparación internacional.

Dentro de las condiciones maternas se encuentra la corioamnionitis, la cual se asocia entre 3 al 8% de las muertes fetales, y el 63% puede no estar asociado con ninguna situación y con ningún factor de riesgo

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

Lawn, J. E., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I., ... & Stanton, C. (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?. The Lancet, 377(9775), 1448-1463.

INGRESO HOSPITALARIO:

La paciente ingresa según la historia clínica el 05/01/2018 siendo las 6:43 am. Y es valorada por el ginecólogo de turno, en donde no se identifican factores de riesgo, una paciente con un embarazo de término quien presento ruptura prematura de membranas 3 horas antes de que consultara, con fetocardia normal, sin alteraciones aparentes, según las guías se recomienda en pacientes con ruptura prematura de membrana con embarazos de términos realizar inducción del trabajo de parto y hospitalizar, acciones que se realizaron en la atención a la paciente

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El consentimiento informado es un proceso fundamental en la práctica médica y de investigación, que asegura que los pacientes o participantes están completamente informados y han comprendido todos los aspectos relevantes de un procedimiento, tratamiento o estudio antes de aceptarlo, al revisar la historia clínica se evidencia la firma del consentimiento por la paciente al ingresar al servicio de internación.

INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO:

Tanto la oxitocina como el misoprostol se pueden utilizar para la inducción del trabajo de parto

Maduración cervical: Puede realizarse con dosis bajas de oxitocina, las cuales pueden producir contracciones uterinas y dilatación cervical, también puede utilizarse el misoprostol el cual se usa a menudo cuando el cuello uterino no está listo (no está maduro) para el parto. Su principal función en este contexto es ablandar y dilatar el cuello uterino.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). "Practice Bulletin No. 107: Induction of labor." Obstet Gynecol. 2009 Aug;114(2 Pt 1):386-97.

Inicialmente, se da la orden del inicio de oxitocina, pero se encuentran dos notas que indican que no se colocó, la nota del médico Harold Silva y la nota de la jefe de enfermería Gleira Liliana Corrales que también indica que no se ha colocado.

NOTA DEL MÉDICO:

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO CON RUPTURA DE MEMBRANAS AHORA CERVIX GRUESO, NO SE HA INICIADO CONDUCCION POR LO CUAL SE SUSPENDE Y SE INICIA DOSIS UNICA DE 25MCG MISOPROSTOL Y VIGILAR TRABAJO DE PARTO SS MONITORIA FETAL INTRAPARTO

NOTA DE LA JEFE DE ENFERMERIA:

PACIENTE ES REVALORADA POR EL SERVICIO DE GINECOLOGIA QUIEN DECIDE SUEPENDER INFUSION DE OXITOCINA LA CUAL NO FUE INICIADA Y SE ADMINISTRA 25 MCG DE MISOPROSTOL SUBLINGUAL

Actividades:

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO
CUIDADOS DE ENFERMERIA SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA
VIGILAR TRABAJO DE PARTO
VIGILAR SIGNOS VITALES
VIGILAR FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Gleira Corrales

Profesional: GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA
Especialidad: JEFE DE ENFERMERIA
Tarjeta Profesional # 1045686410

Se revisa el registro de medicamentos, no se encuentra registrado la oxitocina, se encuentra la administración del misoprostol 25 mcg dosis oral, concluyéndose que no se administró la oxitocina, solo se administró el misoprostol, el cual según protocolos puede ser administrado oral o vaginal, en este caso la vía de elección para la administración fue oral, administrado por la enfermera según la indicación médica.

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR DÍA

Fecha De Impresión: jueves, 08 de febrero de 2018 05:20 p. m. Página 1/2

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MONCADA ARROYAVE	Tipo Documento: CC	Numero: 1117525195
Nombres: SINDY YULIANA	Edad:	
Dirección: JUAN XXIII - FLORENCIA	- FLORENCIA	Sexo: FEMENINO
Teléfono: - 3155520742	Tipo Paciente: SUBSIDIADO	Tipo Afiliado: NO APLICA
Entidad: COOMEVA EPS		
Ingreso: 2341436		

REGISTRO DE APLICACIÓN

Fecha Aplicación: viernes, 05 de enero de 2018
Unidad Funcional: GINECO OBSTETRICIA FLORENCIA

Tipo de Estancia: PACIENTES SIN CAMA

Medicamento: **MISOPROSTOL 50 mcg Tableta (20012577-01-G02AD06)**

Administración: 25.00 mcg Dosis Única Via: ORAL

Hora	Profesional Que Aplico	Firma
08:00	GLEIRA LILIANA CORRALES FIGUEROA	<i>Gleira Corrales</i>

Unidad Funcional: HOSPITALIZACION GENERAL FLORENCIA

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1. Se utiliza en obstetricia y ginecología para varios propósitos debido a su capacidad para inducir contracciones uterinas y dilatar el cuello uterino. En el contexto del trabajo de parto, el misoprostol se usa principalmente para la inducción del trabajo de parto y el manejo de abortos incompletos o retenidos.

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

Razones para Inducir: La inducción del trabajo de parto se puede recomendar por varias razones, como embarazo postérmino (más allá de las 41-42 semanas), ruptura prematura de membranas sin trabajo de parto espontáneo en embarazos a término como el caso de la paciente Sindy Juliana, el cual fue adecuadamente indicado.

El misoprostol se administró en la vía oral por la ruptura prematura de membranas, para evitar el número de tactos vaginales, teniendo en cuenta que el aumento de los tactos vaginales aumenta el riesgo de infección intramniótica.

Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. "Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour." Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;(10):CD000941.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). "Practice Bulletin No. 107: Induction of labor." Obstet Gynecol. 2009 Aug;114(2 Pt 1):386-97.

EL PARTOGRAMA:

El partograma es una herramienta gráfica utilizada en obstetricia para registrar y monitorear el progreso del trabajo de parto. Este diagrama incluye varios parámetros que permiten a los profesionales de la salud evaluar la evolución del parto y tomar decisiones informadas para el manejo adecuado del mismo.

El partograma es una herramienta valiosa por varias razones:

Monitoreo Eficaz del Progreso del Parto:

Permite a los profesionales de la salud seguir visualmente la dilatación cervical y el descenso fetal a lo largo del tiempo, ayudando a identificar cualquier desviación del progreso normal.

Identificación Temprana de Complicaciones:

El partograma ayuda a detectar problemas como trabajo de parto prolongado, distocia (dificultad en el parto), permitiendo intervenciones tempranas para evitar complicaciones mayores.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). The Partograph: A Managerial Tool for the Prevention of Prolonged Labour

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

Infección: El mayor riesgo en casos de RPM es la infección intrauterina (corioamnionitis), que puede afectar tanto a la madre como al bebé. La infección puede llevar a complicaciones graves, incluyendo sepsis neonatal, que puede aumentar el riesgo de muerte fetal o neonatal.

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

El manejo de RPM a las 38 semanas generalmente incluye:

Hospitalización y Monitoreo: Monitorización continua del bienestar fetal y signos de infección.

Inducción del Parto: En muchos casos, se recomienda la inducción del parto para reducir el riesgo de infección y otras complicaciones. Esto es particularmente relevante si no se inicia el trabajo de parto espontáneamente dentro de las 24 horas posteriores a la ruptura de membranas.

Los riesgos:

Las mujeres con PROM prematuro y rotura prolongada de membranas tienen un mayor riesgo de corioamnionitis, que puede resultar de una colonización bacteriana ascendente antes de la rotura de membranas (que causa PROM) o después de la rotura de membranas (que complica PROM). El riesgo de infección aumenta al disminuir la edad gestacional en el momento de la rotura de membranas y al aumentar la duración de la rotura de membranas.

Mercer, B. M. (2005). Preterm premature rupture of the membranes: current approaches to evaluation and management. Obstetrics and Gynecology Clinics, 32(3), 411-428.

VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO:

El trabajo de parto es un evento en el que según las guías debe realizarse un monitoreo continuo del bienestar fetal. Esto se puede hacer a través de la monitorización cardíaca electrónica externa (también conocida como cardiotocografía) que registra la frecuencia cardíaca fetal, pero no es recomendado realizar una vigilancia rutinaria, la recomendación es realizarla de manera intermitente después de que la paciente se encuentre en fase activa, al igual que el inicio de el partograma.

No se recomienda la utilización rutinaria del análisis del segmento ST del electrocardiograma (ECG) fetal en el parto normal.	A
---	---

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

v	Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.
---	---

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D (↑)	Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación. Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm. y se acompaña de dinámica regular.
----------	--

Cortés, J. A., Gómez, J. E., Silva, P. I., Arévalo, L., Rodríguez, I. A., Álvarez, M. I., ... & Gómez, P. I. (2012). Guía de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección toxoplasmosis en el embarazo. Infectio, 16(4), 230-246.

Al revisar la historia clínica se evidencia que la paciente no llegó a la fase activa, la paciente durante la atención se encontró que se le realizó la vigilancia de la fetocardia y la evidencia de un monitoreo que mostraba una adecuada frecuencia fetal y que no tenía indicación de una intervención adicional.

MECONIO:

La presencia de meconio en el líquido amniótico, conocida como líquido amniótico teñido de meconio (LATM), no siempre indica la necesidad de una cesárea inmediata. La decisión de realizar una cesárea en presencia de meconio depende de varios factores, incluyendo la condición fetal y materna, como el reporte del monitoreo fetal, el cual en esta paciente tenía un monitoreo adecuado, sin signos que mostraran alteración fetal.

La evidencia sugiere que la presencia de meconio en el líquido amniótico no siempre justifica una cesárea inmediata.

Blackwell SC, Moldenhauer JS, Hassan SS, Redman ME, Refuerzo JS, Berry SM, Sorokin Y. "Meconium-stained amniotic fluid: how risky is it?" Obstet Gynecol. 2001 Jun;97(6):1021-6.

VIGILANCIA FETAL REGULAR:

La vigilancia fetal es una de las condiciones que se deben tener en cuenta durante el trabajo de parto, dentro de las recomendaciones de la guía colombiana esta la directriz de realizar una vigilancia intermitente del trabajo de parto, y la indicación clara del inicio estricto de fetocardia posterior al inicio del trabajo de parto fase activa, definida según la guía como dilatación mayor a 4 cm

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

v	Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.
---	---

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

Se recomienda que la vigilancia estricta del trabajo de parto se inicie después de la fase activa del trabajo de parto.

Cortés, J. A., Gómez, J. E., Silva, P. I., Arévalo, L., Rodríguez, I. A., Alvarez, M. I., ... & Gómez, P. I. (2012). Guía de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección toxoplasmosis en el embarazo. Infectio, 16(4), 230-246.

D (↑)	Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas.
B	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultación intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.

Según la guía establece la vigilancia en la segunda etapa del trabajo de parto, la paciente Sindy Yuliana no llegó a la fase activa del trabajo de parto

En la segunda etapa del parto:

- Revise cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones.
- Cada hora compruebe la presión arterial, el pulso y el examen vaginal.
- Cada 4 horas: compruebe la temperatura.
- Compruebe regularmente la frecuencia de vaciado de la vejiga.

Según el partograma, la guía colombiana es clara en afirmar que el realizarlo no muestra diferencias claras sobre los desenlaces maternos y perinatales entre el uso o no del partograma, y cuando se realiza se debe iniciar en paciente con fase activa del trabajo de parto, la paciente Sindy Yuliana no llegó a la fase de parto activa.

Aunque la evidencia no muestra diferencias claras sobre los desenlaces maternos y perinatales entre el uso y no uso del partograma, el uso del partograma disminuye el riesgo de trabajos de parto prolongados. Así mismo, la evidencia apoya el uso de partograma con solo líneas de alerta o de líneas de acción de cuatro horas los cuales disminuyen la tasa de cesáreas. El uso de partograma con líneas de acción superiores a tres horas disminuye la satisfacción de las usuarias.

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

Cortés, J. A., Gómez, J. E., Silva, P. I., Arévalo, L., Rodríguez, I. A., Álvarez, M. I., ... & Gómez, P. I. (2012). Guía de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección toxoplasmosis en el embarazo. Infectio, 16(4), 230-246.

Cuadro de vigilancia fetal

HORA	REALIZADO POR	FCF	DILATACION
7:16	GINECOLOGO	145	1-2
9:01	GINECOLOGO	143	2
9:50	MONITOREO FETAL	150	-

MONITORIA FETAL DE LAS 05:50 AM. NO REACTIVA. PERO CON BUENA VARIABILIDAD. SIN ACTIVIDAD UTERINA.
MONITORIA FETAL DE LAS 9:50 AM: REACTIVA. SIN REGISTRO DE ACTIVIDAD UTERINA.

CORIOAMNIONITIS:

El diagnóstico clínico es el método más común y se basa en la presencia de varios signos y síntomas característicos. Los criterios clínicos incluyen:

Fiebre Materna: Temperatura materna $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ (100.4°F).

Otros Signos Maternos de Infección:

Taquicardia Materna: Frecuencia cardíaca materna > 100 latidos por minuto.

Taquicardia Fetal: Frecuencia cardíaca fetal > 160 latidos por minuto.

Sensibilidad Uterina: Dolor a la palpación uterina.

Flujo Vaginal Purulento: Secreción vaginal de apariencia purulenta.

Gibbs, R. S., Romero, R., Hillier, S. L., Eschenbach, D. A., & Sweet, R. L. (1992). A review of premature birth and subclinical infection. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 166(5), 1515-1528.

Nota de evolución al ingreso:

Temperatura: 36.5

Frecuencia cardiaca maternal: 80 por minuto

Frecuencia cardiaca fetal: 145 latidos por minuto

La paciente no tenía sensibilidad uterina no presentaba flujo vaginal purulento.

LEUCOCITOS	13.3	NORMAL
------------	------	--------

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

HEMOGLOBINA	14	NORMAL
PLAQUETAS	191	NORMAL

La corioamnionitis es un diagnóstico clínico. Al revisar la historia clínica, se identificó que la paciente no presentaba ninguno de los signos clínicos que pudieran orientar hacia un diagnóstico de corioamnionitis.

05/01/2018. 6:20 pm

OBJETIVO - EXÁMEN FÍSICO

TA	FC	FR	T	SO2	PESO	TALLA	GLUCO	TAM	FECHA REGISTRO
110/70	80	20	36.5	99	710	176		83	05/01/2018 07:16:42 a.m.
120/60	78	19	36	99	710	176	0	80	05/01/2018 07:17:00 a.m.
120/60	78	19	36	99	710	176	0	80	05/01/2018 12:10:00 p.m.
120/70	84	19	35.6	99	710	176	0	86	05/01/2018 02:28:00 p.m.
127/70	74	17	36	98	710	176	0	89	05/01/2018 05:32:00 p.m.
125/75	82	18	36.5	98	710	176	0	91	05/01/2018 06:20:00 p.m.
113/76	81	21	36.7	98	710	176	0	88	05/01/2018 08:50:00 p.m.
120/75	85	20	36.5	98	710	176	0	90	05/01/2018 09:01:00 p.m.
99/64	89	20	37.2	99	710	176	0	75	06/01/2018 06:00:00 a.m.
100/65	70	21	36.8	98	710	176	0	76	06/01/2018 06:06:00 a.m.
113/76	70	21	36.7	98	710	176	0	88	06/01/2018 02:00:00 p.m.
147/81	71	20	37.3	96	710	176	0	103	06/01/2018 02:02:00 p.m.
120/60	78	20	36.3	98	710	176	0	80	06/01/2018 05:37:00 p.m.

En ese sentido, se deduce que la paciente nunca presentó signos clínicos de infección intramniótica.

CONCLUSIÓN:

Se trata de un caso muy desafortunado en el que una paciente ingresó sin factores de riesgo claros para presentar un desenlace adverso. La paciente presentaba una ruptura prematura de membranas

Dra. SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

Ginecóloga Intensivista

Correo: saxi123@gmail.com, Teléfono: +57 (6) 3012343325,

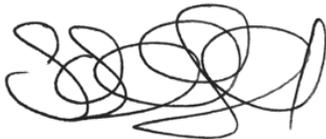
Dirección: Km. 4 vía Armenia, entrada 1, vereda Huertas, sector la elvira, casa 3. Pereira – Risaralda, Colombia.

en un embarazo a término y se indicó la inducción del trabajo de parto. Inicialmente se planteó la opción de iniciar la inducción con oxitocina, pero tras una reevaluación se decidió comenzar con misoprostol, dado que la oxitocina aún no había sido administrada. Se realizó la vigilancia recomendada por las guías, que incluyó un monitoreo intermitente de la frecuencia cardíaca fetal. El monitoreo inicial fue reactivo y se continuó la vigilancia por parte del personal de salud.

Este monitoreo fue realizado a las 9:50 de la mañana, siendo reactivo. Durante un control rutinario, se detectó un episodio de bradicardia fetal que fue rápidamente identificado. La paciente fue trasladada de inmediato al quirófano a las 12:53 de la mañana. Es muy improbable que posterior a un monitoreo fetal reactivo se presente una muerte súbita fetal dos horas después, siendo esto lo que ocurrió con la paciente. En el quirófano, se encontró al recién nacido sin esfuerzo respiratorio y con un APGAR de 2 al minuto. A pesar de las maniobras de reanimación realizadas por el equipo médico, el recién nacido falleció. Se determinó que la atención médica se llevó a cabo de acuerdo con las guías y protocolos establecidos. Este caso evidencia que la muerte perinatal puede presentarse de manera súbita y sin factores de riesgo previos, y que, lamentablemente, no siempre es previsible ni prevenible, a pesar de todos los esfuerzos realizados.

Con el acostumbrado respeto señor Juez.

Atentamente;



SANDRA XIMENA OLAYA GARAY

C.C No. 65.784.811 de Ibagué

Registro médico No. 41226-2003

Ginecóloga y obstetra, Especialista en medicina crítica y cuidado intensivo.