

Medellín, marzo 15 de 2019



3/10

Doctor

OTONIEL CORDOBA

E. S. M.

**ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MEDICO PERICIAL / CASO LILIANA
PATRICIA SERNA**

Respetado Doctor:

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en Días anteriores. Dicho dictamen es rendido por la Universidad CES a través del Doctor Hernán Cortes Yepes, Médico y cirujano U.P.B., Especialista en Ginecología y Obstetricia U de A, Subespecialista en Medicina Materno Fetal U. Del Rosario, Docente Titular de Obstetricia y Ginecología Universidad de Antioquia, Subespecialista Medicina Fetal hospital San Vicente Fundación Medellín, Miembro Activo de Asociaciones Colombiana de Obstetricia y Ginecología y Perinatología (FECOLSOG – FECOPEN) y Perito CENDES

La aclaración a este dictamen sólo se surtirá si la solicitud se hace dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de este escrito.

En caso de requerirse la sustentación del dictamen en audiencia oral, informamos que cada asistencia a la audiencia de pruebas tiene un costo de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que elabora el dictamen, listado de casos en los que ha rendido dictamen pericial y certificación de auxiliar de la justicia de la institución.

Con toda atención,

LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES

Medellín, marzo de 2019

Doctor

OTONIEL CORDOBA

E. S. M.

ASUNTO: DICTAMEN MEDICO PERICIAL / CASO LILIANA PATRICIA SERNA

Respetado Doctor:

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado por usted en días pasados,

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico y cirujano U.P.B.

Especialista en Ginecología y Obstetricia U de A,

Subespecialista en Medicina Materno Fetal U. Del Rosario

Docente Titular de Obstetricia y Ginecología Universidad de Antioquia

Subespecialista Medicina Fetal hospital San Vicente Fundación, Medellín

Miembro Activo de Asociaciones Colombiana de Obstetricia y Ginecología y Perinatología (FECOLSOG – FECOPEN)

Perito CENDES

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.
- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al paciente LILIANA PATRICIA SERNA

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 33 años, multigestante con 7 hijos (G9, P7, A1), quien realiza control prenatal de alto riesgo por ser Rh negativa, múltipara y tener un antecedente de sífilis.

El 1/11/2017 a las 5:20 ingresa al hospital local con un embarazo de 38.6 semanas, en trabajo de parto activo en 6 cms de dilatación, con frecuencia cardiaca fetal (FCF) de 137 lpm y la hospitalizan para atención del parto; A las 11:34 se presenta nacimiento de un bebé de sexo masculino de 2.900 g y describen que el alumbramiento de la placenta fue completo, pero presenta sangrado profuso por un desgarro en el cuello uterino, por lo que es llevada al quirófano para su corrección, el cual se realiza sin complicaciones (pág. 18); Nuevamente el 2/11/17 a las 0:55 presenta sangrado abundante por lo que se programa para revisión de canal vaginal, sin encontrar lesiones, ni sangrado activo y encuentran útero involucionado, se deja con oxitocina (pag 26). Ese mismo día encuentran una hemoglobina de 3.5 (anemia severa) (al parecer la hemoglobina previa era de 11.7 – pág. 49) y ordenan transfusión, pero debido a su grupo sanguíneo, solo transfunden 1 unidad hasta el 6/11/17 que logran transfundir 4 unidades mas e inician antibióticos (Clindamicina y gentamicina), al parecer con buena evolución y dan de alta el 9/11/17.

La paciente reingresa el 15/11/17 por fiebre y sangrado, la encuentran afebril (37°C), pálida, taquicárdica (119 lpm) y con presión arterial de 110/70, con sangrado vaginal moderado de mal olor y hacen diagnóstico de endometritis posparto y anemia, pero no es llevada a curetaje hasta el 17/11/17, por una ecografía que reporta restos placentarios, a pesar del curetaje continua con sangrado por lo que se hace taponamiento uterino con control del sangrado; Al parecer el 21 de noviembre continua febril y con sangrado por lo que es llevada de nuevo a curetaje, pero al no poder controlar el sangrado se decide realizar histerectomía, encontrando hematoma que diseca el ligamento ancho izquierdo y refieren que se termina el procedimiento sin complicaciones (págs. 114 y 115), ese mismo día a las 23:10, es llevada nuevamente a cirugía con diagnóstico de choque hipovolémico encontrando “sangrado lateral izquierdo a nivel del muñón izquierdo, con evidencia de sangrado abundante”, hacen control de hemostasia transfunden 5 u de glóbulos rojos y remiten a unidad de cuidados intensivos (UCI) (págs. 124 y 125), debido a la gravedad del cuadro y no disponer de sangre O negativo, transfunden 2 U de sangre A -.

La paciente ingresa a la UCI el 22/11/17 a las 3 am, en malas condiciones, con diagnóstico de coagulación intravascular diseminada (CID), sepsis puerperal y hemorragia posparto, estando allí desarrolla insuficiencia renal y falla multisistémica, pero a pesar del manejo instaurado fallece el 28/11/17 a la 1 a.m.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICOLEGAL

La hemorragia posparto es la principal causa de muerte materna en el mundo y complica cerca del 18% de los nacimientos y en el 3% de los partos se presentará una hemorragia severa. Se define como severa cuando la pérdida sanguínea es mayor de 1.500 ml o una caída de la hemoglobina mayor de 4 gr.

La principal causa de la hemorragia posparto es la atonía uterina (incapacidad del útero para contraerse), otras causas son el trauma (desgarros), la retención placentaria y los problemas de coagulación. Cuando se identifica un desgarro como la causa del sangrado, este debe ser corregido y en algunos casos se pueden realizar taponamientos para disminuir su progresión; de igual manera y dependiendo de la severidad del sangrado se debe hacer reposición del volumen perdido con líquidos venosos y sangre (glóbulos rojos), además se deben reponer los factores de la coagulación, para favorecer la coagulación.

Existen otro tipo de manejos para contener el sangrado, dependiendo de la causa como el taponamiento, la embolización, la ligadura de arterias y la histerectomía; esta última cuando se realiza en el posparto presenta una mayor dificultad de lo habitual debido a que la anatomía pélvica esta distorsionada, la identificación del cérvix es difícil y los pedículos vasculares son más prominentes, por lo que se recomienda la ligadura doble.

Por lo tanto, se recomienda que en caso de hemorragias severas que no mejoran con las medidas iniciales, sean remitidas a centros que puedan ofrecer otras formas de manejo y que cuenten con bancos de sangre que dispongan de la sangre y derivados sanguíneos necesarios.

En cuanto a la endometritis, esta es una infección que puede comprometer el útero y los tejidos adyacentes, el manejo inicial es con antibióticos de amplio espectro o la combinación de varios, entre estos esta la combinación clindamicina y gentamicina (como la usada en esta paciente); si no hay mejoría con este manejo se deben buscar colecciones, restos placentarios o pensar en resistencia a los antibióticos y si a pesar de tomar las medidas correctivas no hay mejoría, se debe pensar en la histerectomía.

La sepsis se refiere a la disfunción orgánica debido a una infección y que tiene una alta tasa de mortalidad, si no se maneja de manera oportuna y eficaz, es causante de cerca del 12% de las muertes maternas en el mundo, en general y dependiendo de su severidad y grado de compromiso el manejo se hace en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y el tratamiento consiste en medidas de soporte, mientras se controla la infección.

CONCLUSIÓN PERICIAL

En esta paciente se presentaron una serie de eventos que condujeron a su deceso, es probable que cada uno por separado no hubieran ocasionado su muerte, pero la suma

de todos ellos hizo que el caso fuera de muy difícil manejo, con las consecuencias que se presentaron. 314

Para empezar, una mujer con tantos hijos tiene una baja reserva de hierro, que predispone a anemias mas severas después de una hemorragia posparto. En la historia clínica no hay una descripción clara de la severidad del sangrado luego del parto, pues solo refieren sangrado moderado que no cede con las medidas contra la atonía por lo que es llevada a revisión y encuentran un desgarró cervical que es corregido, pero el sangrado debió ser muy severo para llevar la hemoglobina (Hb) de 11.7 a 3.5 g, lo cual demuestra que probablemente el manejo fue tardío; además debido al grupo sanguíneo de la madre (O-), el cual no es muy común, se tardaron 4 días en transfundirla, lo que favorece la presentación de infección uterina.

Luego de una aparente buena evolución reingresa con fiebre y sangrado 7 días después, para lo que se instauró un manejo con los antibióticos adecuados y un curetaje por sospecha de restos placentarios, con control del sangrado; sin embargo continúa con sangrado, fiebre y anemia (hb de 8.9), por lo que 3 días después se somete a un nuevo curetaje, el cual no logra controlar el sangrado y se procede a realizar una histerectomía, acá nuevamente no hay claridad en la severidad del sangrado, ni las condiciones que obligaron a realizar el procedimiento, teniendo en cuenta que la señora estaba anémica e iba a requerir transfusiones y que debido al estado posparto y de infección pélvica se esperaba una cirugía difícil, por lo que se debió (si era posible) intentar remitir a un nivel de mayor complejidad y que contara con un adecuado banco de sangre (sobre todo teniendo en cuenta el grupo sanguíneo de la señora), pues como ocurrió, debido a la falta de sangre compatible debieron aplicar sangre A-, que empeoró la situación por un cuadro de hemólisis.

El evento que se presenta después de hemorragia severa que la lleva a un choque hemorrágico, (lo cual es una complicación que puede ocurrir después de una histerectomía complicada), requería de un manejo urgente, pero debido a los factores asociados (anemia, infección, hemorragia severa) hizo que la condición de la madre fuera irreversible y se asociara a las complicaciones (coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal y falla multiorgánica) que la llevaron a la muerte.

Es de anotar que no conozco los recursos del hospital donde fue atendida la señora, ni las condiciones antes de realizar la histerectomía, por lo que es difícil asegurar que debió ser remitida a una institución de mayor complejidad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez J. Hemorragia posparto En: Cortés H, Gómez J y Gutiérrez J. Aspectos claves en Obstetricia. Ed CIB. 2013. Pags: 167 – 185



3/5
UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

2. Álvarez GA, Agudelo B, Gómez J, Tobón J. Código Rojo: Guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia 2.009; Vol 60, No 1: 34 - 48
3. Belfort MA. Overview of postpartum hemorrhage. UpToDate. Consultado en marzo 2019
4. Chen T. Postpartum endometritis. UpToDate. Consultado en marzo 2019

Con toda atención,

HERNAN CORTES YEPES

Médico y cirujano U.P.B.

Especialista en Ginecología y Obstetricia U de A,

Subespecialista en Medicina Materno Fetal U. Del Rosario

Docente Titular de Obstetricia y Ginecología Universidad de Antioquia

Subespecialista Medicina Fetal hospital San Vicente Fundación, Medellín

Miembro Activo de Asociaciones Colombiana de Obstetricia y Ginecología y

Perinatología (FECOLSOG – FECOPEN)

Perito CENDES

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud