



MEMORIAL - SOLICITUD DE ACLARACIÓN E IMPLEMENTACIÓN A QUE HAYA LUGAR DENTRO DE INFORME PERICIAL ALLEGADO POR MEDICINA LEGAL - PROCESO RADICADO BAJO EL No. 2023-00032-00 - CAROL TATIANA GARCES ANGULO CONTRA CLÍNICA SANTA SOFÍA DE BTURA Y OTRO

Desde Marling Johana Riascos <consultorialegalabogados26@gmail.com>

Fecha Jue 29/05/2025 3:58 PM

Para Juzgado 01 Civil Circuito - Valle del Cauca - Buenaventura <j01ccbuenaventura@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (707 KB)

MEMORIAL - SOLICITUD DE ACLARACIÓN O COMPLEMENTACIÓN A DICTAMEN O INFORME PERICIAL ALLEGADO POR MEDICINA LEGAL - PROCESO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA - CAROL TATIANA GARCES ANGULO CONTRA CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO Y OTRO.pdf; 096 MedicinaLegalAllegaDictamenPericial.pdf; 097 Auto357PoneEnConocimientoDictamenMedicinaLegal.pdf;

Bogotá D.C. Mayo 29 de 2025

Doctores

JUZGADO PRIMERO (1º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA (V.)
E.S.D.

REFERENCIA: SOLICITUD DE ACLARACIÓN O COMPLEMENTACIÓN DE DICTAMEN PERICIAL DEL 26/05/2025

PROCESO: VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

DEMANDANTE: CAROL TATIANA GARCES ANGULO Y OTROS

DEMANDADO: CSSP LTDA Y OTROS

RADICACIÓN: 2023-00032-00

MARLIN JOHANA RIASCOS mayor de edad, domiciliada en Popayán, Cauca, identificada con la cédula de ciudadanía Número 1.061.691.334 de Popayán, Cauca, portadora de la T. P. de Abogada No. 342.366 del C. S. de la J., obrando dentro del presente trámite procesal en calidad de apoderada del extremo activo. Encontrándome dentro del término legal que antecede para dicho asunto de conformidad con lo establecido en el inciso final Art. 228 del C.G. del Proceso.

Si bien es cierto, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Unidad Básica de Cali, allegó el dictamen o informe pericial de clínica forense No. UBCALCA-DSVA-01864-2025 ante el despacho de conocimiento del presente acto procesal, al cual se le surte el respectivo traslado de ley de conformidad a la norma en cita. Al respecto, se tiene que, revisado el mismo se encuentra presuntamente incompleto, por lo cual se solicita respetuosamente su aclaración o adecuación de acuerdo a la prueba solicitada por este extremo, que no fue otro que el dictamen pericial por especialistas en Ginecología, Obstétrica, Anestesiología y Psicología. Revisado en su integridad el mismo, se tiene que el dictamen allegado efectivamente cuanta con la experticia de especialistas en Ginecoobstetrica por parte de la doctora , Ana María Londoño Zapata, como profesional especializada forense de la entidad. De las especialidades en Anestesiología y Psicología no se incluye su experticia dentro del mismo o por lo menor no guarda coherencia en su totalidad con la prueba decretada y lo establecido en el art. 226 (mínimo de declaraciones e informaciones).

Por lo cual, se solicita respetuosamente al despacho, tomar las medidas pertinentes y conducentes conforme a la integridad de dicha prueba. Se debe aclarar que el presente extremo, no solicita un nuevo dictamen pericial sino la revisión y complemento del mismo. Es decir, la implementación de información y documentación por parte de los peritos de las especialidades cuya prueba fuere decretada o a que haya lugar por parte de los especialistas en su totalidad, tal cual como fuere decretada dicha prueba por el competente.

De igual manera se solicita, en el marco del respeto al despacho, se sirva desplegar la respectiva citación del señor perito Dra. Ana María Londoño Zapata, a fin de que exponga o sustente su experticia en audiencia de práctica de pruebas programada en su momento por parte del despacho, a fin de realizar el respectivo interrogatorio al profesional especializado forense que emitió el mismo por intermedio del el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Unidad Básica de Cali

Cordialmente,

MARLIN JOHANA RIASCOS

C.C. No. 1.061.691.334 de Popayán (C)

T.P. No. 342.366 del Consejo Superior de la Judicatura

Correo Elect.: consultorialegalabogado26@gmail.com - mya-0326@hotmail.com

Cra 9 No. 8 - 15 - Cra 6 No. 19-23 Popayán ☎

Celular No. 315 3837139 - 322 7260136



ATENCIÓN LEGAL A LAS LÍNEAS DE CELULARES Nos. 322 7260136 - 315 7521638

**DIRECCIÓN: CARRERA 9 No. 8-15 BARRIO "SAN CAMILO" OFICINA # 102. -CRA6 No. 19-23 POPAYÁN – CAUCA
CORREO ELECTR.:CONSULTORIALEGALABOGADOS26@GMAIL.COM – MYA-0326@HOTMAIL.COM**

Popayán, Cauca Mayo 29 de 2025

Doctores

JUZGADO PRIMERO (1º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA (V.)

E.S.D.

REFERENCIA: SOLICITUD DE ACLARACIÓN O COMPLEMENTACIÓN DE DICTAMEN PERICIAL DEL 26/05/2025

PROCESO: VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

DEMANDANTE: CAROL TATIANA GARCES ANGULO Y OTROS

DEMANDADO: CSSP LTDA Y OTROS

RADICACIÓN: 2023-00032-00

MARLIN JOHANA RIASCOS mayor de edad, domiciliada en Popayán, Cauca, identificada con la cédula de ciudadanía Número 1.061.691.334 de Popayán, Cauca, portadora de la T. P. de Abogada No. 342.366 del C. S. de la J., obrando dentro del presente trámite procesal en calidad de apoderada del extremo activo. Encontrándome dentro del término legal que antecede para dicho asunto de conformidad con lo establecido en el inciso final Art. 228 del C.G. del Proceso.

Si bien es cierto, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Unidad Básica de Cali, allegó el dictamen o informe pericial de clínica forense No. UBCALCA-DSVA-01864-2025 ante el despacho de conocimiento del presente acto procesal, al cual se le surte el respectivo traslado de ley de conformidad a la norma en cita. Al respecto, se tiene que, revisado el mismo se encuentra presuntamente incompleto, por lo cual se solicita respetuosamente su aclaración o adecuación de acuerdo a la prueba solicitada por este extremo, que no fue otro que el dictamen pericial por especialistas en Ginecología, Obstétrica, Anestesiología y Psicología. Revisado en su integridad el mismo, se tiene que el dictamen allegado efectivamente cuanta con la experticia de especialistas en Ginecoobstetrica por parte de la doctora , Ana María Londoño Zapata, como profesional especializada forense de la entidad. De las especialidades en Anestesiología y Psicología no se incluye su experticia dentro del mismo o por lo menor no guarda coherencia en su totalidad con la prueba decretada y lo establecido en el art. 226 (mínimo de declaraciones e informaciones).

Por lo cual, se solicita respetuosamente al despacho, tomar las medidas pertinentes y conducentes conforme a la integridad de dicha prueba. Se debe aclarar que el presente extremo, no solicita un nuevo dictamen pericial sino la revisión y complemento del mismo. Es decir, la implementación de información y documentación por parte de los peritos de las especialidades cuya prueba fuere decretada o a que haya lugar por parte de los especialistas en su totalidad, tal cual como fuere decretada dicha prueba por el competente.

De igual manera se solicita, en el marco del respeto al despacho, se sirva desplegar la respectiva citación del señor perito Dra. Ana María Londoño Zapata, a fin de que exponga o sustente su experticia en audiencia de práctica de pruebas programada en su momento por parte del despacho, a fin de realizar el respectivo interrogatorio al profesional especializado forense que emitió el mismo por intermedio del el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Unidad Básica de Cali

Cordialmente,



MARLIN JOHANA RIASCOS

C.C. No. 1.081.691.334 de Popayán (C)
T.P. No. 342.366 del Consejo Superior de la Judicatura
Correo Elect.: consultorialegalabogado26@gmail.com - mya-0326@hotmail.com
Cra 9 No. 8 - 15 - Cra 6 No. 19-23 Popayán @
Celular No. 315 3837139 - 322 7260136



322 726 0136
317 695 3119
✉ mya-0326@hotmail.com



Outlook

Informe Medicina Legal

Desde sistemaforense@medicinalegal.gov.co <sistemaforense@medicinalegal.gov.co>

Fecha Vie 23/05/2025 4:26 PM

Para Juzgado 01 Civil Circuito - Valle del Cauca - Buenaventura <j01ccbuenaventura@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivo adjunto (346 KB)

UBCALCA-DSVA-01864-2025.pdf;

No suele recibir correo electrónico de sistemaforense@medicinalegal.gov.co. [Por qué es esto importante](#)

Se hace remisión del documento de respuesta UBCALCA-DSVA-01864-2025



**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA CALI**

DIRECCIÓN: CALLE 4B No. 36-01. CALI, VALLE DEL CAUCA
TELEFONO: +57 (602) 8274174 / +57 (602) 3980041 extensiones 80368 - 80365 - 80206

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025

CIUDAD Y FECHA: CALI. 17 de febrero de 2025
NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBCALCA-DSVA-12097-C-2024**
OFICIO PETITORIO: No. 261 - 2024-10-09. Ref: Proceso 76109310300120230003200 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO
JUZGADO
AUTORIDAD DESTINATARIA: JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO
JUZGADO
Calle 3 2 A - 35. Piso 3. Palacio Nacional
BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA
NOMBRE PACIENTE: CAROL TATIANA GARCÉS ANGULO
IDENTIFICACIÓN: CC 1028186799
EDAD: 36 años
ASUNTO: Responsabilidad profesional

Metodología:

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

DATOS DEL INVESTIGADO

- Institución: Clínica Santa Sofía
- Municipio: Buenaventura
- Nivel De Complejidad: III - IV
- Profesión y Especialidad: Medico, Obstetricia
- Facultad: Salud
- Registro Médico: Sin información
- Tiempo de experiencia: Sin información
- Tiempo de vinculación: Sin información

MOTIVO DE PERITACIÓN

Anota el oficio petitorio en sus partes pertinentes: "De manera atenta se informa que, acuerdo a lo resuelto en el auto No. 597 de agosto 20 de 2024, se DESIGNÓ al INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES para que, en el término de veinte (20) días contados a partir de la notificación de esta decisión, practique dictamen pericial a la demandante CAROL TATIANA GARCÉS ANGULO en las especialidades de Ginecología, Obstetricia, Anestesiología y Psicología con el fin de "establecer, esclarecer protocolos de manejo, atención y procedimientos médicos propios de la patología motivo de la demanda o con relación al procedimiento médico y especializado que recibió, con relacionado con el proceso de parto y postparto que recibió por conducto de la Clínica Santa Sofía del Pacífico".

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



HISTORIA CLINICA PDF "HistoriaClínica-ClínicaSantaSofía" Págs. 01 - 104: Clínica Santa Sofía. Número de Historia Clínica: 1028186799

CONTROL PRENATAL #1 Págs. 01 a 02 - Fecha: 23 / 08 / 2021 Hora: 15:02 Motivo de consulta: "Estoy embarazada" Enfermedad actual: "Paciente acepta teleconsulta paciente de 33 años G5P3A1 con prueba de embarazo positivo FUR 4 de julio 21 para hoy 7 semanas, no se ha realizado ecografía, pendiente resultado de perfil infeccioso examen físico no se realiza plan eco transvaginal pendiente 3 de sept cita control" Diagnóstico: "Z359 – Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación". Dra. Mabel Roció Acuña Polo – Médica ginecóloga-obstetra - T.P. 06-21 C.C. 57422641

CONTROL PRENATAL #2 Págs. 03 a 04 Fecha: 11 / 10 / 2021 Hora: 16:44 Motivo de consulta: "Control de embarazo" Enfermedad actual: "G5P3A1 con embarazo 14 semanas por eco temprana trae ultima ecografía sem 12 con tamizaje genético con bajo riesgo de cromosomopatías. miomatosis uterina trae paraclínicos reciente HB 10.30, hto 31,4 plaq 271 mil glic 93 mg hiv negativo, pdeo normal frotis gardnerella ya recibió Tto medico serología no reactiva, no trae más paraclínicos, toma micronutrientes. Refiere mareos dolor en hipogastrio niega sangrado. ap sdi aqx neg alérgicos neg (sic) examen físico pcte en buenas condiciones generales ambulatorio abdomen ligeramente aumentado de tamaño dolor a la palpación gu no amniorrea, no sangrado ext simétricas sin edema pcte con embarazo de alto riesgo multifactorial multiparidad, antecedente de aborto anemia leve, miomatosis uterina se dan recomendaciones pendiente resto de paraclínicos que ya se tomó, pero no trae los resultados cita en un mes". Diagnóstico: Z359 – Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación. Dra. Astrid Simoneta Cervantes Ferrer - Médica Ginecóloga-obstetra - T.P. 1102-95 C.C. 22444404

CONTROL PRENATAL #3 Págs. 05 a 07 - Fecha: 29 / 12 / 2021 Hora: 15:11 Motivo de consulta: "Cita de control" Enfermedad actual: "Se trata de paciente de 33 años VG IA IIP FUR incierta EG por eco del 03/09/2021 EG 8.5 semana EG 25.3 semana FPP 10/04/2022 en el momento refiere movimientos fetales positivo niega perdida vaginales no actividad uterina, niega signos premonitorios, app niega Qx niega controles prenatales 5. Laboratorios: grupo sanguíneo A positivo. Toxoplasma IGG tes de avidéz negativo e IGA negativo. VIH negativo serología no reactiva drepanocito negativo urocultivo negativo examen físico: TA 110/70 FCC 84 FR 18 Temp 37. Hemodinamicamente estable eupneica hidratada conciente (sic) orientada sin déficit sensitivo o motor CC normocefalo tórax ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, pulmones claros bien ventilado abdomen útero grávido, AU: 21 cms, FCF 152 x min, MF + DU - FUVVC dorso derecho, GU: genitales externos normocofigurados sin perdidas vaginales aparentes extremidades sin edema sistema nervioso normal plan pendiente realizar prueba de tolerancia al glucosa continuar control prenatal mensual con ginecología se dan recomendaciones y signos de alarma continura (sic) con vitaminas y minerales.". Diagnóstico: Z359 – Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación. Dr. Jackson Paz Macías – Médico ginecólogo-obstetra - T.P. Sin dato C.C. 8860809

CONTROL PRENATAL #4 Págs. 08 a 10 - Fecha: 07 / 01 / 2022 Hora: 16:35 Motivo de consulta: "Control prenatal" Enfermedad actual: "[...] gestante de 33 año G5 P3 A1 FUR incierta EG por eco del 3/9/2021 EG 8.5 semana EG 26.6 semana FPP 10/04/2022 en el momento refiere movimientos fetales positivo niega perdida vaginales no actividad uterina, niega signos

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



premonitorios, app niega Qx niega controles prenatales 5. laboratorios: grupo sanguíneo A positivo. Toxoplasma IGG tes de avidéz negativo e IGA negativo. VIH negativo serología no reactiva drepanocito negativo urocultivo negativo examen del 13/12/21 HB 11.5 Hcto 33 Pla 262000. VIH neg serología no reactiva urocultivo negativo eco del 20/12/21 EG 25.4 semana peso 718 gr ILA normal placenta anterior de corporal grado II. Examen Físico: TA 100/72 FCC 84 FR 18 Temp 37 Hemodinamicamente estable eupneica hidratada consciente orientada sin déficit sensitivo o motor CC normocéfalo tórax ruidos cardiacos rítmicos in soplos, pulmones claros bien ventilado abdomen útero grávido, AU: 21 cms, fcf 146 x min, MF + DU - FUVVC dorso derecho, GU: genitales externos normoconfigurados sin perdidas vaginales aparentes extremidades sin edema sistema nervioso normal gestante de 33 años G5 P3 A1 embarazo de 26.6 semana alto riesgo obstétrico gran múltipara alto riesgo de hemorragia posparto no se realizó test de O'Sullivan plan control en cuatro semana test de O'Sullivan". Diagnóstico: Z359 – Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación. Dra. Mabel Roció Acuña Polo – Médica ginecóloga-obstetra - T.P. 06-21 C.C. 57422641

INGRESO URGENCIAS Págs. 18 a 19 - Fecha: 24 / 01 / 2022 Hora: 22:38 Motivo de consulta: "Fuertes cólicos". Enfermedad actual: "Paciente de 33 años de edad G5P3A1, con embarazo de 29.1 semanas por ecografía de 03/09/21 reporta 8.5 semanas, FPP: 10/04/22*, refiere dolor pélvico intenso, asociado a escasa leucorrea blanquecina, no otro síntoma. niega otras pérdidas vaginales, niega dolor tipo contracción, niega síntomas premonitorios de eclampsia: fosfenos, tinnitus, epigastralgia, cefalea. [...]. *ecografía: -22/09/21 con 12.1 semanas, saco gestacional - embrión vivo en su interior con embriocárdia positiva. hueso nasal presente. miomas intramurales anteriores: -20/12/2021 Emb de 25.4 ss x biometría, FUVVC, DI, creciendo acorde a edad gestacional, placenta anterior corporal GII, sexo masculino, la normal 17.02 cm, PFE 718 gr, sin datos de malformaciones mayores. *laboratorios [...] *Antecedentes: anemia, infección por S. proteus y amebiasis por Entamoeba manejo intrahospitalario en 11/2021, // alergias niegas // Qx legrado obstétrico hace 11 años // controles prenatales: 6 inicio a las 6.4 semanas Cosmitet. grupo sanguíneo A positivo. se ingresa para valoración médica / manejo integral". Examen físico: "Signos vitales: TA 120/70 mmHg, fc:80 LPM, FR: 20 rpm, Sao2: 98% al O2 ambiente, T: 36.7°C. -C/C: normocefálica, cuello simétrico, móvil, sin ingurgitación yugular, tráquea central, no se palpan masas ni adenopatías, no dolor a la palpación. - ORL: escleras anictéricas, pupilas isocorias, normoreactivas a la luz, mucosas húmedas. -C/P: Tórax simétrico, normoexpansible ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad sin presencia de soplos, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin presencia de ruidos sobre agregados. - Abdomen: útero grávido, feto único vivo cefálico, FCF:153 LPM, movimientos fetales presentes -G/U: genitales externos normoconfigurados. TV: cuello largo posterior cerrado, no secreciones, no sangrado. EXT: simétricas, sin edema, pulsos distales presentes, llenado capilar -menor de 3 segundos. - SNC: consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, reflejos conservados, sin signos de focalización". Diagnóstico: "R102 – Dolor pélvico y perineal ". Dra. Kimberly Alejandra Sinisterra Valencia – Médica general - T.P. 1111810795 C. 1111810795

EVOLUCIÓN URGENCIAS Págs. 19 a 23 - Fecha: 24 / 01 / 2022 Hora: 22:56 Observación: "Paciente edad 33 G5P3A1 embarazo de 29.1 semanas por ecografía de 03/09/21 reporta 8.5 semanas FUVVC ARO dolor resuelto". Hallazgo objetivo: "Signos vitales: TA 120/70 mmHg, FC: 80 LPM, FR: 20 rpm, Sao2: 98% al o2 ambiente, t: 36.7°C. -C/C: normocefálica, cuello simétrico, móvil, sin ingurgitación yugular, tráquea central, no se palpan masas ni adenopatías, no dolor a la palpación. - ORL: escleras anictéricas, pupilas isocorias, normorreactivas a la luz, mucosas húmedas. -C/C: Tórax simétrico, normoexpansible ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad sin presencia de soplos, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares,

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



sin presencia de ruidos sobre agregados. - Abdomen: útero grávido, feto único vivo cefálico, FCF:153 LPM, movimientos fetales presentes - G/U: genitales externos normoconfigurados. TV: cuello largo posterior cerrado, no secreciones, no sangrado. Ext: simétricas, sin edema, pulsos distales presentes, llenado capilar - menor de 3 segundos. - SNC: consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, reflejos conservados, sin signos de focalización". Interpretación apoyo diagnóstico: "24/1/2022 Glóbulos blancos 10.16 Recuento de G. rojos 3.57 hemoglobina 10.40 hematocrito. 33.00 volumen corpuscular medio 92.40 HB corpuscular media 29.10 Concentracion HB corpuscular media 31.50 Plaquetas 234 rdw-sd 51.00 RDW-CD 14.70 volumen plaquetario medio 9.20 cayados 0 Neutrofilos 62.00 Linfocitos 25.80 Monocitos 7.40 Eosinófilos 2.50 basófilos 0.20 recuento de neutrófilos 6.31 recuento de linfocitos 2.62 recuento de monocitos 0.75 recuento de eosinófilos 0.25 recuento de basófilos 0.02 observaciones cuadro hemático - IG % 2.1 IG # 0.21 coloración de gram negativo proteína c reactiva ultrasensible 15.14 color amarillo. aspecto lig.turbio densidad 1.010 PH 7.0 nitritos neg leucocitos en orina 25 proteínas en orina neg glucosa en orina norm cuerpos cetónicos neg urobilinógeno norm bilirrubinas en orinas neg sangre en orina 25 sedimento urinario memo". Análisis (Justificación): "Paciente con embarazo de 29.1 semanas con reporte de paraclínicos normales. se da egreso de la institución con recomendaciones y signos de alarma.". Diagnóstico: Z359 - Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación. Dra. Kimberly Alejandra Sinisterra Valencia - Médica general - T.P. 1111810795 C.C. 1111810795

CONTROL PRENATAL #5 Págs. 11 a 14 - Fecha: 15 / 03 / 2022 Hora: 14:35 Motivo de consulta: "Valoración prenatal ginecobstetricia. // Paciente de 34 años // O positivo // G5P3A1V3// embarazo de 36.2 ss por eco de las 8.5 semanas del 03.09.2021 - FPP 10.04.2022 - miomas intramurales anteriores de 3.5 y 2.4 cms eco sept 2021. - Anemia leve en suplencia, no tiene perfil infeccioso Torch completo // --- Patológicos: niega, Medicamentos: Gestavit + anemidox, Alérgicos: niega, Quirúrgicos: Legrado uterino obstétrico hace aproximadamente 11 años, Familiares: Papá diabetes. Ginecobstetricos: G5P3A1V3. niega HTA y diabetes en gestaciones previas, FUP: 23.12.2013. - G5: CPN Cosmitet, vacunación recibió TD, influenza y DPTA, no acepto vacunación Covid 19. ----- Ecografías obstétricas: - 03.09.2021: embarazo intrauterino de 8.5 ss por CRL, producto único, vivo, sin datos de alteraciones. - 22.09.2021 eco de tamizaje genético: embarazo de 12.1 ss por biometría, producto único, vivo, con tamizaje de aneuploidías negativo, miomas intramurales anteriores de 3.5 y 2.4 cms, quiste simple de ovario derecho. - 20.12.2021 eco de nivel III: embarazo de 25.4 ss por biometría, producto único, vivo, crecimiento acorde a seguimiento, producto sin datos de alteraciones, ILA 17.02 cms, placenta corporal anterior grado II. - 25.02.2022: Embarazo de 36.3 ss por biometría, producto cefálico, vivo, dorso derecho, FCF 139 LPM, PEF 2215 gramos, ILA 16.8 cms, placenta fúndica anterior grado I. Paraclínicos: - [...] 11.01.2022: test de O'Sullivan: 92-145 (semana 27) - 07.03.2022: glucosa 99, HB 11.2, Plt 198 mil, uroanálisis normal, frotis vaginal normal, serología no reactiva, urocultivo negativo. - 12.03.2022 monitoria fetal categoría I, sin actividad uterina". Enfermedad actual: "Subjetivo: refiere sentirse bien, percibe movimientos fetales, dolor ocasional a nivel lumbar y en cintura, niega sangrado y otras secreciones vaginales, niega síntomas premonitorios. Objetivo: buenas condiciones generales aparentes. peso 90 kg, TA 110/70, afebril, cardiopulmonar normal, abdomen con abundante panículo adiposo, AU 34 cms, feto cefálico, dorso derecho, encajado, FCF 151 LPM, movimientos fetales presentes, no actividad uterina, GU sin secreciones, se omite tv. Dx: Paciente de 34 años // O positivo // G5P3A1V3 // embarazo de 36.2 ss por eco de las 8.5 semanas del 03.09.2021 - FPP 10.04.2022 - miomas intramurales anteriores de 3.5 y 2.4 cms eco sept 2021.-- anemia leve en suplencia, no tiene perfil infeccioso Torch completo// Plan: ss toxoplasma IGG e IGM, rubeola IGG e IGM, AGSHB, pendiente reporte de cultivo recto vaginal para SGB, control en 7 días por ginecobstetricia, se indican signos de alarma. continuar micronutrientes". Diagnóstico: "Z358 - Supervisión de otros embarazos de alto riesgo" Dra.

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025

Claudia Amparo Mosquera Monroy – Médica ginecóloga-obstetra - T.P. 1111769407 C.C. 1111769407



CONTROL PRENATAL #6 Págs. 15 a 17 - Fecha: 29 / 03 / 2022 Hora: 15:16 Motivo de consulta: "Control prenatal ginecobstetricia. / paciente de 34 años / Hemoclasificación A positivo / G5P3A1V3 / cursa con embarazo de 38 semanas por eco del 03.09.2021 reporto 8.5 ss / FPP 10 abril 2022 / riesgo obstétrico por multiparidad / miomas intramurales anteriores de 3.5 y 2.4 cms (eco sept 2021) / anemia leve en suplencia / periodo intergenésico de 10 años, ultimo parto vaginal normal. / con primipaternidad / embarazo no planeado, aceptado / controles prenatales en Cosmitet # 10, inicio en semana 6.4 / esquema de vacunación recibió TD, influenza y DPTA, no acepto vacunación covid 19. / escolaridad: profesional docente / estado civil unión libre / ocupación docente / fue valorada por sicología y nutricionista. - - - - - resultados reportados: * * * [...] 25.02.2022: embarazo de 36.3 ss por biometría, producto cefálico, vivo, dorso derecho, FCF 139 LPM, PEF 2215 gramos, ILA 16.8 cms, placenta fúndica anterior grado I. - - - - paraclínicos: [...] 07.03.2022: glucosa 99, HB 11.2, Plt 198 mil, uroanálisis normal, frotis vaginal normal, serología no reactiva, urocultivo negativo. - 12.03.2022 monitoria fetal categoría I, sin actividad uterina. - 18-03-2022: toxoplasma IGM negativo - rubeola IGG positivo IGM negativo - Hepatitis b negativo - cultivo SGB negativo. / - monitoria fetal de 29-03-2021: categoría I con FCF 130 x min contracciones presentes". Enfermedad actual: "Refiere sentirse bien, cansancio, cólicos leves y contracciones ocasionales / percibe los movimientos del feto. / niega síntomas premonitorios. / no sangrado o salida de líquido por vagina. / niega síntomas respiratorios o ser contacto de persona con covid-19. / hoy le ordenaron afinamiento de presión arterial en sala de partos con valores normales de 120/66 -113/72 - 121/68 -122/61 - 108/69 -126/82 - 123/72 - 126/60 - - - Al examen físico: peso: 95 kilos. TA: 120/70 cp normal. abdomen globoso por útero grávido. bastante panículo adiposo. altura uterina de 36 cm. feto único FCF 134 x min. no dinámica uterina. GU: no sangrado vaginal ni amniorrea. tacto cérvix posterior corto de múltipara. OCE permeable. no sangrado ni amniorrea. extremidades: sin edemas. neurológico: sin déficit. Plan: * monitoria fetal semanal. * se explica a paciente que tiene opción de parto vaginal, lo cual puede variar según las condiciones materno-fetales que presente al momento de la atención [...]". Diagnóstico: "Z358 – Supervisión de otros embarazos de alto riesgo. Z354 – Supervisión de embarazo con gran multiparidad. E669 – Obesidad, no especificada". Dra. Astrid Ximena Ibarra Arcos - Médica Ginecóloga-obstetra - T.P. 9608/2005 C.C. 52853086

INGRESO URGENCIAS Págs. 24 a 25 - Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 17:22

Motivo de consulta: "Porque estoy sangrando".

Enfermedad actual: "Se atiende paciente con elementos de bioseguridad, tapaboca, bata, previo lavado de manos. G5P3A1, con embarazo de 39.6 semanas por ecografía de 03/09/21 reporta 8.5 semanas, FPP: 10/04/22. asiste al servicio manifestando sangrado vaginal abundante de aproximadamente 1 hora de evolución, acompañado de intenso dolor pélvico, niega salida de líquido amniótico, niega premonitorios. niega movimiento fetal actual. CPN 10 inicio a las 6.4 ss. en Cosmitet. última ecografía del 25.02.2022: embarazo de 36.3 ss por biometría, producto cefálico, vivo, dorso derecho, FCF 139 LPM, PEF 2215 gramos, ILA 16.8 cms, placenta fúndica anterior grado I. [...] paraclínicos [...] 18-03-2022: toxoplasma IGM negativo - rubeola IGG positivo igm negativo - hepatitis b negativo - cultivo SGB negativo. - monitoria fetal de 29- 03-2021: categoría I con FCF 130 x min contracciones presentes. antecedentes: anemia, infección por S. proteus y amebiasis por entamoeba manejo intrahospitalario en 11/2021, alergias niega // Qx legrado obstétrico hace 11 años grupo sanguíneo a positivo".

Examen físico: "Signos vitales: 160/120 FC: 80 FR: 20, T: 363.0 paciente consciente alerta orientada, con palidez generalizada tórax normo expansible, ruidos cardiacos rítmicos bien

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



timbrados sin agregados, pulmones con murmullo vesicular normal, no agregados, abdomen globoso por útero grávido, FCF: no se ausculta, sospecha óbito fetal. Actividad uterina ausente, tono normal. genitourinario normo configurado, vagina con longitud amplitud y temperatura normal, cuello central, largo 2 cm dilatación. borrada 60 % membranas integras sangrado activo proveniente de cavidad. extremidades normales sin edema, SNC sin déficit".
Hallazgo subjetivo: Paciente refiere sentirse bien, refiere contracciones presentes. refiere sangrado vaginal, niega visión borrosa, niega cefalea, niega titinitus.

Diagnósticos: "D62X – Anemia posthemorrágica aguda. E669 – Obesidad, no especificada. O141 – Preeclampsia severa. O458 – Otros desprendimientos prematuros de la placenta. O469 – Hemorragia anteparto, no especificada. R102 – Dolor pélvico y perineal".

Análisis (Justificación): "Paciente con embarazo de 39.6 semanas con SV fuera de límite normal, diaforesis, palidez generalizada, mareo es valorada por ginecología de turno Dra Mabel acuña quien indica cesárea por alta sospecha de desprendimiento de placenta por sangrado vaginal activo, no se alcanza a llevar a ecógrafo por estado descompensado de la paciente, se le explica a la paciente procedimiento a seguir quien manifiesta entender y aceptar. Paciente que no acepta realizar pomeyoy".

Plan:

- Traslado a cirugía urgente
- preparar para cesárea
- nvo
- ssn pasar a 80 cc/h
- cefalotina 2 gr iv du
- omeprazol 40 mg iv
- metoclopramida 10 mg iv du
- sulfato de magnesio iniciar impregnación - luego mantenimiento
- proteinuria en 24 horas
- perfil toxemico
- vigilancia de ta materna

Dra. Jennyfer Alomia Arroyo - Médica General - T.P. 1111755537 C.C. 1111755537

Descripciones De La Cirugía Págs. 70 A 71 - Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 18:03

Previa asepsia y antisepsia - se colocan campos quirúrgicos - incisión pfannestiel - disección por planos hasta cavidad abdominal - histerotomía de kerr - salida liquido hemático - extracción en céfálico - pinza y corta cordón-umbilical - se entrega a pediatra recién nacido hipotónico sin signos vitales - placenta con deprndimiento del100% se limpia cavidad uterina - histerorrafia en dos planos - se verifica hemostasia - se limpia cavidad abdominal - anexos normales - cierre por planos hasta piel - hallazgos: útero grávido - liquido amniótico hemático - placenta desprendimiento del 100 % - anexos normales.

Liquido amniótico hemático - placenta desprendimiento del 100 % - anexos normales con infiltración hemática de miometrio y serosa en 60 % sexo masculino hora 17:03 sin signos vitales hipotónico.

Dra. Mabel Roció Acuña Polo – Médica ginecóloga-obstetra - T.P. 06-21 C.C. 57422641

SERVICIO: GINECOBSTETRICIA Págs. 24 A 25 - Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 18:14

**** Nota retrospectiva de diagnósticos ****

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



Obesidad mórbida
Preeclampsia severa.

Dra. Jennyfer Alomia Arroyo - Médica General - T.P. 1111755537 C.C. 1111755537

EVOLUCIÓN Págs. 25 a 26 - Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 18:18

Paciente de 34 años posqx de cesárea

Preeclampsia severa

De desprendimiento de placenta

Óbito fetal

Obesidad mórbida

Gran múltipara

Alto riesgo de hemorragia posparto

Hallazgo subjetivo: "Niega síntomas neurohipertensivo sangrado vaginal normal".

Hallazgo objetivo: "TA:145/95 FC:84 FR 20 consciente orientada sin déficit sensitivo o motor, buen llenado capilar tórax simétrico sin retracciones mamas turgentes secretantes pulmones claros bien ventilados ruidos cardiacos rítmicos bien timbrados abdomen con peristalsis presente blando depresible apósitos secos de herida quirúrgica, buen bolo de seguridad infraumbilical GU sangrado vaginal escaso diuresis positiva orina clara extremidades eutrófica sin edema SNC normal".

Análisis: "Paciente pos inmediato de cesárea + preeclampsia severa trasladar a uci vigilancia de cifras tensionales. Vigilar síntomas neurohipertensivo pendiente perfil toxemico".

Plan:

- traslado a uci
- nvo 8h postcirugia
- sulfato de magnesio a 67cc/h (1g/h)
- cefazolina 2g iv intaoperatorio (ya)
- oxitocina 30 ui + ringer 500cc pasar a 125cc/h
- nifedipino 30 mg vo c/6h
- dipirona 1g iv c/8h
- misoprostol 4 tab intrarectal
- sonda vesical a cistoflo
- p/ proteinuria en 24h
- p/perfil toxemico
- cuidados de herida quirúrgica
- vigilar loquios y bolo uterino.
- vigilar signos de intoxicación por magnesio
- vigilancia de síntomas neurohipertensivo
- control de tensión arterial c/2h y anotar

Dra. Mabel Roció Acuña Polo – Médica ginecóloga-obstetra - T.P. 06-21 C.C. 57422641

NOTA EVOLUCIÓN Pág. 26 - Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 18:37

Observación: "Atención por servicio de pediatría recién nacido masculino de 40 semanas calculadas por Ballard. Se atiende a llamado de quirófano indican cesárea de urgencias por desprendimiento de placenta y ausencia de fetocardia (sospecha de óbito fetal). materna requiere anestesia general por inestabilidad hemodinámica. nace a las 17+05 horas. Recién nacido masculino, nace sin frecuencia cardíaca, sin tono, llanto ausente, respiración ausente,

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



cianótico, se procede inmediatamente a inicio de maniobras iniciales de reanimación, sin respuesta, posteriormente maniobras avanzadas de reanimación, procediendo a intubación orotraqueal asociado a compresiones torácicas en relación 3:1. requiriendo administración de adrenalina 0.03 mg/kg en total 7 dosis a través de onfaloclisia venosa, sin recuperar frecuencia cardíaca. maniobras fueron llevadas por 20 minutos antes de suspender, líquido amniótico claro reporta servicio de ginecología desprendimiento de placenta mayor del 70%. se informa a familiar (abuela materna) lo descrito anteriormente".

Dra. Claudia Lorena Guerrero Moreno – Médica pediatra neonatóloga - T.P. Sin dato C.C. Sin dato

EVOLUCIÓN Pág. 26 a 27 - Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 19:24

Hallazgo objetivo: "[...] Signos vitales TA 139/89 FC 95 FR 21 Sat 98% Glucometrías 114 mg/dl diuresis: a cuantificar. ORL: mucosas húmedas, rosadas, cuello móvil no adenopatías cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, no S3, respiratorio: murmullo vesicular conservado, pulmones sin agregados, Abdomen: globoso por panículo adiposo doloroso a la palpación herida quirúrgica cubierta con apósito estéril. renal: positiva por sonda vesical extremidades: eutróficas no edemas, llenado capilar normal, SNC: consciente orientado en sus tres esferas, G15/15. "

Hallazgo subjetivo: "Ingreso a unidad de cuidados intermedios adultos".

Interpretación apoyo diagnóstico: "Tiempo de protrombina: 15.60 INR: 1.17 tiempo parcial de tromboplastina: 36.80 Glóbulos blancos: 13.52 hemoglobina: 9.40 hematocrito: 29.40 Plaquetas: 130 Neutrófilos: 57.90 Linfocitos: 32.40 Nitrógeno ureico en suero: 6.30 Creatinina en suero: 1.15 deshidrogenasa láctica: 393.00 Ácido úrico en suero: 5.10 TGP / ALT 11.90 bilirrubina total 0.55 bilirrubina directa 0.19 bilirrubina indirecta 0.36 toxoplasma ig m 0.283 - negativo antígeno de superficie de hepatitis B 0.504 - negativo virus de inmunodeficiencia adquirida (AC HIV 1 AC HIV 2 AG p24) 0.207 -negativo serología (prueba no treponémica) no reactivo. prueba treponémica negativo. Interpretación: pendiente perfil infeccioso. tiempos de coagulación levemente prolongados hemograma: anemia leve + trombocitopenia leve. azoados levemente elevados. Perfil hepático normal. perfil infeccioso negativo".

Análisis (Justificación): "Ingresa paciente de 34 años con diagnósticos y procedimientos anotados precedente del servicio de quirófano en el contexto de POP inmediato de cesárea de emergencia por preeclampsia severa, al ingreso hemodinámicamente estable, cifras tensionales controladas, diuresis positiva por sonda vesical. Se continua neuroprotección con sulfato de magnesio, tiene reporte de perfil toxémico e infeccioso negativo, se ajusta esquema antihipertensivo oral. tiene pendiente proteinuria en 24 horas, continuar seguimiento por gineco-obstetricia, paciente con alto riesgo cardiovascular y ventilatorio. ante a lo anterior se indica manejo y soporte vital en UCIN. Pronóstico reservado sujeto a evolución clínica".

Dr. Plauto Marco Figueroa Pereira – Médico intensivista - T.P. Sin dato C.C. Sin dato

EVOLUCIÓN Pág. 38 a 39 - Fecha: 14 / 04 / 2022 Hora: 08:30

Hallazgo objetivo: "[...] Signos vitales PA: 174/90, PAM: 97, FC: 90, FR: 16, T: 37, Sato2: 97% Glucometría: 131 mg/dl Diuresis: 2.6 cc/kg/hora ORL: mucosas húmedas, pálidas cuello móvil no adenopatías cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, no S3, respiratorio: murmullo vesicular conservado, pulmones sin agregados, Abdomen: herida quirúrgica cubierta con apósito estéril. útero normotónico, no irritación peritoneal GU: sin sangrado vaginal activo. renal: diuresis en rango normal extremidades: eutróficas no edemas, llenado capilar normal, SNC: consciente orientada en sus tres esferas G15/15".

Análisis (Justificación): "Condición crítica, hipertensión de predominio sistólico desde las últimas 12 horas, se indica nitrato EV, para meta de TAM 70-90. patrón respiratorio conservado, SIRS en modulación. diuresis conservada, creatinina elevada con BUN normal, solicito ecografía renal para descartar causas mecánicas de falla renal. glucometrías controladas. en orden a lo

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



anterior damos continuidad a manejo establecido, terapia respiratoria, terapia física. trasladar a UCI".

Dr. Antonio José Gipsis Saavedra – Médico intensivista - T.P. Sin dato C.C. Sin dato

EVOLUCIÓN Pág. 47 a 48 - Fecha: 19 / 04 / 2022 Hora: 10:35

Hallazgo objetivo: "TA: 120/76 FC 80 FR 19 Saturación de O 98% T 36. Gasto urinario 1.5 cc/k/hr. Mucosas húmedas con palidez cutánea. CP Normal. Abdomen globoso por panículo adiposo, útero tónico involucionado normal. Dolor en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. Herida en buen estado, no sangrado ni hematomas [...]".

Hallazgo subjetivo: "Niega síntomas premonitorios. Secreción láctea escasa".

Análisis (Justificación): "Paciente con diagnósticos anotados, evolución adecuada, con presiones arteriales en metas, asintomática para vasoespasmo, buen gasto urinario, creatinina en control en descenso, BUN normal, electrolitos normales. Ecografía renal reportó hallazgos sugestivos de enfermedad renal parenquimatosa con cambios hipertróficos renales bilaterales. Se mantiene manejo médico con ajuste de medicación antihipertensiva para posterior egreso. Se ordena cabergolina para ablactación, puesto que no le suministraron bromocriptina. Solicito control de laboratorios...".

Interpretación apoyo diagnóstico: 19/04/2022 Sodio en suero (139), Potasio en suero (4.83), Cloro en suero (102.3), Nitrógeno uréico en suero (12.5) Creatinina en suero (1.54).

Interpretación estudios imagenología: "Ultrasonografía de vías urinarias (riñones (sic) vejiga y próstata transabdominal) Resultado genérico:

Los riñones se encuentran normalmente localizados, aumentados de tamaño, con incremento difuso en la ecogenicidad cortical, conservando la diferenciación corticomedular, sin lesiones focales.

Las dimensiones del riñón derecho son: 12x6.1x6 cm, con espesor del parénquima de 16 mm.

Las dimensiones del riñón izquierdo son: 12,3x5.1x5.4 cm, con espesor del parénquima de 15 mm. El sistema pielocalicial es de calibre normal. Vejiga de paredes delgadas, con contenido homogéneo, sin lesiones intraluminales.

Opinión: Hallazgos sugestivos de enfermedad renal parenquimatosa con cambios hipertróficos renales".

Dr. Astrid Ximena Ibarra Arcos – Médico Ginecóloga - T.P. Sin dato C.C. Sin dato

EVOLUCIÓN Pág. 48 a 49 - Fecha: 18 / 04 / 2022 Hora: 19:35

Hallazgos objetivos: TA 108/60 FC 83 FR 20 SATO2 96% T 36.5. Mucosas húmedas. palidez cutánea. CP sin cambios. no SDR. Abdomen: globoso por panículo adiposo, útero tónico, involución normal. leve dolor en hipogastrio, no signos de irritación peritoneal, herida en buen estado, no sangrado ni hematomas. extremidades: eutróficas no edemas, perfusión distal conservada. neurológico: Glasgow 15/15. no déficit no focalización.

Hallazgos subjetivos: Refiere pasa buena noche.

Análisis (justificación): Paciente de 34 años posQx de cesárea por preeclampsia severa (09/04/22) quien es interconsultada por ginecología por presentar ira AKI I, proveniente de UCI adultos, recibiendo manejo con lev, se realiza eco renal el cual muestra cambios a nivel parenquimatoso posible lesión crónica por HTA, ultimo control de Cr en descenso, electrolitos en rangos de normalidad, diuresis de paciente adecuada. al momento paciente controlando TA con manejo antihipertensivo, se indica continuar fluidoterapia. Cierro IC se valorará por consulta externa en conjunto por nefrología.

Dr. Jesús Alberto Quiñones Chávez – Médico internista - T.P. Sin dato C.C. Sin dato

EVOLUCIÓN Pág. 49 - Fecha: 20 / 04 / 2022 Hora: 09:12

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



Hallazgos objetivos: TA 100/80 FC 88 FR 19 T°: 37°C. Hidratada mucosa oral húmeda cuello móvil no doloroso sin adenopatías cardiopulmonar mamas simétricas turgentes secretantes RSCSRS sin soplos pulmones claros bien ventilados abdomen globoso por útero en involución. Se observa herida quirúrgica en buen estado sin sangrado activo a través de ella. peristalsis presente blando depresible doloroso a palpación en hipogastrio. No signos de irritación peritoneal. Bolo de seguridad de Pinard 2 cm por debajo de cicatriz umbilical de buen tono. Genitales de aspecto sano externamente loquios hemáticos en escasa cantidad no fétidos. extremidades eutróficas sin edema. SNC: Sin déficit aparente.

Hallazgos subjetivos: Niega premonitorios.

Análisis (Justificación): Paciente en puerperio tardío cursando con preeclampsia severa con cifras tensionales en metas niega premonitorios, con buena evolución del puerperio, en buenas condiciones generales, clínica y hemodinámicamente estable, afebril, útero involucionado a nivel infraumbilical, sangrado escaso. Tolerando vía oral, con diuresis y deambulación positiva. Se indica egreso con recomendaciones y signos de alarma, manejo antihipertensivo, incapacidad por 15 días. se le explican recomendaciones y signos de alarma. explica a la paciente quien refiere aceptar y entender.

Dr. Jackson Paz Macías – Médico Ginecólogo - T.P. Sin dato C.C. Sin dato

LISTADO DE NOTAS DE ENFERMERIA

Pág. 79 - Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 17:25

Ingresa paciente mayor de edad. de 34 años, se observa marea, palidez, diaforética, consciente, orientada en sus tres esferas, tolerando oxígeno a medio ambiente, manifestando, mareo acompañado de dolor pélvico. se realiza toma de ta de 160/120, se realiza monitoreo, fcf ausente, ni movimientos fetales, medico en turno doctora J Jennifer valora, alt tacto vaginal, vagina, cuello dilatado en 2 cm, borrado en 60%, membranas integras, sangrado activo, ginecóloga en turno doctora mabel ordena, cesarea por alta sospecha de desprendimiento de placenta por sangrado vaginal activo. Dx medico de, g5 p4 a 1 emb 39,6 ss ,, se cumplen ordenes , se toman parabólicos de rigor, se canaliza en dorso en msd número 20 con lev de ssn 0,9% 500cc+2 cefalotina profilaxis ,numero 18 con lev de ssn0.9% 250cc+ 4 ampolla de sulfato de magnesio pasar en bolo manilla de identificacion y verificación de riesgo rotulado , se trasladada cx urgente.

Mari Eliza Valencia Ruiz - Auxiliar De Enfermeria.

Pág. 79 - Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 17:27

Ingresa paciente al servicio de sala de partos, por sus propios medios , en compañía de familiar ,consciente,palida,diaforetica, refiriendo dolor, es valorada por medico de turno dra jennifer alomia y ginecologa de turno dra mabel acuña quien al revisar historial clinico encuentra g5p3a1 embarazo de 39.6 semanas, al tacto vaginal dilatacion 2cm borramiento 60% membranas integras + sangrado activo , controles prenatales 10 realizados en cosmitet , tipo de sangre a positivo , se realiza monitoria fetal, con fcf ausente , movimientos fetales ausente , el cual se verifica con los dos monitores fetales y no se logra escuchar , medico en turno indica dejar pasar a cesarea de urgencias ya que la paciente se encontraba con sangrado activo , presion arterial elevada de ta: 160/123 ,diaforis, palidez, mareo y estado descompesando, por lo tanto no se alcanzaa pasar a ecografo. se organiza paciente con bata desechable , pañal materno , se canaliza en msd dos vias , con cateter # 18 y 20 , liquidos endovenosos a mantenimiento ssn 0.9% 500cc/h + profilaxis , cefalotina 2amp iv, metoclopramida 1am im, omeprazol 1amp iv , en la otra via , impregnacion de sulfato de magnesio 4amp iv en bolo, se toman paraclinicos de rigor , se firma consentimiento de vih, manilla de identificacion y se pasaa cirugia. signos vitales de: ta:160/123 fc:89 fr:18 t°:36 sato:98%.

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025

Jocelyne Diaz Hurtado – Enfermera.



Pág. 79 - Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 18:10

Ingresa paciente mayor de edad de sexo femenino consciente orientada tolerando oxígeno a medio ambiente en silla de ruedas procedente de sala de partos en compañía de auxiliares y ginecóloga con consentimiento informado diligenciados para realizar cesárea por preclampsia severa desprendimiento de placenta trae venopunción permeables 500cc de ssn pasando profilaxis y goteo de sulfato de magnesio a 67 cc hora, de inmediato se pasa a mesa qx se monitoriza obtiene s.v inicial de 177/77 fc 120 s02 99 por ciento 17+00 dra hinestroza induce anestesia general con tubo endotraqueal n. 7.0 el cual fija y conecta a máquina de anestesia abre gases anestésicos inicia goteo de remifentanil por bomba de infusión administrando propofol uxicolin lidocaina al 2 sin epinefrina alternadamente dr rivera realiza asepsia y antisepsia coloca sonda vesical a drenaje n. 16 con retorno de orina clara instrumentadora liliana viste paciente con campos estériles dando inicio con 20 compresas 17+03 dra extrae producto único de sexo masculino el cual no llora se observa muy mal recibido por el dr freed la fisio y acude por llamado la neonatóloga intuban realizan maniobras de reanimación por orden medica se administra adrenalina según dosificación, sin respuesta positiva. se talla con 52cm. peso 3185. pc 35 pt 35 pt 33. Se traslada a la morgue rotulado debidamente con el camillero. Dra hinestroza administra 10 unidades de oxitocina e.v paciente tolera medicamentos. t/a 144/100 fc 110 s02 99 por ciento. por orden medica se administra analgesia 1 dexametasona x 8mg e.v 1 dipirona x 2gr e.v 1 tramadol x 50mg subcutaneo paciente tolera medicamentos por orden medica de la dramabel el dr rivera administra 4 ampolla de misoprostol intrarectal. dra extrae placenta sin complicacion a las 17+55 dra da por terminado procedimiento con conteo de material completo dr rivera cierra dejando herida qx suturada cubierta con gasa y micropore esteriles dra hinestroza cierra gases anestésicos suspende remifentanil aspira secreciones bucales llama a paciente la cual responde al llamado luego extuba a las 18+05 se traslada paciente a sala de uci adulto despierta consciente bajo efectos residuales de anestesia general con soporte de oxígeno por canula nasal adulto con monitoria t/a 142/98 fc 100 s02 99 por ciento recibida por personal asistencial se entrega goteo de oxitocina 30 unidades en 500 de ssn para pasar a 125cc hora, y goteo de sulfato de magnesio continuando a 67 cc hora. registro de defuncion n. 73128054-1. Berenice Ramírez Ocoro – Circulante.

Pág. 79 – 80 Fecha: 09 / 04 / 2022 Hora: 19:09

Intensivo adulto en delicadas condiciones generales de salud, despierta conciente orientada, soportando oxígeno a medio ambiente, tórax simétrico, con monitoria cardiaca basica no invasiva mostrandose, hipertensa, normocardica afebril, saturando dentro de los parametros normales, miembros superiores simetricos, se observa con venopuncion periferica en miembro superior derecho permeable para paso de lev+tratamiento farmacologico ordenado, abdomen blnado depresible a la palpacion eliminando diuresis por sonda vesical conectado a cystoflo, miembros superiores simetricos, se observa cama, con las barandas arriba para prevenir riesgos de caida+manilla de identificacion del paciente correctamente diligenciada. Paula Andrea Delgado Flórez - Auxiliar De Enfermería.

OTROS RECURSOS UTILIZADOS

REVISION BIBLIOGRAFICA

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA



CONTROL PRENATAL: Se define como el "conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional" (1).

El control prenatal tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales.

Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal. Tales objetivos son:

- Identificación de factores de riesgo.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y crecimiento fetal.
- Identificación de la condición materna.
- Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

Pacientes de alto riesgo: El intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista. Idealmente, toda gestante debe ser valorada por el médico ginecobstetra, para confirmar o determinar el factor de riesgo. Se recomienda que esta valoración se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34. (1).

Talento humano

Las acciones o actividades que incluye el control prenatal para gestantes sin factores de riesgo deben ser realizadas por profesionales en medicina o enfermería. Un médico debe realizar controles prenatales durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40). Asimismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos para su adecuado y oportuno manejo.

Frecuencia

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán 10 controles prenatales durante la gestación, si esta es múltipara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

La primera consulta prenatal deberá ser realizada por profesional en medicina o enfermería e incluye lo siguiente:

- Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo.

Esta valoración permite elaborar el plan de cuidado a partir de las siguientes actividades:

- Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos,

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros), trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, tromboembolismo y trastornos de hipercoagulabilidad.

-Antecedentes ginecológicos: indagar edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, historia y tratamientos de infertilidad.

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

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

-Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros. Además, indagar signos y síntomas gastrointestinales asociados a la gestación: náuseas, vómito, epigastralgias y hemorroides.

-Valoración psicosocial: debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado.

Examen físico

Debe ser completo por sistemas, de manera cefalo caudal, incluida la cavidad bucal, tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial. Debe hacerse especial énfasis en la evaluación de:

- Tensión arterial (si hubiese criterios de preeclampsia, esto es: mayor o igual a 140/90, al menos en 2 ocasiones separadas por al menos 4 horas, después de la semana 20 de gestación, o mayor o igual a 160/110 en una sola toma; deberá ser llevada a un servicio hospitalario para el estudio inmediato de afectación de órgano blanco, se deberá garantizar continuidad de la atención hasta acceder a este servicio).

- Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional. Tomar Frecuencia cardiaca fetal. Valoración de la situación y presentación fetal desde la semana 36.

- Curvas de ganancia de peso: la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado.

Si hay una ganancia anormal:

-Investigar posibles causas: obesidad, diabetes y edema.

-Si persiste, debe ser vigilada en el alto riesgo.

-En caso de que exista polihidramnios, macrosomía, o gravidez múltiple, está indicado derivar a control de alto riesgo.

Solicitud de paraclínicos:

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



- Urocultivo de seguimiento en gestantes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática.
- Prueba de inmunoglobulina IgM para toxoplasma. Tamizar mensualmente a las gestantes seronegativas.
- Hacer prueba de IgA para toxoplasmosis en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es mayor a 16 semanas, en caso de ser menor se recomienda realizar prueba de avidéz.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Realizar en cada trimestre de la gestación, en el momento del parto y durante la lactancia materna.
- Prueba treponémica rápida para sífilis en gestantes con prueba inicial negativa (aplicada en el momento y el sitio de la consulta). Realizar en cada trimestre de gestación.
- Ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.
- Ecografía obstétrica para la detección de anomalías estructurales. Realizar entre la semana 18 y semana 23 + 6 días.
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa. Realizar entre la semana 24 y 28 de gestación.
- Hemograma. Realizar en la semana 28 de gestación.
- Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal. Realizar entre la semana 35 a 37 de gestación.

Valoración del riesgo materno

En cada consulta de seguimiento y control, de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. En caso de encontrar riesgos que impliquen manejo en el prestador complementario se debe hacer la referencia y consignar en la historia clínica la causa de la remisión.

Factores de riesgo de la gestación

Características individuales:

- Edad menor de 16 años o mayor de 35 años.
- Ocupación, esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.
- Desocupación personal o familiar.
- Baja escolaridad.
- Malnutrición (Índice de Masa Corporal > 30 ó < 18).
- Violencia doméstica – Múltiples compañeros sexuales
- Vivienda y condiciones sanitarias deficientes.

Valoración de las condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado o programado.

Historia reproductiva anterior:

- Nuliparidad o multiparidad (más de cuatro partos).
- Intervalo intergenésico menor de dos años o mayor o igual a cinco años.
- Complicaciones obstétricas previas: aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, pre eclampsia o eclampsia, trombosis–embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia postparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar (1).

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



ALTO RIESGO OBSTETRICO

El embarazo de alto riesgo es aquel en que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño. Todos los embarazos implican algunos riesgos, pero hay más peligro para la salud de la madre y la del feto en un embarazo de alto riesgo. En él tanto la madre como el feto y el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto. El embarazo de alto riesgo constituye un problema de salud pública de considerable magnitud; de acuerdo con los altos índices de morbilidad perinatal, según publicaciones nacionales, las tasas de morbilidad perinatal son muy elevadas (45 %), y se observa un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo entre 20 a 30 %. Se ha encontrado como principales factores de alto riesgo en las pacientes embarazadas: bajo nivel socioeconómico (65 %), antecedentes familiares de hipertensión arterial (76 %), hipertensión arterial (34 %), inasistencia al control prenatal (74 %), hábitos cafeínicos (65%), hábitos tabáquicos (20 %), preeclampsia grave (63 %). Y el síndrome de HELLP (6 %) es la complicación materna preponderante.

Criterios para alto riesgo obstétrico:

- Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%).
- Embarazo Múltiple.
- Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enfermedades Inmunológicas, hipertensión).
- Polihidramnios u Oligoamnios.
- Epilepsia.
- Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.
- Enfermedades neuropsiquiátricas.
- Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.
- Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación. • Desnutrición y Obesidad.
- Asma.

Factores de riesgo en el momento del parto

Biológicos

- Gestante adolescente (< 19 años).
- Gestante mayor (> 35 años).
- Gran multípara (más de cuatro partos).
- Historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, muerte perinatal, diabetes gestacional, preeclampsia-eclampsia, anomalías congénitas).
- Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía).
- Edad gestacional no confiable o no confirmada.
- Edad gestacional pretérmino o prolongado.
- Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales.
- Anemia.
- Fiebre.
- Cefalea y epigastralgia.
- Hipertensión arterial.
- Edema o anasarca.
- Disnea.
- Altura uterina mayor de 35 cm o menor de 30 cm.

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



- Embarazo múltiple.
- Taquicardia o bradicardia fetal.
- Distocia de presentación.
- Prolapso de cordón.
- Distocias de partes blandas y óseas.
- Presencia de condilomas.
- Sangrado genital.
- Ruptura de membranas.
- Líquido amniótico meconiado.

Psicosociales

- Inicio tardío del control prenatal.
- Falta de apoyo social, familiar o del compañero.
- Tensión emocional.
- Alteraciones de la esfera mental.
- Dificultades para el acceso a los servicios de salud.
- Ausencia de control prenatal.
- Vivir en el área rural.
- No estar afiliada al sistema general de seguridad social.

Del medio

- Recursos inadecuados para la prestación del servicio (incluye, además del talento humano y de los recursos técnicos institucionales, el funcionamiento adecuado de los sistemas de referencia y contrarreferencia).

Comportamentales

- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Tabaquismo. (1-2)

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG):

La DMG es una condición en la cual la intolerancia a los carbohidratos se desarrolla o se identifica por primera vez en el embarazo. Las mujeres con diabetes gestacional tienen un riesgo mayor de desarrollar preeclampsia, de parto por cesárea y de desarrollar diabetes tipo 2 más tarde en su vida (60% de latinas con DMG desarrollan diabetes en los siguientes 5 años). Sus bebés tienen mayor riesgo de macrosomía, hipoglicemia al nacer, hiperbilirrubinemia, distocia de hombros, trauma al nacer y muerte fetal. Además, la exposición fetal a la diabetes materna contribuye al desarrollo de obesidad y diabetes en la niñez y adultez.

En Colombia se recomienda realizar la prueba de un paso de la IADPSG (International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups) a todas las pacientes gestantes entre las 24 y 28 semanas de embarazo para el diagnóstico de diabetes gestacional. La prueba consiste en una toma de glicemia en ayunas, administrar una carga de 75 gr de glucosa y tomar dos glicemias postprandiales a la hora y a las dos horas de la carga. El umbral para el diagnóstico es un valor = 92 mg/dl en ayunas, o = 180 mg/dl a la hora o = 153 mg/dl a las dos horas (uno o más valores alterados hacen el diagnóstico). En Estados Unidos se usa el enfoque de dos pasos que incluye: tamizaje con test de Osullivan que consiste en la administración de una carga de 50 gramos de glucosa seguida por la determinación de la glicemia una hora después. A quienes cumplan o excedan el límite establecido por la institución

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



se les debe realizar el segundo paso: una curva de tolerancia con carga de 100 gramos y el diagnóstico se hace cuando tienen dos o más valores anormales de las glicemias medidas, los valores normales son: <95 mg en ayunas, <180 mg a la hora, <155 mg a las 2 horas, <140 mg a las 3 horas. Los límites institucionales para el valor a la hora en el test de Osullivan varían entre 130 y 140 mg. Usar el límite de 140 mg disminuye la tasa de falsos positivos del test, es decir, un valor igual o mayor a 140 mg es anormal.

A las gestantes con DMG se les debe iniciar un tratamiento médico nutricional con el apoyo de un profesional en nutrición, para la prevención de hipertensión gestacional, macrosomía y otras complicaciones ya mencionadas. Las metas de control glicémico exitoso son una glicemia en ayunas menor a 95 mg/dl y postprandial a la hora menor a 140 mg/dl. Se recomienda una glucometría diaria en ayunas y la toma de glucometrías una hora postprandial de las tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) todos los días durante la gestación a todas las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional para el seguimiento glicémico de su tratamiento. Luego del diagnóstico de diabetes gestacional se deben hacer controles médicos periódicos con un lapso no mayor a 2 semanas entre ellos hasta lograr las metas de control glucémico. Se debe iniciar manejo farmacológico a las pacientes a quienes a pesar de cumplir el tratamiento médico nutricional, a las 2 semanas o en controles subsiguientes presentan más del 10 % de los resultados de glucometrías por encima de las metas de control, a quienes en cualquier toma de los primeros tres días de seguimiento o en el resultado de la prueba diagnóstica presenta niveles en ayunas mayores a 140 mg/dl o mayores a 200 mg/dl postprandial, o a quienes en una ecografía obstétrica realizada 2 semanas después de iniciar el tratamiento médico nutricional, el perímetro abdominal fetal medido sea mayor al percentil 75 para la edad gestacional. La guía de práctica clínica sugiere que a las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional que requieran tratamiento farmacológico, se inicie metformina o insulina de acuerdo con sus preferencias, y que, en caso de iniciar manejo con metformina y no cumplir metas glicémicas a las 2 semanas de tratamiento, se cambie al uso de insulina. Sin embargo, el ACOG recomienda como tratamiento de elección la insulina. En el momento del diagnóstico de diabetes gestacional se debe practicar una ecografía obstétrica y los controles de crecimiento fetal con ecografía deben tener una periodicidad de 2 a 4 semanas, para disminuir los desenlaces perinatales adversos. (6, 7)

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Las alteraciones hipertensivas que acompañan al embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbimortalidad materna y perinatal. Es una entidad de prevalencia sostenida, a pesar de los grandes esfuerzos para su control, con la búsqueda de medidas preventivas. El pronóstico es susceptible de modularse mejorando el diagnóstico temprano. La incidencia se ha calculado entre el 6 y el 8% de todas las gestaciones y es la primera causa de morbimortalidad materna en nuestro país. En Bogotá constituye la segunda causa de mortalidad materna, después de la hemorragia, donde para el año 2012 de los 41 casos presentados, 5 casos, es decir, el 12,2% correspondieron a preeclampsia-eclampsia y para el año 2013 de las 24 muertes maternas ocurridas, 6 casos, es decir, el 25% de las muertes correspondieron a trastornos hipertensivos.

La hipertensión en el embarazo está definida como la presencia de presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg o presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg, medida en 2 ocasiones con una diferencia de al menos 4 horas. Se define como hipertensión arterial severa la toma de presión arterial sistólica igual o mayor a 160 mmHg o presión arterial diastólica igual o mayor a 110 mmHg, medida en 2 ocasiones con una diferencia de al menos 15 minutos. (8)

La preeclampsia es la manifestación hipertensiva más frecuente del embarazo, siendo esta una enfermedad de gran complejidad, para la que se requiere un manejo de alto nivel de recurso

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



técnico y humano. El diagnóstico de preeclampsia lleva implícita, siempre, la presencia de una disfunción orgánica que conduce a vigilar los criterios de compromiso severo de cada uno de los órganos vitales. Esta condición siempre ha sido considerada la base clínica para entender la alta morbimortalidad del síndrome.

Conceptos:

- Preeclampsia: el diagnóstico debe hacerse a toda embarazada que presente hipertensión después de la semana 20 de gestación y uno o más de los siguientes hallazgos: proteinuria, insuficiencia renal, enfermedad hepática, alteraciones neurológicas, alteraciones hematológicas o alteraciones fetoplacentarias.
- Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada: es el desarrollo de preeclampsia-eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.
- Preeclampsia severa es la preeclampsia con hipertensión severa y/o con síntomas que indican compromiso de órgano blanco.
- Eclampsia: es la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas y complejas durante el curso clínico de la preeclampsia. Estas convulsiones pueden aparecer antes del parto, durante este o en las primeras 48 horas posteriores al parto. La entidad también puede presentarse con el hallazgo de amaurosis súbita.
- Hipertensión crónica: es la presencia de hipertensión arterial detectada antes de la gestación o antes de la semana 20 del embarazo o que persista después de la semana 12 postparto.
- Hipertensión gestacional: es la hipertensión que aparece después de la semana 20 de gestación, sin ninguna otra característica del desorden multisistémico de la preeclampsia. Esta condición es usualmente benigna; sin embargo, progresa a preeclampsia hasta en el 25% de los casos o más cuando la hipertensión se presenta antes de la semana 32 del embarazo.

PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA

Un desbalance en el metabolismo de las prostaciclina y el tromboxano A2 ha sido involucrado en la patogénesis de la preeclampsia. Esto llevó a los estudios de la aspirina a bajas dosis para la prevención de preeclampsia, como inhibidor del tromboxano A2. Un metaanálisis del año 2017 que reunió datos de 45 ensayos aleatorizados, solo notó una modesta reducción en preeclampsia cuando la aspirina se inició después de las 16 semanas de gestación, pero una reducción más significativa en preeclampsia severa y en restricción del crecimiento fetal fue demostrada cuando la aspirina fue iniciada antes de las 16 semanas. A mujeres con cualquier factor de riesgo alto para preeclampsia y a quienes tienen dos o más factores de riesgo moderado se les debería administrar bajas dosis de aspirina (100-150 mg/día) para profilaxis de preeclampsia iniciada desde las 12 semanas de embarazo, óptimamente antes de las 16 semanas, y debería ser continuada hasta el parto. (8).

La evidencia de metaanálisis de ensayos aleatorizados claramente muestra que la administración profiláctica de Aspirina tiene una modesta habilidad para reducir el riesgo de desarrollar preeclampsia y sus secuelas en mujeres con riesgo moderado a alto (RR 0.57-0.92). (9)

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



Un metaanálisis del año 2007 que reunió 59 ensayos encontró una reducción del 17% en el riesgo de preeclampsia asociado al uso de aspirina, con un incremento significativo en la reducción del riesgo absoluto en mujeres con alto riesgo de la enfermedad. Para mujeres de bajo riesgo (población general) con una prevalencia de preeclampsia del 2%, el número necesario a tratar con aspirina es de 500 mujeres para prevenir un caso de preeclampsia. En contraste, entre mujeres de alto riesgo con una prevalencia del 20%, sería necesario tratar a 50 mujeres para prevenir un caso de preeclampsia. (10).

Un metaanálisis del año 2019 que incluyó 77 ensayos con mujeres de bajo, moderado y alto riesgo de preeclampsia, reportó los siguientes resultados principales del uso profiláctico de Aspirina (50-162 mg/día) comparada con placebo o no tratamiento:

- Reducción de preeclampsia: 16 casos menos por 1000 pacientes tratadas.
- Reducción de muerte fetal/neonatal: 5 muertes menos por 1000 pacientes tratadas.
- Reducción de parto pretérmino menor de 37 semanas: 16 casos menos por 1000 pacientes tratadas.
- Reducción de recién nacidos pequeños para la edad gestacional: 7 casos menos por 1000 pacientes tratadas. (11)

ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO

Se recomienda tener en cuenta las siguientes condiciones que han mostrado estar asociadas a la aparición de preeclampsia:

Factores de riesgo moderado:

- Primer embarazo.
- Edad mayor o igual a 35 años.
- Intervalo intergenésico mayor a 10 años.
- IMC mayor o igual a 35 kg/m²
- Antecedente de resultado perinatal adverso.
- Raza afrodescendiente.
- Estrato socioeconómico bajo.
- Antecedente familiar en primer grado de preeclampsia.

Factores de alto riesgo:

- Embarazo múltiple.
- Trastorno hipertensivo en embarazo anterior.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos.
- Diabetes tipo 1 y 2.
- Hipertensión crónica. (3-4-8).

El diagnóstico de cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, incluyendo la preeclampsia, se realiza con la medición clínica de cifras de presión arterial en rangos anormales. La evaluación de proteinuria significativa es la prueba de elección para determinar el tipo de trastorno hipertensivo al que corresponde la condición clínica a la que se está enfrentando el médico. El valor de proteinuria para el diagnóstico de preeclampsia varía de acuerdo con la prueba de laboratorio que se utilice para determinar este valor. En general, se utilizan cuatro diferentes métodos para cuantificar las proteínas en la orina:

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



- Tiras reactivas de lectura visual y lectura automatizada
- Evaluación de microalbuminuria, relación proteinuria–creatinuria
- Medición de proteínas en orina recolectada en 24 horas.

Usualmente se utiliza como estándar de referencia la recolección de orina en 24 horas con valores mayores a 300 mg.

Se recomienda la medición de la proteinuria con tiras reactivas de lectura automatizada o usando la relación proteinuria – creatinuria en una muestra aislada en mujeres embarazadas con cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg.

Si se utilizan tiras reactivas de lectura automatizada para la detección de proteinuria significativa, y un resultado de 1+ o mayor es obtenido, se recomienda la confirmación de proteinuria significativa con la estimación de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada, o con la recolección de orina en 24 horas. La proteinuria significativa se confirma si el valor de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada es mayor de 30 mg/mmol o si el resultado de proteína en orina recolectada en 24 horas es mayor a 300 mg.

Si se utiliza recolección de orina en 24 horas como método diagnóstico de proteinuria significativa, debe existir un protocolo establecido que asegure que la muestra sí es de 24 horas en el lugar donde se realiza la prueba.

En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda monitorizar al menos dos veces por semana con función renal, deshidrogenasa láctica (LDH), electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.

En mujeres con preeclampsia no severa, no se recomienda repetir cuantificación de proteinuria.

Se recomienda medir la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario para asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 6 en 24 horas en pacientes con preeclampsia no severa.

Se recomienda que el manejo de las mujeres con preeclampsia sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo (3-4).

En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda la hospitalización y el tratamiento antihipertensivo. En mujeres con cifras tensionales superiores a 150/100 mmHg se recomienda manejo con labetalol o Nifedipino oral como primera línea con los siguientes objetivos:

- Lograr presión diastólica igual o menor de 90 mmHg.
- Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.

Se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia en quienes se contraindique el uso de labetalol, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa o Nifedipino.

En general se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia (severa o no severa) un manejo conservador (es decir, no planear la interrupción de la gestación) antes de la semana 34.

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



El equipo obstétrico debe definir umbrales o límites para la madre y el hijo (con resultados bioquímicos, hematológicos y clínicos), para ofrecer parto electivo antes de la semana 34, mediante la escritura de un plan de manejo. En mujeres con preeclampsia antes de la semana 34 se recomienda ofrecer el parto, previo esquema de corticosteroides, y notificación al equipo neonatal y de anestesia, en caso de:

- Hipertensión severa refractaria al tratamiento
- Indicaciones maternas o fetales de acuerdo al plan descrito anteriormente.

En mujeres con preeclampsia severa después de la semana 34, se recomienda el parto cuando la presión arterial esté controlada y se complete un esquema de corticosteroides (si se consideró su uso) para maduración pulmonar fetal.

Se recomienda ofrecer el parto a las mujeres con preeclampsia no severa en la semana 37, o antes, dependiendo de las condiciones maternas y fetales (criterios de severidad) y la disponibilidad de una unidad de cuidado intensivo neonatal.

Se denomina gestante con preeclampsia severa a toda mujer embarazada con diagnóstico de preeclampsia (hipertensión y proteinuria significativa), que presente cualquiera de las siguientes características clínicas:

- Hipertensión severa (tensión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg)
- Cualquiera de los siguientes:
 - Dolor de cabeza severo.
 - Problemas con visión, como visión borrosa o fosfenos.
 - Dolor intenso subcostal o vómito.
 - Papiledema.
 - Clonus (= 3+).
 - Hipersensibilidad a la palpación hepática.
 - Síndrome HELLP.
 - Trombocitopenia (conteo de plaquetas menor de 150.000/mm³).
 - Elevación de LDH.
 - Enzimas hepáticas anormales (ALT o AST).
 - Esta condición clínica conlleva una gran morbi-mortalidad materna y perinatal.

El manejo clínico adecuado de estas mujeres es vital para disminuir la mortalidad de las mujeres afectadas por esta patología y la de sus hijos. Su manejo está relacionado directamente con el tratamiento anticonvulsivante y antihipertensivo, el momento y las condiciones del parto y el manejo de algunas condiciones clínicas especiales, como la eclampsia y el síndrome HELLP. Por su alta complejidad, y más aún por el riesgo de complicaciones mayores, las pacientes con preeclampsia severa deben ser hospitalizadas y tratadas en unidades especiales para su manejo, denominadas como cuidados intermedios, alto riesgo obstétrico o alta dependencia obstétrica. Resulta fundamental que el monitoreo sea mucho más estrecho que el que se ofrece usualmente en una hospitalización en piso (3-4).

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



Tratamiento antihipertensivo

Se recomienda tratar mujeres con hipertensión severa, durante el embarazo o inmediatamente después del parto con uno de los siguientes medicamentos:

- Labetalol (oral o intravenoso).
- Hidralazina (intravenoso).
- Nifedipino (oral).

En mujeres con hipertensión severa, se debe monitorizar la respuesta al tratamiento:

- Para asegurar que la presión arterial baje.
- Para identificar efectos adversos tanto de la madre como del feto.
- Para modificar el tratamiento de acuerdo con la respuesta.

Se recomienda considerar el uso de cristaloides o expansores de volumen antenatalmente, antes o al mismo momento de la primera dosis de hidralazina intravenosa si este fue el antihipertensivo de elección. En mujeres con hipertensión severa, se recomienda como objetivo tener por debajo de 140 mmHg la presión sistólica y por debajo de 90 mmHg la presión diastólica.

- No se recomienda la expansión rutinaria (cargas o bolos) de volumen con líquidos intravenosos en mujeres con preeclampsia severa.
- Se recomienda en mujeres con preeclampsia, individualizar el volumen a infundir de líquidos endovenosos, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes no requiere más de 100 cc/hora.
- Se recomienda escoger la vía de parto, de acuerdo con las circunstancias clínicas individuales.
- Se recomienda preferir la vía vaginal para mujeres con hipertensión severa, preeclampsia severa o eclampsia si no existe indicación de cesárea.

Medición de presión arterial

- Se recomienda la medición de la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario hasta asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 12 en 24 horas en pacientes con preeclampsia severa.
- Se recomienda realizar monitoreo fetal en el momento del diagnóstico de hipertensión severa o preeclampsia. (3-4)

HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN

Se define como el sangrado del tracto genital en la segunda mitad de la gestación, pero antes del nacimiento fetal. Es causa importante de mortalidad perinatal y morbilidad materna y se presenta en el 3,5% de todos los embarazos. La principal causa es el Abruption de placenta seguido por la placenta previa, la vasa previa y la ruptura uterina. Sin embargo, en aproximadamente el 50% de los casos de hemorragia anteparto, la etiología no se conoce (5).

ABRUPCIÓN PLACENTAE

Definición

Se define como la separación prematura de la placenta normo inserta de la pared uterina (decidua basalis), en forma parcial o completa, antes del nacimiento del feto. Este fenómeno

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



también recibe el nombre de ablatio placentae o hemorragia accidental, para diferenciarlo de la hemorragia producida por las placentas previa y marginal (anormalmente insertadas).

Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo que se han asociado con el Abrupecio placentario en forma significativa:

- Antecedente de placenta previa.
- Muy pequeño para la edad gestacional.
- Uso de cocaína.
- Corioamnionitis.
- Preeclampsia.
- Ruptura prematura de membranas.
- Alcohol.
- Hipertensión crónica.
- Oligohidramnios.
- Embarazo gemelar.
- Tabaquismo.
- Paridad mayor de 3.
- Edad materna mayor de 40.

El riesgo de abrupcio aumenta más de 2 veces en pacientes con hipertensión crónica, se aumenta 4 veces si además se asocia a restricción de crecimiento intrauterino, casi 8 veces cuando se asocia a hipertensión inducida por el embarazo y, cuando se encuentran las tres entidades (hipertensión crónica, hipertensión inducida por el embarazo y restricción del crecimiento intrauterino) el riesgo se aumenta 9 veces. Los casos más graves de abrupcio que comprometen la vida fetal se relacionan con hipertensión (crónica o inducida por el embarazo) hasta en el 50% de los casos. Sin embargo, la gravedad de la preeclampsia no se relaciona con la incidencia de abrupcio. Las mujeres con antecedente de perdida fetal en el segundo trimestre, y aquellas que sufren pérdidas fetales repetidas, tienen un riesgo 3 veces mayor de Abrupecio placentae. Otros factores que se asocian con elevación del riesgo hasta en 3 veces son: restricción del crecimiento intrauterino, historia familiar de tromboembolismo venoso y embarazo múltiple. Se ha hallado una relación significativa entre las gestantes mayores (mayor que 40 años), siendo más común en gestantes multíparas mayores. La operación cesárea aumenta el riesgo de Abrupecio placentae en la segunda gestación hasta en un 40%.

Presentación clínica

En casos leves el abrupcio puede pasar desapercibido, se presenta con la sintomatología de un parto pretérmino y suele diagnosticarse retrospectivamente, después del parto, durante el examen de la placenta. En casos moderados a severos el dolor uterino asociado a sangrado vaginal y la actividad uterina con hipersensibilidad, son las características cardinales. Es importante tener en cuenta que la cantidad de sangrado vaginal no refleja la hemorragia real, pues si el hematoma no alcanza el margen de la placenta y del cérvix el sangrado permanece oculto en forma parcial o total y no es visto por vía vaginal (en el 20 a 30% de las pacientes); si diseca en dirección a la vagina se manifiesta con hemorragia externa importante; si diseca la decidua y las membranas fetales hacia el saco amniótico, produce una coloración característica en vino oporto, en el líquido amniótico. Finalmente, si infiltra el miometrio y la serosa, en casos de sangrados mayores de 500 cm³ lleva a la formación del útero de Couvelaire, caracterizado por inercia uterina y apoplejía útero-placentaria (infiltración hemática del miometrio uterino, debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo), que ponen en riesgo la vida de

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



la madre y el feto. Según el grado de desprendimiento placentario, se evidenciarán signos de hipovolemia tales como: taquicardia, palidez mucocutánea, hipotensión. En casos de separación placentaria severa el útero esta duro, doloroso a la palpación, es difícil de palpar las partes fetales, y puede asociarse a coagulación intravascular diseminada.

Clasificación

Existen dos sistemas de clasificación del abrupcio placentario; el primero hace referencia a la localización del desprendimiento y el segundo al grado de separación. Según la localización, el abrupcio puede ser:

- **Central:** en el cual el centro de la placenta se separa, la sangre queda atrapada entre la placenta y la pared uterina y generalmente no se presenta sangrado vaginal. En casos severos la sangre invade el tejido miometrial entre las fibras musculares, produce hipertonia uterina, se asocia a gran dolor abdominal y aumento del diámetro abdominal.
- **Marginal:** cuando el sangrado pasa a la vagina. La paciente puede tener dolor uterino y el sangrado es a menudo más oscuro que el de la placenta previa.
- **Completo:** es el tipo más serio; la placenta se separa totalmente de la pared uterina y produce sangrado vaginal masivo.

Según el grado, el abrupcio puede ser:

- **Grado I (leve):** desprendimiento del 10 al 30% de la superficie placentaria. La paciente tiene actividad uterina, sangrado y dolor uterino leve. El feto y la madre permanecen estables. El volumen de sangrado es de hasta 150 cm³.
- **Grado II (moderado):** desprendimiento del 30 al 50% de la superficie placentaria. La mujer tiene dolor uterino y sangrado vaginal, permanece estable, pero se empieza a evidenciar estado fetal insatisfactorio (92% de los casos). El volumen de sangrado perdido es de 150 a 500 cm³.
- **Grado III (severo):** desprendimiento de más del 50% de la superficie placentaria. La madre presenta tetania uterina, con signos de hipovolemia, el feto está muerto. Este grupo se puede subdividir en dos:
 - **Grado III (A):** con coagulación intravascular diseminada.
 - **Grado III (B):** sin coagulación intravascular diseminada.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y se confirma con la evaluación de la placenta luego del parto.

Tratamiento

Una vez el diagnóstico de abrupcio placentario es sospechado, debe establecerse prioritariamente el estado de hipovolemia en la madre y el bienestar fetal. El manejo de cada paciente es individualizado, dependiendo de la edad gestacional y el grado de desprendimiento placentario.

Todas las pacientes deben ser hospitalizadas para control estricto de la tensión arterial, frecuencia cardiaca y diuresis; canalizar dos accesos venosos, reservar dos unidades de glóbulos rojos, tomar muestras para cuadro hemático, hemoclasificación, y determinar si existe coagulación intravascular diseminada. Teniendo en cuenta el grado de desprendimiento y la edad gestacional, se puede optar por manejo expectante, cesárea inmediata o ruptura de membranas y parto vaginal.

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA



Abrupcio leve. El sangrado puede parar y resolver los síntomas gradualmente, sin compromiso materno-fetal. Si la gestación es menor de 34 semanas la paciente puede recibir tocolisis, aplicación de corticoides para maduración pulmonar y valoración materno-fetal estricta. Según los síntomas, la paciente puede ser seguida ambulatoriamente, y si está cerca al término, podría realizarse amniotomía y uso de oxitocina si es necesario para intentar parto por vía vaginal.

Abrupcio moderado o severo. cardiaca fetal y corrección de los trastornos de la coagulación y del choque hipovolémico. Si se evidencia El manejo en estos casos requiere ser individualizado y planear en forma rápida el parto. Se debe intentar parto vaginal siempre que la unidad materno fetal lo soporte, con control estricto de la frecuencia compromiso del estado fetal o existe deterioro rápido de la condición materna, hay que realizar cesárea. El retraso en el tratamiento del abrupcio de placenta incrementa el riesgo de choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, hemorragia posparto y muerte fetal. La literatura reporta que el 70% de los casos de mortalidad perinatal se da cuando el intervalo entre el diagnóstico y el parto es mayor que 2 horas, y cuando este es menor a 20 minutos la mortalidad neonatal se reduce sustancialmente, comparado con intervalos mayores de 30 minutos.

El abrupcio severo es una emergencia que requiere manejo multidisciplinario, monitoria invasiva con líneas arteriales y venosas, control estricto del gasto urinario y manejo de las complicaciones tales como insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada. Cuando la muerte fetal ocurre, el parto vaginal es la vía ideal, a menos que la hemorragia sea importante o haya otras complicaciones obstétricas que contraindiquen el parto vaginal, realizando amniotomía precoz y colocando oxitocina si es necesario. Debe tenerse en cuenta que cuando muere el feto la pérdida sanguínea es importante; se deben transfundir al menos 2 U de glóbulos rojos empaquetados (GRE) independientemente de los signos vitales maternos, pues las maternas compensan muy bien la hipovolemia y pueden perder cerca del 30% de su volumen circulante antes de desarrollar signos clínicos.

El choque hipovolémico causa hipoperfusión de órganos tales como riñón, cerebro e intestino, por lo que es importante realizar una adecuada reposición de líquidos, electrolitos, GRE y medición de la presión venosa central para mantener gastos urinarios mayores a 30 cm³/hora. La reanimación se debe hacer con líquidos expansores como los cristaloides, con un volumen aproximado de tres veces lo estimado en la pérdida sanguínea.

Pronóstico

El abrupcio es una emergencia materno-fetal seria. La tasa de mortalidad materna es del 1%, asociada a choque hemorrágico, insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada. La tasa de mortalidad fetal es del 20 al 30%, además es causa importante de hipoxia, hipovolemia y anemia fetal (5).

BIBLIOGRAFIA

1. Cancino, E., Fontibón, H. L., Otálora, R., Pérez González, E., Sarmiento, R., Yates, A. V., & Contenido, R. U. U. (2004). Guía de control prenatal y factores de riesgo. ESE Pablo VI Bosa.

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá 2013.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Clasificación de riesgo obstétrico. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20TRICOS.pdf>
4. Petro, G. F., Alcalde Mayor De Bogotá, U., Mauricio, D. C., Bustamante García, A., García, G. R., Graciela, E., Echeverri, M., Aponte, C. P., Cabrera, T. V., Profesional, S., Materno, G., Colaboradores De La, P., Héctor, S., Galindo, A. G., li, A., Becerra, V., Rueda, S., Alberto, J., Baquero, E., ... Perinatal, G. M. (2014). Guía de trastornos hipertensivos del embarazo Periodo de investigación y desarrollo de la Guía (2013).
5. Amaya Guío, J., & Alexandry Gaitán, M. (2021). *Capítulo 4: Hemorragia de la segunda mitad de la gestación*. En J. Amaya Guío (Ed.), *Obstetricia Integral Siglo XXI, Tomo II* (pp. 77–106). Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76135>.
6. Diabetes mellitus gestacional. Boletín de práctica No. 190 de febrero/2018, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos – ACOG -.
7. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes gestacional. Guía No. GPC-2015-49. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia.
8. Hipertensión gestacional y preeclampsia. Boletín de práctica No. 222 de junio/2020, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos – ACOG -.
9. Plan de cuidado para pacientes en riesgo de preeclampsia: enfoque de educación, estrategias para la prevención, vigilancia y seguimiento. Roberts JM, King TL, Barton JR, Beck S, Bernstein IM, Buck TE, Forgues-Lackie MA, Facco FL, Gernand AD, Graves CR, Jeyabalan A, Hauspurg A, Manuck TA, Myers JE, Powell TM, Sutton EF, Tinker E, Tsigas E, Myatt L SO Am J Obstet Gynecol. 2023;229(3).
10. Grupo de trabajo de hipertensión en el embarazo, año 2013. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos – ACOG.
11. Agentes antiplaquetarios para prevenir preeclampsia y sus complicaciones. Duley L, Meher S, Hunter KE, Seidler AL, Askie LM SO Cochrane Database Syst Rev. 2019;2019.

EXAMEN CLÍNICO FORENSE ACTUAL

Por el contexto del caso no se considera pertinente realizar la valoración personal de la señora

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA



Carol Tatiana Garcés.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 33 años, en su gestación #5, con fecha de última menstruación el 4 de julio de 2021, con 3 partos y 1 aborto (G5P3A1), con embarazo de alto riesgo por multiparidad, antecedente de aborto, obesidad, período intergenésico 10 años, miomatosis uterina y anemia leve. Inicia su primer control prenatal a las 7 semanas de gestación, donde fue confirmado el embarazo con prueba positiva. Quedando pendiente la realización de la ecografía obstétrica y el perfil infeccioso. En el segundo control prenatal a las 14 semanas de gestación, se reporta tamizaje genético de bajo riesgo, anemia leve (Hb 10.3, Hto 31.4) y miomatosis uterina, sin síntomas de alarma. En el tercer control prenatal con 25.3 semanas de gestación, se evidencian movimientos fetales positivos, pruebas de laboratorio normales, altura uterina (AU) 21 cm, frecuencia cardiaca fetal (FCF) 152 latidos por minuto, sin actividad uterina ni signos de alarma, con indicación de realización de prueba de tolerancia a la glucosa y seguimiento mensual con ginecoobstetricia. En el cuarto control prenatal a las 26.6 semanas de gestación, con ecografía de 2-3 semanas previas que reporta feto peso 718 g (entre percentiles 50-90, normal), índice de líquido amniótico (ILA) normal, placenta anterior grado II, sin pérdidas vaginales ni actividad uterina, manteniéndose como embarazo de alto riesgo por multiparidad y riesgo de hemorragia posparto, con pendiente de realización del test de O'Sullivan y continuidad de controles regulares. El test de O'Sullivan se realizó a las 27 semanas (11/ene/2022) y su reporte fue anormal (92-145), con una glicemia basal también anormal (99 mg) reportada 2 meses después (35 semanas).

Ingresa paciente al servicio de urgencias de la Clínica Santa Sofia el 24 de enero de 2022, con 29.1 semanas de gestación, por cuadro clínico de dolor pélvico intenso asociado a escasa leucorrea blanquecina, sin otros síntomas. No refiere contracciones, pérdidas vaginales ni signos premonitorios de eclampsia. Examen físico revela signos vitales normales, útero grávido con feto único vivo en presentación cefálica, con frecuencia cardiaca fetal de 153 latidos por minuto y movimientos fetales positivos. Realizaron exámenes de laboratorio, evidenciando hemoglobina en 10.4 g/dl y proteinuria negativa. Se concluye que el dolor se resolvió sin hallazgos de alarma. Se da egreso con recomendaciones y educación en signos de alarma que orienten a la paciente a consultar prontamente.

Controles prenatales del 15 de marzo de 2022 con 36.2 semanas de gestación, con tensión arterial de 110/70 mmhg, y del 29 de marzo de 2022 con 38 semanas de gestación, en los cuales reporta sentirse bien, con movimientos fetales normales y sin síntomas de alarma. Exámenes físicos revelan peso elevado, presión arterial dentro de rangos normales, abdomen globoso con útero grávido, feto único en presentación cefálica y sin signos de sufrimiento fetal. Ordenan afinamiento de presión arterial en control del 29 de marzo con reporte de cifras tensionales con valores normales (120/66mmhg -113/72mmhg - 121/68 mmhg -122/61 mmhg - 108/69 mmhg -126/82 mmhg - 123/72 mmhg - 126/60 mmhg) e indicación de monitorización fetal semanal, además, explican la opción de parto vaginal según evolución materno-fetal.

Ingres a urgencias de la Clínica Santa Sofia el día 9 de abril de 2022, con 39.6 semanas de

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



gestación, por cuadro clínico de sangrado vaginal abundante e intenso dolor pélvico de 1 hora de evolución, sin movimientos fetales percibidos. A la valoración presenta hipertensión severa (160/120 mmHg), palidez generalizada y sospecha de óbito fetal, con sangrado activo y sin auscultación de frecuencia cardíaca fetal. Dan diagnóstico de preeclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia anteparto, anemia posthemorrágica aguda y obesidad. Inician goteo con sulfato de magnesio, realizan cesárea de emergencia con anestesia general, encontrando desprendimiento placentario mayor al 70%. Reportan neonato masculino de 40 semanas, nace sin signos vitales, sin respuesta a maniobras avanzadas de reanimación tras 20 minutos, confirmándose óbito fetal. En evolución postoperatoria, la paciente permanece hipertensa, para lo cual inician tratamiento antihipertensivo, sin síntomas neurohipertensivos ni signos de déficit neurológico, con traslado a unidad de cuidados intensivos para vigilancia de cifras tensionales y riesgo cardiovascular. Laboratorios realizados muestran anemia y trombocitopenia leves, tiempos de coagulación levemente prolongados, perfil hepático normal y perfil infeccioso negativo. Continúan en manejo de neuroprotección con sulfato de magnesio, indicando pronóstico reservado y sujeto a evolución clínica. En su evolución con adecuada recuperación clínica y hemodinámica, con cifras tensionales controladas, sin síntomas de vasoespasmo, con diuresis positiva y sin signos de complicaciones infecciosas. Estudios de laboratorio muestran creatinina en descenso, electrolitos normales y ultrasonografía renal con hallazgos sugestivos de enfermedad renal parenquimatosa con cambios hipertróficos bilaterales. Continúan manejo médico con ajuste de antihipertensivos y fluidoterapia. Reportan herida quirúrgica en buen estado, sin signos de infección o sangrado. Durante la hospitalización, evolución estable con adecuada tolerancia a la vía oral, movilización y puerperio sin complicaciones. Indican egreso el día 20 de abril de 2022 con recomendaciones médicas, continuar manejo antihipertensivo, dan incapacidad por 15 días e indicación de seguimiento en consulta externa por nefrología y ginecología.

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

Se trata del caso de Carol Tatiana Garcés de 33 años, el momento de los hechos en investigación, cursando con su quinta gestación, con 3 partos y 1 aborto, iniciando controles prenatales con ginecoobstetricia el 23 de agosto de 2021 a las 7 semanas de gestación, con antecedente de miomatosis uterina. En esta valoración es considerada con embarazo de alto riesgo obstétrico multifactorial por multiparidad, antecedente de aborto, anemia leve, miomatosis uterina, adicionalmente; obesidad y período intergenésico de 10 años, con indicación de toma de perfil infeccioso y realización de ecografía obstétrica. En todas las gestantes, es importante iniciar controles prenatales tempranos, es decir, antes de las 10 semanas de gestación (primer trimestre), o iniciarse tan pronto se confirme el embarazo. En esta primera consulta, se debe indagar sobre los antecedentes ginecoobstétricos y patológicos de la paciente, además, antecedentes de familiares en primer grado con preeclampsia-eclampsia. Realización de un examen físico materno – fetal detallado, obteniendo datos de talla y peso materno, signos vitales, evaluar la presencia de edemas en miembros inferiores, medición de la altura uterina, con el objetivo de identificar posibles riesgos y prever posibles complicaciones. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención interdisciplinaria. Cuando se clasifica la gestante con alto riesgo obstétrico, los controles prenatales se harán en conjunto entre el obstetra cada cuatro semanas y el equipo interdisciplinario de primer nivel (médico general o enfermera, nutricionista, psicología y odontología), también cada cuatro semanas, intercalando la atención cada dos semanas. Los

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



controles prenatales deben realizarse cada mes hasta la semana 36 de gestación y, posteriormente, cada dos semanas. En casos de embarazo de alto riesgo, el especialista en ginecoobstetricia determinará si es necesario modificar la frecuencia de dichos controles, según las condiciones clínicas de la madre y del feto.

Realizó segundo control prenatal el 11 de octubre de 2021, con 14 semanas de gestación, con reporte de tamizaje genético de bajo riesgo, anemia leve (Hb 10.3, Hto 31.4) y miomatosis uterina, sin síntomas de alarma. Tercer control prenatal del 29 de diciembre de 2021 con 25.3 semanas de gestación, con movimientos fetales positivos, pruebas de laboratorio normales, altura uterina (AU) 21 cm, frecuencia cardiaca fetal (FCF) 152 latidos por minuto, con indicación de realización de prueba de tolerancia a la glucosa y seguimiento mensual con ginecoobstetricia. Cuarto control prenatal del 7 de enero de 2022 con 26.6 semanas de gestación, con ecografía que reporta el feto pesa 718 g, índice de líquido amniótico (ILA) normal, placenta anterior grado II, sin pérdidas vaginales ni actividad uterina, manteniéndose como embarazo de alto riesgo por multiparidad y riesgo de hemorragia posparto, quedando pendiente realización del test de O'Sullivan, el cual fue realizado a las 27 semanas y su valor fue anormal. La guía de practica clínica vigente para la fecha de los hechos recomienda dos ecografías obligatorias en el control prenatal: la primera entre las semanas 11 a 14 para confirmación de edad gestacional y evaluación de marcadores ultrasonográficos de aneuploidía. La segunda entre las semanas 18 a 24 para valoración de anatomía fetal y marcadores ultrasonográficos de aneuploidía de segundo trimestre. Algunas gestantes de alto riesgo como pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional o pregestacional, lupus, antecedente de resultado perinatal adverso, entre otros factores, deberán tener una ecografía obstétrica cada 2-4 semanas a partir de las 28 semanas para vigilar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico. De igual manera, la guía de práctica clínica recomienda que a todas las gestantes se les realice una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación. En gestantes con riesgo moderado o alto de desarrollar preeclampsia, como la del caso que nos ocupa en quien se reconocen dos factores de riesgo moderados (obesidad y período intergenésico mayor de 10 años), está indicada la administración de ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis baja (75–150 mg/día), iniciando entre las semanas 12 y 16 de gestación y continuando hasta las semanas 36–37. Esta medida tiene como objetivo reducir el riesgo de preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro y abrupcio de placenta, con un RR de 0.57-0.92, lo cual se ejemplifica de la siguiente manera: en un grupo de 100 gestantes con riesgo moderado-alto de preeclampsia a quienes se les administra Aspirina como profilaxis de preeclampsia, 57 a 92 van a padecer la enfermedad. En este caso, la indicación se encontraba establecida, considerando los factores de riesgo moderados que presentaba la paciente, específicamente por su período intergenésico de 10 años y obesidad.

El día 24 de enero de 2022, Consultó al servicio de urgencias de la Clínica Santa Sofia, con 29.1 semanas de gestación, por cuadro clínico de dolor pélvico intenso, leucorrea blanquecina, sin otros síntomas, sin contracciones, ni pérdidas vaginales, ni signos premonitorios de eclampsia. Examen físico con signos vitales normales, frecuencia cardiaca fetal de 153 latidos por minuto y movimientos fetales presentes. Estudios paraclínicos con hemoglobina en 10.4 g/dl y proteinuria negativa. Evolución clínica satisfactoria con resolución del dolor y sin hallazgos de alarma. En estos casos, la valoración médica de la paciente gestante en su tercer trimestre, debe incluir una evaluación clínica completa con examen físico obstétrico, con toma de signos vitales maternos (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), toma de altura uterina, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, valoración de movimientos fetales, tacto vaginal para valorar cambios cervicales como borramiento o dilatación en caso de sospecha de amenaza de parto pretérmino. Además, de la realización de

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



monitoria fetal, y estudios paraclínicos básicos como cuadro hemático, examen de orina y frotis de flujo vaginal, orientados a descartar infecciones vaginales o urinarias. Lo anterior con el objetivo valorar el bienestar materno-fetal, así como detectar signos de alarma o condiciones que requieran intervención médica. En ausencia de signos de alarma, se recomienda tratamiento específico según el agente identificado, analgesia segura como paracetamol, reposo relativo, seguimiento ambulatorio y educación a la paciente sobre los signos de alarma que requieren reconsulta. La hospitalización solo está indicada si se presentan complicaciones como dinámica uterina activa, infección intraamniótica, preeclampsia, sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico o alteraciones en la vitalidad fetal.

Realiza su quinto control prenatal el 15 de marzo de 2022, con 36.2 semanas por ecografía temprana del 3 de septiembre de 2021 con fecha probable de parto para el 10 de abril de 2022. Grupo sanguíneo O Rh positivo, con antecedentes de legrado uterino obstétrico hace 11 años y miomas intramurales anteriores de 3.5 y 2.4 cm. Embarazo con controles prenatales adecuados, ecografías con evolución fetal normal, sin alteraciones estructurales, crecimiento fetal acorde y placenta anterior grado I-II. Presenta anemia leve en manejo con suplementos, sin antecedentes de hipertensión o diabetes gestacional. Recibió esquema de vacunación; no aceptó vacunación COVID-19. Asintomática, con movimientos fetales presentes, presión arterial 110/70 mmhg, sin contracciones ni signos de alarma. Plan: completar serologías (toxoplasma, rubéola, Antígeno de superficie de Hepatitis B), esperar cultivo para Streptococo Del Grupo B, continuar micronutrientes y control por ginecobstetricia en 7 días.

Sexto control prenatal del 29 de marzo de 2022, con 38 semanas de gestación, reportando valoración por psicología y nutrición. Paraclínicos recientes normales, incluyendo serologías, cultivo para estreptococo grupo B negativo, y monitorias fetales categoría I. Con cólicos leves y contracciones ocasionales, presión arterial de 120/70 mmhg, frecuencia cardiaca fetal 134 latidos por minuto sin dinámica uterina ni signos de alarma. Cérvix posterior, corto y permeable, sin sangrado ni amniorrea. Afinamiento de presión arterial en sala de partos con valores normales de 120/66mmhg -113/72 mmhg - 121/68 mmhg -122/61 mmhg - 108/69 mmhg -126 /82 mmhg - 123/72 mmhg - 126/60 mmhg. Se planifica monitoria fetal semanal y se informa que es candidata a parto vaginal, sujeto a evolución clínica. En cada consulta de seguimiento y control prenatal, de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y paraclínicos, se deben identificar si existen nuevos factores de riesgo, que cambien la clasificación de riesgo realizada durante la gestación temprana, entre estos riesgos encontramos a la gestante con inadecuada ganancia de peso desde las 28 semanas, por lo cual, el manejo prenatal de la gestante con inadecuada ganancia de peso o con obesidad, se basa en la evaluación nutricional, el seguimiento del índice de masa corporal y la promoción de hábitos saludables. En el control prenatal del tercer trimestre, es importante definir vía del parto (vaginal vs cesárea) y nivel de atención requerido, decisión que dependerá de los factores maternos, fetales y placentarios, además de los antecedentes obstétricos, condiciones médicas (hipertensión, diabetes, obesidad) y anatomía pélvica; para lo cual se recomienda la realización del examen pélvico por parte del especialista en ginecobstetricia, donde se determinen si los diámetros (pelvimetría) son adecuados para el avance del feto a través del canal materno. De los factores fetales, dependerá de la posición y presentación fetal, peso fetal (macrosomía fetal) y si existen signos de sufrimiento fetal. Los factores placentarios y del líquido amniótico como la placenta previa, desprendimiento de placenta y alteraciones en el líquido amniótico con presencia de meconio.

Paciente quien ingresa al servicio de urgencias de la Clínica Santa Sofia el día 9 de abril de

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



2022 con 39.6 semanas de gestación, por sangrado vaginal abundante, dolor pélvico intenso y ausencia de movimientos fetales. Al ingreso presenta hipertensión severa (160/120 mmHg), palidez y sospecha de óbito fetal con sangrado activo y ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Se diagnostica preeclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae), hemorragia anteparto, anemia posthemorrágica aguda y obesidad. Se realiza cesárea de emergencia bajo anestesia general, encontrando desprendimiento placentario >70%. Neonato masculino de 40 semanas nace sin signos vitales, sin respuesta a reanimación avanzada, confirmandose óbito fetal. En el postoperatorio, la paciente permanece hemodinámicamente estable, sin déficit neurológico, en UCI para control tensional y vigilancia cardiovascular. Laboratorios muestran anemia, trombocitopenia leve y tiempos de coagulación prolongados, con perfil hepático e infeccioso normales. Manejo incluye neuroprotección con sulfato de magnesio y antihipertensivos. Evoluciona favorablemente, con cifras tensionales controladas, diuresis adecuada y sin complicaciones infecciosas. Ecografía renal sugiere enfermedad renal parenquimatosa bilateral. Es egresada el 20 de abril con incapacidad por 15 días, indicación de control por nefrología y ginecología, y continuidad de tratamiento antihipertensivo. El manejo de la preeclampsia severa con sospecha de desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae) es una emergencia obstétrica que requiere hospitalización inmediata, estabilización materna con control de la presión arterial mediante antihipertensivos parenterales (como labetalol, hidralazina o nifedipina), prevención de convulsiones con sulfato de magnesio, monitoreo constante de signos vitales y función renal/hepática, y realización de laboratorios urgentes (hemograma, coagulación, pruebas hepáticas y renales). Una vez el diagnóstico de abruptio placentario es sospechado, debe establecerse prioritariamente el estado de hipovolemia en la madre y el bienestar fetal. El manejo de cada paciente es individualizado, dependiendo de la edad gestacional y el grado de desprendimiento placentario. Todas las pacientes deben tener control estricto de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y diuresis; canalizar dos accesos venosos, reservar dos unidades de glóbulos rojos, con el resultado de los paraclínicos solicitados, determinar si existe coagulación intravascular diseminada. Teniendo en cuenta el grado de desprendimiento y la edad gestacional, se puede optar por manejo expectante, cesárea inmediata o ruptura de membranas y parto vaginal. El manejo en estos casos requiere ser individualizado y planear en forma rápida el parto. Si el feto ha fallecido y madre está estable: puede considerarse inducción de parto vaginal, si no hay coagulopatía. Si hay hemorragia masiva o inestabilidad materna debe realizarse cesárea de emergencia, independientemente del estado fetal. El abruptio severo es una emergencia que requiere manejo multidisciplinario, monitoria invasiva con líneas arteriales y venosas, control estricto del gasto urinario y manejo de las complicaciones tales como insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada. Debe tenerse en cuenta que cuando muere el feto la pérdida sanguínea es importante; se deben transfundir al menos 2 U de glóbulos rojos empaquetados (GRE) independientemente de los signos vitales maternos. En el postoperatorio, se indica la continuidad de vigilancia estrecha en unidad de cuidados intensivos, control de cifras tensionales, monitoreo de la función renal y hepática, y prevención de eclampsia mediante el uso de sulfato de magnesio. Realización de estudios de laboratorio complementarios diarios (hemograma, tiempos de coagulación, deshidrogenasa láctica). La reanimación se debe hacer con líquidos expansores como los cristaloides, con un volumen aproximado de tres veces lo estimado en la pérdida sanguínea. Ante la identificación de cambios renales sugerentes de enfermedad parenquimatosa crónica, el estudio adecuado para estos casos se realiza mediante ultrasonografía, y el seguimiento clínico con nefrología y ginecoobstetricia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



La paciente Carol Tatiana Garcés de 33 años, cursaba su quinta gestación, con antecedentes obstétricos de tres partos y un aborto (G5P3A1), identificada oportunamente como gestante de alto riesgo debido a múltiples factores: multiparidad, miomatosis uterina, antecedente de aborto, anemia leve, período intergenésico de 10 años (tiempo transcurrido entre la finalización de un embarazo y el comienzo del siguiente) y obesidad. Inició control prenatal a las 7 semanas de gestación; sin embargo, el resto de controles prenatales no se realizaron con la periodicidad recomendada. En este caso, tratándose de una gestante con presencia de dos factores de riesgo moderado para preeclampsia (obesidad y un período intergenésico mayor de 10 años), existía indicación de profilaxis con ácido acetilsalicílico (Aspirina) a partir de la semana 12 de gestación. No obstante, en la revisión de la historia clínica no se encontró registro de orden médica correspondiente para dicha indicación. Está claro que no se puede afirmar con certeza que la administración de este fármaco hubiese cambiado el resultado final, o sea, la preeclampsia severa y posterior abruptio placentae con la consecuente muerte del producto, pero se le habría brindado la posibilidad de prevenirlos.

Durante el segundo trimestre, se cumplieron controles periódicos con ginecoobstetricia, seguimiento y manejo de anemia leve e indicaciones de realización de estudios complementarios ajustados a el seguimiento de la gestante de alto riesgo obstétrico, excepto la prueba para la detección de diabetes gestacional de un solo paso (curva de tolerancia oral a la glucosa –CTOG- con carga de 75 gramos) que es la recomendada en la guía de práctica clínica de Colombia vigente para la fecha de los hechos en investigación. En su lugar, fue realizado un tamizaje con test de O'Sullivan en la semana 27 con resultado alterado (145 mg), caso en el cual está indicada la realización de una CTOG confirmatoria de diabetes gestacional con carga de 100 gramos, la cual no fue efectuada. Por tal motivo, es imposible determinar si la señora Garcés Angulo cursó con dicha patología en esta gestación y sería hipotético referirse al respecto.

Durante los controles prenatales del tercer trimestre, la paciente no presentó síntomas o signos de alarma, con seguimiento y registro adecuado de sus cifras de presión arterial, con una buena evolución clínica materno-fetal, considerándose la posibilidad de parto vaginal ante la persistencia de la adecuada evolución clínica. Se realizó monitorización fetal a las 39 semanas con monitoreo fetal electrónico con resultado normal. Asimismo, se le dieron indicaciones sobre signos de alarma como sangrado, cefalea intensa, visión borrosa o disminución de movimientos fetales, para consultar por urgencias. Durante los controles prenatales, se evidenció la realización de los estudios paraclínicos infecciosos y las ecografías recomendadas por la guía de práctica clínica, con resultados normales.

Por lo anterior, se considera que la atención brindada durante los controles prenatales no se adecuó por completo a los protocolos establecidos para estos casos, dado que, no se realizaron los controles prenatales con la periodicidad recomendada, no se indicó el manejo con ácido acetil salicílico desde la semana 12 de la gestación, ni tampoco se realizaron los estudios indicados para la confirmación de la diabetes gestacional (1,2,6,7,8,9, 10, 11).

El día 24 de enero de 2022, la paciente consultó al servicio de urgencias de la Clínica Santa Sofía con 29.1 semanas de gestación, por cuadro clínico de dolor pélvico, sin presentar contracciones ni pérdida de líquido amniótico o sangrado, signos vitales maternos sin alteración (TA 120/70 mmHg, FC:80 LPM, FR: 20 rpm, SaO2: 98%) y una frecuencia cardiaca fetal en rango de normalidad (153 latidos por minuto). Fue valorada clínicamente, confirmándose viabilidad fetal sin evidencia de actividad uterina ni signos de trabajo de parto, además, con reporte de paraclínicos (hemograma, proteína C reactiva y uroanálisis) con documentación de anemia leve y uroanálisis no patológico, sin proteinuria. En este contexto, el manejo conservador y el egreso con recomendaciones de signos de alarma, dada la ausencia de

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



hallazgos que indicaran riesgo inminente para la madre o el feto en ese momento, se consideran fueron acordes al protocolo de atención obstétrica vigente para estos casos (1-2).

El 9 de abril de 2022, la paciente ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Santa Sofía con una edad gestacional de 39.6 semanas, presentando un cuadro agudo caracterizado por dolor pélvico intenso, sangrado vaginal abundante y ausencia de percepción de movimientos fetales. Al ingreso, se documentó hipertensión arterial severa (160/120 mmHg), palidez generalizada y ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Frente a la sospecha de una emergencia obstétrica, específicamente un desprendimiento prematuro de placenta asociado a preeclampsia severa y muerte fetal intrauterina, se procedió oportunamente con una intervención rápida y adecuada frente a una complicación aguda grave, al realizar una cesárea de emergencia bajo anestesia general. A las 17:05 horas el neonato nació sin signos vitales, y se documenta la aplicación de maniobras avanzadas de reanimación por 20 minutos, sin respuesta. La atención pediátrica se realizó conforme a protocolos de reanimación neonatal, incluyendo intubación, compresiones torácicas y administración de adrenalina. Durante la intervención quirúrgica se constató un desprendimiento placentario del 100% y se confirmó el óbito fetal, hallazgos que reflejaron la gravedad del cuadro clínico y justificaron plenamente la realización de la cesárea de emergencia. En el postoperatorio inmediato, la paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos para la continuidad del manejo, con monitoreo estricto y manejo de la preeclampsia severa con adecuado control de las cifras tensionales, neuroprotección con sulfato de magnesio, y la vigilancia de posibles complicaciones metabólicas, hematológicas y renales. Los estudios de laboratorio evidenciaron anemia y trombocitopenia leves, tiempos de coagulación prolongados y función hepática conservada. La evaluación ecográfica reveló hallazgos sugestivos de enfermedad renal parenquimatosa bilateral, motivo por el cual se inició manejo médico con ajuste de antihipertensivos, fluidoterapia y seguimiento especializado por nefrología. La paciente evolucionó favorablemente, con recuperación hemodinámica adecuada, control efectivo de las cifras de presión arterial, sin signos de vasoespasmo ni complicaciones infecciosas, y con un puerperio sin incidencias mayores. Por lo cual, se considera que la atención brindada en el servicio de urgencias y en la unidad de cuidados intensivos, tanto en el manejo de la emergencia obstétrica como en el control de la preeclampsia severa, fue adecuada y conforme a los protocolos normativos vigentes para estos casos (3,4,5).

CONCLUSIÓN

A. La atención en salud brindada a la señora Carol Tatiana Garcés, en la Clínica Santa Sofía de la ciudad de Buenaventura, durante los controles prenatales los días 23/08/2021, 11/10/ 2021, 29/12/2021, 07/01/2022, 15/03/2022, 29/03/2022, no se adecuaron por completo a la atención esperada o lex artis, según los protocolos de atención vigentes para el caso específico.

La atención en salud brindada en el servicio de urgencias de la Clínica Santa Sofía de la ciudad de Buenaventura, el día 24/01/2022 con 29.1 semanas de embarazo, fue adecuada a la atención esperada o lex artis, según los protocolos de atención vigentes para el caso específico.

Las atenciones en salud brindadas a la señora Carol Tatiana Garcés durante su estancia en la Clínica Santa Sofía de la ciudad de Buenaventura, en los servicios de Urgencias, Quirófano y

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



Unidad de Cuidados Intensivos, entre el 09 al 14 de abril de 2022, fueron adecuadas y se ajustaron a lo esperado conforme a los protocolos de atención vigentes para el manejo del caso específico, de acuerdo con la normatividad y guías clínicas disponibles al momento de los hechos en investigación.

B. Con base en la revisión de la literatura médica, se puede conceptuar que la presentación de preeclampsia severa en la señora Garcés Angulo, con el consecuente desprendimiento prematuro del 100% de la placenta (según la descripción quirúrgica) y la muerte fetal, no era del todo previsible ni evitable, teniendo en cuenta que el hecho de ser portadora de factores de riesgo moderado-alto para preeclampsia, no condiciona siempre la presentación de la enfermedad, y que el uso de Aspirina desde la semanas 12-16 hasta el final del embarazo, muestra una modesta habilidad para reducir el riesgo de presentar preeclampsia y sus secuelas, como se explica en el ítem DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO MODO Y LUGAR.

Asimismo, se concluye que la realización y aplicación adecuada y oportuna de todas las medidas protocolarias indicadas para el manejo del cuadro clínico presentado el 09 de abril de 2022, conforme a la literatura médica y las guías disponibles al momento de los hechos, permitió salvaguardar la vida de la gestante/puérpera.

C. Por lo explicado en el presente informe pericial, no es posible determinar nexo de causalidad médica entre la atención en salud prestada a la señora Carol Tatiana Garcés Angulo en la Clínica Santa Sofía de la ciudad de Buenaventura, durante la atención en salud brindada durante los controles prenatales los días 23/08/2021, 11/10/ 2021, 29/12/2021, 07/01/2022, 15/03/2022, 29/03/2022; sin embargo, la indicación de administración del ácido acetilsalicílico (Aspirina) le habría brindado la posibilidad de disminuir el riesgo de la preeclampsia severa y por ende el abruptio placentae y la subsecuente muerte del producto de la gestación, hasta en un 17% según reporta la literatura.

En cuanto a la atención recibida en el periodo comprendido entre el 09 y el 14 de abril de 2022 en la Clínica Santa Sofía de la ciudad de Buenaventura, es posible determinar que NO existe una relación de causalidad médica y el desenlace clínico: muerte fetal, derivado de la preeclampsia severa y el desprendimiento de placenta secundario.

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

Dentro de la solicitud enviada no se indicó cuestionario a responder por medicina legal.

COMENTARIOS

El análisis emitido en el presente informe después del estudio pericial del caso que nos ocupa, se refiere únicamente a la situación que existía en el momento de practicarse dicho estudio y, por ello, el resultado no puede extrapolarse a otras circunstancias o condiciones ambientales. Por esta razón, en caso de producirse variación sustancial o modificación de tales circunstancias, convendría una nueva evaluación y efectuar un nuevo análisis situacional.

El presente informe se realizó en interconsulta con profesional especializado Forense, especialista en Ginecoobstetricia la Dra. Ana María Londoño Zapata.

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-01864-2025



Atentamente,

ANA MARIA LONDOÑO ZAPATA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

OSCAR ANDREY VELASQUEZ CLAVIJO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

COPIA DOCUMENTO

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

23/05/2025 16:12

Pag. 35 de 35

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO
j01ccBuenaventura@cendoj.ramajudicial.gov.co
Buenaventura (Valle), 26 de mayo de 2025

Radicación: 76-109-31-03-001-2023-00032-00
Proceso: Verbal – Responsabilidad Médica
Demandante: CAROL TATIANA GARCÉS ANGULO y otros
Demandados: CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO y otros
Auto: No. 357

A través del memorial allegado a la dirección electrónica de este Despacho (pdf 096), el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES - UNIDAD BÁSICA CALI, arrió la experticia solicitada por el Despacho en cumplimiento de lo dispuesto por el Tribunal Superior de Buga, razón por la cual, se pone en conocimiento de las partes el referido dictamen pericial.

NOTIFÍQUESE,

EL JUEZ,

JOSÉ IRENARCO CORREDOR

FIRMADO POR:

JOSE IRENARCO CORREDOR
JUEZ CIRCUITO
JUZGADO DE CIRCUITO
CIVIL 001
BUENAVENTURA - VALLE DEL CAUCA

ESTE DOCUMENTO FUE GENERADO CON FIRMA ELECTRÓNICA Y CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURÍDICA, CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY 527/99 Y EL DECRETO REGLAMENTARIO 2364/12

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: **B0D50EC85F7708419F54905A105E030FF12CE19713081191D341ED1B289FC66F**
DOCUMENTO GENERADO EN 26/05/2025 01:20:24 PM

DESCARGUE EL ARCHIVO Y VALIDE ÉSTE DOCUMENTO ELECTRÓNICO EN LA SIGUIENTE URL:
[HTTPS://PROCESOJUDICIAL.RAMAJUDICIAL.GOV.CO/FIRMAELECTRONICA](https://PROCESOJUDICIAL.RAMAJUDICIAL.GOV.CO/FIRMAELECTRONICA)