



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
TRASLADO**

SGC

**TRASLADO A LAS PARTES DEL DICTAMEN PERICIAL
PARA QUE SI A BIEN LO TIENEN EJERZAN SU DERECHO DE CONTRADICCIÓN**

FECHA: 19 DE ABRIL DE 2017

HORA: 08: 00 AM.

**MAGISTRADO PONENTE: DR. MOISÉS RODRÍGUEZ PÉREZ
RADICACIÓN: 13-001-23-31-000-2012-00348-00
CLASE DE ACCIÓN: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: AMPARO ATENCIÓN TARRIVA
DEMANDADO: DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR Y OTROS
ESCRITO DE TRASLADO: DICTAMEN PERICIAL
OBJETO: TRASLADO
FOLIOS: 629-636**

Al ANTERIOR DOCUMENTO se le da traslado legal por el término de tres (3) días hábiles a las partes, para que, si a bien lo tienen ejerzan su derecho de contradicción, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 110 del Código General del Proceso.

EMPIEZA EL TRASLADO: VEINTE (20) DE ABRIL DE DOS MIL DIECISIETE (2017), A LAS 08:00 AM.

**JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
SECRETARIO GENERAL**

VENCE EL TRASLADO: VEINTICUATRO (24) DE ABRIL DE DOS MIL DIECISIETE (2017), A LAS 05:00 PM.

**JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
SECRETARIO GENERAL**

DES



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

DIRECCION SECCIONAL QUINDIO

DIRECCIÓN: Calle 18 N No. 14-42. ARMENIA, QUINDIO
TELEFONO: (6) 7495860-7497229 Telefonía IP (1) 4069944 extensión 3620

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: DSQ-DROCC-06761-2016

CIUDAD Y FECHA: ARMENIA. 06 de diciembre de 2016
 NÚMERO DE CASO INTERNO: **DSQ-DROCC-06807-C-2016**
 OFICIO PETITORIO: No. 00946LRC DD001 - 2015-11-03. Ref: 13-001-23-31-000-2012-00348-00 -
 AUTORIDAD SOLICITANTE: JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
 ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR
 TRIBUNAL
 AUTORIDAD DESTINATARIA: JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
 ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR
 TRIBUNAL
 CENTRO AVENIDA VENEZUELA
 CARTAGENA, BOLÍVAR

NOMBRE PACIENTE: AMPARO MARIA ATENCIA TARRIVA
IDENTIFICACIÓN: CC 1002495288
EDAD: 26 años
ASUNTO: Responsabilidad profesional

DATOS DEL INVESTIGADO

- Institución: E.S.E CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO
- Ciudad: CARTAGENA
- Nivel De Complejidad: III

MOTIVO DE PERITACIÓN: VER ITEM RESPUESTA A INTERROGANTES ESPECIFICOS.

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO: - Historia clínica de la E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo C., desde el día 14/agosto/10 hasta el 16/agosto/10 a nombre de Cindy Atencio Tarriva - Historia clínica de Gestión Salud IPS desde el día 17/agosto/10 hasta el 18/agosto/10 a nombre de Cindy Atencio Tarriva, a partir de esta fecha hasta el 26/octubre/10 se continuó el registro a nombre de Amparo Atencia Tarriva según quedó registrado en el folio 000125, cuaderno 1, luego de que se reportó suplantación de identidad.

OTROS RECURSOS UTILIZADOS: - Embarazo ectópico. Obstetricia siglo XXI. Capitulo 2. Universidad Nacional de Colombia. Año 2009. - Guía de Atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (Guía 15). Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública Bogotá, Colombia Mayo 2007.

EXAMEN CLÍNICO FORENSE ACTUAL: Reporte de patología caso 3959 del 14/enero/11 (centro de diagnóstico citopatológico del Caribe) los cortes revelan Trompa de Falopio de morfología habitual y ovario con folículos quísticos, cuerpo blancos, hemorragia reciente del estroma. No se observan vellosidades coriónicas, trofoblasto partes embrionarias en los especímenes enviados. Diagnostico final: trompa uterina izquierda. Ovario izquierdo con hemorragia del estroma. Doctora Lia Barrios.

RESUMEN DEL CASO: Se trata de una paciente de 22 años, que consultó a la E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo C., el día 14/agosto/2010 a las 22+00, porque "me dijo un médico que tenía un aborto...", con cuadro de 11 días de evolución con sangrado abundante por genitales de color oscuro no fétido acompañado de dolor tipo cólico en hipogastrio y mareos. Antecedentes personales negativos. Antecedentes ginecológicos: menarquia 12 años, ciclos 28x4. Fecha de última menstruación 05/agosto/2010. Grávida (G) 1, Aborto (A) 1. Al examen físico (EF) de ingreso: tensión arterial (TA) 100/60, frecuencia cardiaca (FC) 90 min, mucosas pálidas, temperatura (T) 37.8°C, abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, a la especuloscopia cuello posterior, estigmas de sangrado, tacto vaginal (TV) útero en AVF para 8 semanas, extremidades sin edemas. Se hizo diagnóstico de amenaza de aborto vs aborto incompleto. Fue valorada por ginecóloga de turno quien decidió dejar en observación.

TATIANA MARCELA LOPEZ CASTRO

Tatiana M. Lopez C.

06/12/2016 18:01

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**No.: DSQ-DROCC-06761-2016**

solicitó ecografía transvaginal, hemograma, gonadotropina coriónica humana (BhCG) cuantitativa y revalorar. 15/agosto/2015, hora 04+50, se realizó rastreo ecográfico encontrando endometrio lineal, sin restos ovulares, con BhCG en 1530 por lo que se consideró existencia de embarazo ectópico. Continuo en observación. Hora 12+00, con dolor en hipogastrio y sangrado genital, TA 110/70, FC 84 min, dolor a la palpación de hipogastrio, TV con estigmas de sangrado, útero aumentado de tamaño, se solicitó ecografía transvaginal. Hora 14+30, cuadro hemático reportó: hemoglobina (Hb) 10 mg/dl, hematocrito (Hto) 29.2, leucocitos 14.700, neutrófilos 79.9%. Hora 15+15, TA 100/60, FC 90 min, abdomen blando, depresible, con dolor a nivel de hipogastrio, peristaltismo positivo, no signos de irritación peritoneal, examen ginecológico con iguales hallazgos que en valoración anterior. Ecografía transvaginal (15/agosto/10) reportó útero de tamaño normal, endometrio regular vacío, en anexo izquierdo se observa imagen heterogénea de 66x51 mm, compatible con embarazo ectópico roto organizado, ovario derecho normal. Hay líquido libre en fondo de saco posterior y región pélvica. Quedó anotado como plan: "se considera motivación para laparotomía exploratoria para resolver patología y evitar complicación por sangrado masivo intraabdominal". Hora 17+45, se realizó procedimiento quirúrgico en el que se encontró sangre en cavidad abdominal, aproximadamente 400 cc, se visualizó en trompa izquierda embarazo ectópico roto organizado, se retiró trompa izquierda, se verificó hemostasia, se cerró cavidad, toleró procedimiento sin complicación, TA 100/80. 16/agosto/10, Hora 09+15, refiere dolor en hipogastrio, al EF encuentran TA 90/60, FC 106 min, mucosas pálidas, herida quirúrgica en buen estado, dolor a la palpación profunda de hipogastrio, escaso sangrado genital, y concluyeron "paciente en regular estado, con Hb de 6.8, taquicardica, hipotensa, por lo cual se ordenó bolo de Hartman 500 cc y transfundir 2 unidades de glóbulos rojos y Hb postransfusión. Hora 21+00, en POP de laparotomía para resección de embarazo ectópico, con TA 60/30, FC 144 min, se inició infusión de líquidos endovenosos con persistencia de shock, por lo que se sospechó sangrado abdominal, se realizó ecografía confirmando hemoperitoneo por lo cual se decidió reintervención, se solicitaron pruebas de coagulación, función renal y hepática, interconsulta a medicina interna y cuidado crítico, se reservaron 2 unidades de glóbulos rojos y se trasladó a cirugía. Hora 21+10, laparotomía exploratoria, se encontró hemoperitoneo de aproximadamente 200 cc, se identificó sangrado activo en rafia de salpinguectomía izquierda, ovario izquierdo con isquemia, anexo derecho sano, se realizó drenaje de hemoperitoneo, ooforectomía izquierda, lavado con solución salina, no hay evidencia de sangrado, se cierra cavidad abdominal. Anestesiología anotó: "...en regulares condiciones generales, FC 140 min, TA 78/40, se inicia acto anestésico...acto quirúrgico sin complicaciones...persiste hipotensa a pesar de manejo con líquidos endovenosos, coloides y vasoconstrictores endovenosos...presenta aparición de petequias en tórax y miembros superiores, desaturación de oxígeno y se hace evidente la aparición de secreción y espuma rosada a través del tubo endotraqueal, se hace diagnóstico de edema agudo de pulmón...valoración por medico de UCI (unidad de cuidados intensivos) acude al llamado y considera traslado a UCI para manejo". Ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos el día 17/agosto/10, hora 00+10, donde encontraron paciente con signos vitales (SV): TA 138/59, FC 133 min, FR 16 min, bajo efectos de sedante, en ventilación mecánica invasiva, presencia de petequias, mucosas pálidas, con sangrado escaso por boca, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen distendido, hematoma en borde superior de la herida quirúrgica, sangrado escaso por genitales externos, petequias en extremidades. Se inició manejo inotrópico, se continuó ventilación mecánica, se solicitaron gases arteriales que mostraron hipoxemia leve. Se dejó con diagnósticos de Postoperatorio (POP) de salpinguectomía parcial izquierda por embarazo ectópico roto, shock hemorrágico vs distributivo, coagulación intravascular diseminada (CID), disfunción orgánica múltiple. 18/agosto/10, hemodinamicamente inestable, con cifras tensionales elevadas, alteración de pruebas de coagulación, recuento de plaquetas bajo, recibió transfusión de 7 unidades de plasma y 6 unidades de plaquetas, se le hace cambio de antibióticos a meropenem + vancomicina, con temperaturas elevadas durante la noche, Hb de 5.3 por lo que se interconsultó a ginecología quien realiza ecografía pélvica encontrando signos de hemoperitoneo por lo que se decidió reintervenir quirúrgicamente. Abordaje por cicatriz antigua,

JATHANA MARCELA LOPEZ CASTRO
Jathana M. Lopez

06/12/2016 18:01

SERVICIO FORENSE PARA UNA COLOMBIA DIVERSA Y EN PAZ

Pag. 2 de 8

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**No.: DSQ-DROCC-06761-2016**

se drenó hemoperitoneo de más o menos 800 cc, se encontró sangrado escaso a nivel del cuerno uterino izquierdo, se reforzaron muñones de cirugía previa, se realizó rafia de cuerno uterino y ligamento ancho, se verificó hemostasia, cierre de cavidad. Se transfundieron 3 U de glóbulos rojos y 3 de plasma. Continúo bajo soporte inotrópico y monitoreo hemodinámico estricto. Malas condiciones generales, el día 20/agosto/10, se encontraron extremidades simétricas, con edema grado II, llenado capilar más de 5 segundos, pulsos periféricos presentes, aparición de flictenas en miembros superiores, marcada pálidez mucocutánea y petequias en extremidades superiores e inferiores que confluyen con signos de hipoperfusión generalizada. Leucocitosis significativa con respuesta inflamatoria (leucocitos 39.200, N 94%), preliminares de hemocultivos negativos para las primeras 24 horas. En horas de la tarde y ante la no mejoría clínica, con alta sospecha de shock toxico por estafilococo meticilino resistente vancomicina resistente se inició linezolid. 22/agosto/10, le realizaron ecocardiograma que mostró ventrículo izquierdo y derecho de tamaño normal, con motilidad sistólica severamente disminuida calculada en un 18% con hiperquinesia global, con válvulas aortica, pulmonar, tricúspides y mitral normales competentes, no hay masas ni coágulos intracavitarios, ligero derrame pericárdico. Durante los siguientes días continuó en estado crítico con evolución tórpida de las lesiones en miembros inferiores por lo que es valorada por cirugía vascular el día 23/agosto/10, le realizan eco doppler que reportó permeabilidad de arteria tibial anterior, bilateral, radial y cubital considerando que clínicamente no hay síndrome compartimental se consideró manejo conservador con desbridamiento local y cuidados locales además prostaglandina E1 (alprostadil). (Se le dio cilostazol). Ortopedia realizó desbridamiento con drenaje de flictenas, lavado exhaustivo y cubrimiento con gasas impregnadas de antiséptico. Se suspende noradrenalina, buen gasto urinario. Empezó a presentar mejoría por lo que se decidió iniciar disminución de sedación hasta lograr destete de ventilación mecánica, este objetivo no se logró por presentar agitación; hacia el día 29/agosto/10, se realizó nuevo lavado de miembros superiores e inferiores por parte de ortopedia, con clara definición de zonas necróticas. Presenta picos febriles por lo que se decidió policultivar y cambio de catéter arterial. 31/agosto/10 se realiza traqueostomía. Continúa en lavado y debridamiento de extremidades por parte de ortopedia. El día 03/septiembre/10 llega reporte de cultivo de catéter central se obtuvo crecimiento de acinetobacter baumannii resistente a piperacilina, imipenem, meropenem, gentamicina, tobramicina, por lo que se decidió suspender linezolid, meropenem e iniciar tigeciclina. Durante los siguientes días presenta mejoría que permitió disminuir medicamentos inotrópicos y parámetros ventilatorias, sin embargo, continuó presentando lesiones a nivel de extremidades, en miembros inferiores, áreas de necrosis en pies que parecen comprometer piel y tejido celular subcutáneo, pulsos pedios presentes con limitación parcial de los movimientos y en cara anterior de miembro superior izquierdo y derecho, considerando que estas lesiones podrían estar favoreciendo la presencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica, se solicitó junta médica con cirugía plástica y ortopedia, la cual se realizó el día 07/septiembre/10 con la participación de cirugía vascular, ortopedia y medicina interna, en ella se decidió desbridamiento y manejo conservador para esperar que se limite el proceso isquémico de miembros superiores; amputación bilateral de miembros inferiores de acuerdo a condición de los tejidos intraoperatoriamente. El día 10/septiembre/10 se realiza amputación supracondilea de ambos miembros inferiores por no encontrar por debajo de esta zona perfusión sanguínea de tejidos que se encontraban ya con necrosis y alto riesgo de infección, no complicaciones, a su reingreso a UCI, se dejó en ventilación mecánica, se continuó manejo antibiótico. Evolución que tiende a la mejoría, sin soporte inotrópico, ventilación mecánica en tienda de traqueotomía, herida quirúrgica de muñón en miembros inferiores sin signos de infección, con adecuado proceso de cicatrización, tolerando la vía oral. Se consideró apoyo intensivo por parte de psiquiatría y apoyo nutricional, además soporte por fisioterapia, se retira catéter venoso central, ante condición clínica el día 17/septiembre/10 se decidió traslado a sala general, continuó con tratamiento antibiótico: tigeciclina hasta completar 14 días, se consideró descartar proceso patológico asociado a la tiroides como causa probable de hipertensión y taquicardia, por lo que se solicita TSH. Necrosis de los dedos índice y pulgar en mano derecha, por lo que el día 21/septiembre/10 se llevó a amputación de los mismos, se inició además meropenem por la

TATIANA MARCELA LOPEZ CASTRO*Tatiana M. Lopez C.*

06/12/2016 18:01

SERVICIO FORENSE PARA UNA COLOMBIA DIVERSA Y EN PAZ

Pag. 3 de 8

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: DSQ-DROCC-06761-2016

presencia de pseudomona aeruginosa en secreción de herida quirúrgica abdominal. Continuó evolución hacia la mejoría, logrando buena tolerancia a la decanulación la que se realizó el día 22/septiembre/10, aceptó y toleró la vía oral, con terapia física para acondicionamiento de muñones en miembros inferiores y posteriormente colocación de prótesis y de miembros superiores para adaptación; en manejo por clínica de heridas por presencia de abdomen abierto, secundario a dehiscencia de herida quirúrgica. El día 10/octubre/10 presentó pico febril por lo que se decidió policultivar, rastreo de hongos, se inició cefepime hasta los resultados para evaluar la necesidad de antibioticoterapia. Progreso en su evolución, se descartó proceso infeccioso por medicina interna, se optimizaron requerimientos nutricionales, manejo de heridas en miembros superiores por clínica de heridas, el día 23/octubre/10, cirugía plástica valora y decidió continuar recuperación proteica y de hemoglobina para luego programar cirugía. El día 26/octubre/2010, teniendo en cuenta su adecuada evolución se decidió alta médica con recomendaciones y alarma, se reajusta protocolo de manejo ambulatorio y control con fisioterapia, cirugía plástica, ortopedia, medicina interna, psiquiatría y psicología. Reporte de cultivos durante la hospitalización: -17/agosto/10: Hemocultivo #1: no se obtuvo crecimiento bacteriano a las 72 horas de incubación en aerobiosis (negativo). Hemocultivo #2. No se obtuvo crecimiento bacteriano a las 72 horas de incubación en aerobiosis (Negativo). Estos mismos cultivos son reportados 5 días después de la siembra, es decir, el día 23/agosto/10, sin crecimiento bacteriano (negativos). -30/agosto/10: Secreción de escara: Mas de 100.000 Unidades Formadoras de Colonias (UFC) de Acinetobacter baumannii. Hemocultivo catéter central: se obtiene abundante crecimiento de acinetobacter baumannii a las 24 horas de incubación. Hemocultivo de línea arterial no se obtuvo crecimiento bacteriano a las 72 horas de incubación en aerobiosis. -17/septiembre/10: secreción mano izquierda: se obtuvo abundante crecimiento de pseudomona aeruginosa a las 24 horas de incubación en aerobiosis. -19 /septiembre/10: hemocultivo tomado por catéter (retrocultivo): negativo a los 5 días de incubación. -24/septiembre/10: secreción de muñón de rodilla crecimiento de moderado acinetobacter baumannii a las 24 horas de incubación -01/octubre/10: secreción de muñón de rodilla crecimiento de moderado acinetobacter baumannii a las 24 horas de incubación -07 /octubre/10: hemocultivo 1 y 2 no se obtuvo crecimiento bacteriano a los 5 días de incubación en aerobiosis (negativo).

DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO MODO Y LUGAR: Embarazo ectópico: Es el que resulta de la implantación del óvulo fecundado en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina normal. La localización más frecuente de esta entidad es la trompa uterina, otras localizaciones descritas son el ovario, el cuerno uterino, la cicatriz uterina de una cesárea entre otros. Se denomina embarazo heterotópico o compuesto a la coexistencia de una gestación intrauterina con un embarazo ectópico. Es una causa común de muerte materna en el primer trimestre. En Colombia se ha informado una tasa de 15 embarazos ectópicos por cada 1.000 embarazos y, según los datos del DANE, en el año 2006 el embarazo ectópico fue la decimosegunda causa de mortalidad materna, siendo responsable de 11 de las 536 muertes maternas registradas. La prevalencia del embarazo ectópico es alrededor de 3 a 12 por 1.000 nacidos vivos. El embarazo ectópico que ocurre después de una ovulación y fertilización naturales se asocia con factores de riesgo que lesionan la trompa y alteran el transporte del embrión hasta el útero. Tal es el caso de la cirugía tubárica previa (esterilización tubárica, salpingoneostomía y reanastomosis tubárica), la salpingitis ístmica nudosa, la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo ectópico previo, la endometriosis, las anomalías congénitas de las trompas y las adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas sobre el útero, el ovario y otros órganos pélvicos o abdominales. Otros factores de riesgo incluyen anomalías del cigoto, factores ováricos y uso de hormonas exógenas. La fertilización in vitro y la inducción de la ovulación constituyen los factores de riesgo más importantes, seguidos por los factores tubáricos. De acuerdo con la evolución, pueden presentarse **diferentes cuadros clínicos**: a. Embarazo ectópico no roto o en evolución: Ocurre cuando **no se ha presentado** la ruptura de la trompa. El cuadro clínico del embarazo tubárico no roto se caracteriza por dolor pélvico o abdominal, amenorrea, retraso o alteración de las características usuales de la menstruación y masa

TATIANA MARCELA LOPEZ CASTRO

Tatiana M. Lopez Castro

06/12/2016 18:01

SERVICIO FORENSE PARA UNA COLOMBIA DIVERSA Y EN PAZ

Pag. 4 de 8

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**No.: DSQ-DROCC-06761-2016**

pélvica (tríada clásica). Se debe descartar embarazo ectópico ante cualquier cuadro de hemorragia en el primer trimestre de la gestación. En el 50% de los casos se puede llegar a establecer un diagnóstico con base en los hallazgos clínicos; en los demás, es necesario apoyarse en exámenes paraclínicos: *Dosificación seriada de hCG: en los casos de embarazo intrauterino normal la concentración de la hormona se duplica aproximadamente cada 1,4 - 2,1 días, con un aumento mínimo de 50% en dos días. En los embarazos intrauterinos de mal pronóstico y en los ectópicos no se observa la progresión normal de la hCG. Las determinaciones seriadas de hCG también indican el momento óptimo para realizar un ultrasonido transvaginal. La ausencia de una gestación intrauterina con concentraciones de HCG superiores a 1.500 mUI/mL es compatible con embarazo ectópico. También debe considerarse la posibilidad de un embarazo ectópico cuando después de realizarse un legrado uterino no ocurre un descenso 15% de la HCG en 8-12 horas. * Ecografía transvaginal: es la modalidad de imagen de elección para el diagnóstico del embarazo ectópico, permitiendo detectar la localización con precisión en más del 90% de todos los embarazos y en el 73,9% de los embarazos ectópicos, con un único examen. Cuando la hCG alcanza niveles de 1.500 a 2.000 mUI/mL, un embarazo normal (único) debe mostrar un saco gestacional en el ultrasonido pélvico transvaginal. El saco vitelino se puede identificar a las 3 semanas posconcepción (5 semanas desde la última menstruación) cuando el saco gestacional tiene más de 10 mm de diámetro, y los movimientos cardíacos embrionarios desde las 4 semanas posconcepción (6 semanas desde la última menstruación) cuando la longitud cefalocaudal es mayor de 5 mm. Con excepción del embarazo heterotópico, la identificación por ultrasonido de un embarazo intrauterino descarta la posibilidad de embarazo ectópico. La detección por ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración de HCG de 1.000 mUI/mL, tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y unos valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnosticar embarazo ectópico. Los hallazgos ultrasonográficos más específicos son: masa anexial extraovárica, embrión vivo en la trompa, anillo tubárico y masas mixtas o sólidas en las trompas. Al realizar ultrasonido transabdominal convencional, la ausencia de saco gestacional intrauterino cuando se tienen concentraciones de HCG mayores de 6.500 mUI/mL (zona discriminatoria) también se ha relacionado con embarazo ectópico. b. Aborto tubárico: en este caso ocurre expulsión del material ovular y sangrado a través de la fimbria hacia la cavidad peritoneal. El proceso puede ser autolimitado o persistir el sangrado. La irritación peritoneal acentúa la sintomatología, el dolor se hace más intenso y generalmente obliga a la consulta de urgencia. A la exploración vaginal el cuello permanece cerrado y hay dolor a la movilización; el útero se encuentra reblandecido; puede o no palparse masa anexial y hay dolor a la presión del fondo de saco posterior. El hemoperitoneo resultante puede producir abombamiento del saco de Douglas. El estado hemodinámico de la paciente empieza a deteriorarse. Aparece palidez mucocutánea, hipotensión (tensión arterial baja), taquicardia, lipotimias (desmayos) transitorias, y el cuadro hemático muestra anemia. Después del aborto tubárico puede ocurrir implantación secundaria. c. Embarazo ectópico roto: la distensión de la trompa por el aumento de volumen de un embarazo tubárico provoca la ruptura de ésta, ocasionando sangrado hacia la cavidad peritoneal. El cuadro clínico se caracteriza por dolor intenso en hipogastrio o en la fosa ilíaca correspondiente, que se irradia al epigastrio y al hombro. Se instaura un cuadro de abdomen agudo acompañado de palidez mucocutánea, hipotensión, taquicardia, lipotimia y shock hipovolémico si la hemorragia es severa o persistente. En la exploración vaginal ocurre dolor a la movilización del cuello, a la presión del fondo de saco posterior y a la palpación bimanual, especialmente del lado correspondiente al ectópico. Puede o no identificarse engrosamiento o masa anexial. En el ultrasonido se encuentra líquido libre en cavidad (correspondiente al hemoperitoneo). El cuadro hemático muestra anemia. d. Embarazo ectópico roto y organizado: Ocurre cuando, después de la ruptura o aborto tubárico cesa espontáneamente la hemorragia y quedan los productos de la concepción en la cavidad abdominal. Se presenta una historia de dolor hipogástrico difuso o localizado hacia una de las fosas ilíacas, amenorrea o irregularidades menstruales recientes, sangrado intermitente escaso y oscuro, acompañado de malestar general, palidez, lipotimia, tenesmo, escalofríos, y en ocasiones febrículas. La

TATIANA MARCELA LOPEZ CASTRO*Tatiana M. Lopez Castro*

06/12/2016 18:01

SERVICIO FORENSE PARA UNA COLOMBIA DIVERSA Y EN PAZ

Pag. 5 de 8

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**No.: DSQ-DROCC-06761-2016**

paciente puede referir un episodio transitorio de dolor agudo de localización pélvica o en una fosa ilíaca que se autolimitó o mejoró con manejo analgésico. Al examen clínico se encuentra palidez mucocutánea y signos tardíos de hemoperitoneo. En el examen ginecológico se encuentra en ocasiones sangrado escaso de color oscuro, dolor a la movilización del cuello, el útero se puede identificar de tamaño normal y puede palparse una masa parauterina dolorosa, irregular, a veces crepitante y difícil de delimitar. Hay dolor a la presión del fondo de saco posterior. Es necesario hacer diagnóstico diferencial con aborto, aborto infectado, quiste complicado del ovario, enfermedad pélvica inflamatoria y plastrón apendicular. Existen tratamientos médicos (sistémicos o locales) y quirúrgicos (radicales o conservativos) para el embarazo ectópico. La elección del tratamiento depende del cuadro clínico, las condiciones de la paciente, los hallazgos a la laparoscopia o laparotomía, la habilidad del cirujano, los recursos hospitalarios y el deseo de un futuro embarazo. -Tratamiento quirúrgico: La laparotomía es la vía de elección para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico roto y en pacientes hemodinámicamente inestables. La laparotomía también está indicada cuando el cirujano no tiene el entrenamiento, carece de los recursos técnicos adecuados para realizar una laparoscopia operatoria, o la cirugía laparoscópica es técnicamente difícil. Cuando se hace tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico deben revisarse inicialmente ambos anexos. a. Embarazo ectópico no roto: Con trompa contralateral sana y con paridad satisfecha: salpinguectomía conservando el ovario. b. Embarazo ectópico roto: El tratamiento de elección es la salpinguectomía; siempre se debe tratar de conservar el ovario. La ooforectomía parcial o total sólo está indicada si el ovario está comprometido. Si la paciente está inestable hemodinámicamente o presenta choque hipovolémico, la vía de elección es la laparotomía. c. Embarazo ectópico roto y organizado: Estabilizar la paciente y practicar laparotomía. La intervención depende de los órganos interesados; usualmente se practica salpingectomía, pero en ocasiones se requiere salpingo-ooforectomía. -Tratamiento médico: El tratamiento médico tiene por objetivo tratar de conservar la trompa funcionante y evitar los riesgos y costos del tratamiento quirúrgico. El más conocido y ampliamente usado es la administración sistémica de metotrexate. También se han utilizado localmente glucosa hiperosmolar, cloruro de potasio, metotrexate y prostaglandinas. Se requiere hospitalización de la paciente, evaluación clínica estricta y seguimiento con determinación semanal de la HCG hasta que se encuentre 5 mUI/mL. Los principales criterios para indicar metotrexate son: 1) estabilidad hemodinámica, 2) HCG 5.000 mUI/mL, 3) masa anexial < 3,5 cm, y 4) ausencia de embrión vivo. Las contraindicaciones para el tratamiento con metotrexate son: disfunción hepática, transaminasa glutámico-oxaloacética del doble de lo normal, enfermedad renal, creatinina >1,5 mg/dL, úlcera péptica activa, discrasia sanguínea, leucocitos 3.000, plaquetas 100.000, pobre cumplimiento de la paciente y actividad cardíaca fetal. Las fallas del tratamiento con metotrexate son más comunes cuando los niveles de HCG son más altos, la masa anexial es grande, o hay movilidad del embrión. -Manejo expectante: Se ha informado resolución espontánea, sin tratamiento quirúrgico, hasta en un 68% de embarazos ectópicos. El éxito depende de una concentración inicial baja y posteriormente en descenso de la gonadotropina coriónica. No obstante, no existen marcadores adecuados para identificar el subgrupo de pacientes a quienes se les puede aplicar este manejo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: - La señora Atencia Tarriva, asistió al servicio de urgencia de la E.S. E Clínica de Maternidad Rafael Calvo, con dolor abdominal asociado a alteraciones menstruales por lo que iniciaron estudio para descartar aborto, ante la presencia de BhCG positiva y signos ecográficos de embarazo ectópico es llevada a laparotomía donde realizan salpinguectomía mas drenaje de hemoperitoneo, ajustándose a las guías que existen en la literatura para el manejo de embarazo ectópico. - En el postoperatorio mediato, ante la presencia de signos de hipovolemia (tensión arterial baja y aumento de la frecuencia cardíaca) asociado a presencia de líquido en pelvis documentado por ecografía, se decide llevar nuevamente a cirugía, manejo apropiado ante la sospecha de sangrado intraabdominal. - Ante la presencia de signos de hipoxemia y sospecha de edema agudo de pulmón al final del procedimiento, se traslada a la paciente a Unidad de Cuidados Intensivos para soporte respiratorio y hemodinámico, conducta adecuada ante el estado de la señora A tencia Tarriva. -

Tatiana M. Lopez
TATIANA MARCELA LOPEZ CASTRO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**No.: DSQ-DROCC-06761-2016**

La presencia de signos de sepsis llevó al uso de antibiótico de amplio espectro, los cuales fueron escalonados, según la respuesta clínica de la paciente y requirió de otras intervenciones quirúrgicas para el control de otros focos infecciosos. - Con los datos obtenidos de la historia clínica no es posible determinar el origen del grave estado inicial de la señora Atencia Tarriva, que llevo en ultima a la aparición de graves complicaciones que pueden atribuirse a coagulopatía (no hablo solo de hemorragia sino de trombosis) y shock distributivo, no hipovolémico, estado clínico que no se generó en el diagnóstico y tratamiento obstétrico inicial.

CONCLUSIÓN: La señora Atencia Tarriva recibió la atención hospitalaria y quirúrgica al momento de su ingreso a la E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo que se define en guías de manejo para el tratamiento embarazo ectópico. Ante la presencia de complicaciones postquirúrgicas, recibió la atención en el momento indicado, tanto con manejo quirúrgico ante la sospecha de sangrado intraabdominal secundario y manejo en UCI para soporte ventilatorio y hemodinámico. No hay relación del acto quirúrgico con las posteriores complicaciones. Es de anotar que esta es la opinión desde el punto de visto obstétrico. La conclusión que se formula en el presente informe del resultado del estudio pericial del caso que nos ocupa, se refiere únicamente a la situación que existía en el momento de practicarse el estudio y, por ello, los resultados no pueden 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.

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS: "...examine el caso de la joven AMPARO ATENCIA TARRIVA, la historia clínica y los exámenes realizados a la misma y determine: a. Si el procedimiento quirúrgico y la atención prestada a la joven AMPARO ATENCIA TARRIVA se ajustó a los procedimientos médicos, en el caso de un embarazo ectópico. R/. La presencia de sangrado vaginal y dolor pélvico en una mujer con vida sexual activa, obliga a descartar un embarazo ectópico, tal y como se hizo a la señora ATENCIA TARRIVA al consultar en la E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Ante la presencia de gonadotropina coriónica humana (bHCG) positiva, asociada al hallazgo ecográfico de masa a nivel del anexo izquierdo mayor de 6 cm compatible con embarazo ectópico roto organizado, líquido libre en el fondo de saco uterino y dolor abdominal se considera una clara indicación de laparotomía tal y como fue realizada. b. Cual fue la causa o falla medica que generó los daños en la salud de la joven AMPARO ATENCIA. R/. El actuar de la atención ginecológica se ajustó a los protocolos existentes para pacientes con sospecha de embarazo ectópico. Posteriormente ante la presencia de signos de shock (tensión arterial baja, aumento en la frecuencia cardiaca) y hallazgo ecográfico de líquido libre en cavidad pélvica, se lleva nuevamente a cirugía, donde encuentran hemoperitoneo (sangre en la cavidad abdominal) de aproximadamente 200 cc; posteriormente y ante el evento de sospecha de edema pulmonar e hipoxemia al final de procedimiento, es llevada a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para soporte ventilatorio y hemodinámico. Con los elementos obtenidos de la historia clínica, no es posible establecer una causa específica, que llevara a los daños sufridos por la señora ATENCIA TARRIVA. c. Qué posibilidades tiene la joven AMPARO ATENCIA TARRIVA de quedar en estado de embarazo. R/. El principal factor de riesgo del embarazo ectópico como se mencionó anteriormente, es el proceso inflamatorio, ya sea dado por infección u otros procesos (como endometriosis) que lleva a lesión de la trompa y puede generar alteración bilateral o unilateral. Dependiendo del compromiso de la trompa que quedó, la posibilidad de embarazo de manera espontánea puede ser de 0 (si la trompa esta obstruida) o del 12% si la trompa esta permeable (esta es la posibilidad de embarazo espontaneo por ciclo con ambas trompas sanas). Si hay obstrucción de la trompa, se puede lograr el embarazo con técnicas de reproducción asistida, con una posibilidad de éxito por ciclo entre el 29-35% y puede aumentar hasta el 41% dependiendo de las condiciones de la paciente. d. Cuál debe ser el protocolo de atención de un caso de embarazo ectópico. R/. Este interrogante queda resuelto con el desarrollo de este documento. Sin embargo, aclaro que, en general, los servicios de ginecología y obstetricia de cada uno de hospitales de Colombia, cuentan con guías de manejo de las patologías y situaciones más frecuentes en nuestro medio, si la autoridad lo considera pertinente investigar si para el año 2010, la E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo contaba con una guía de manejo de

Tatiana M. Lopez Castro
 TATIANA MARCELA LOPEZ CASTRO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

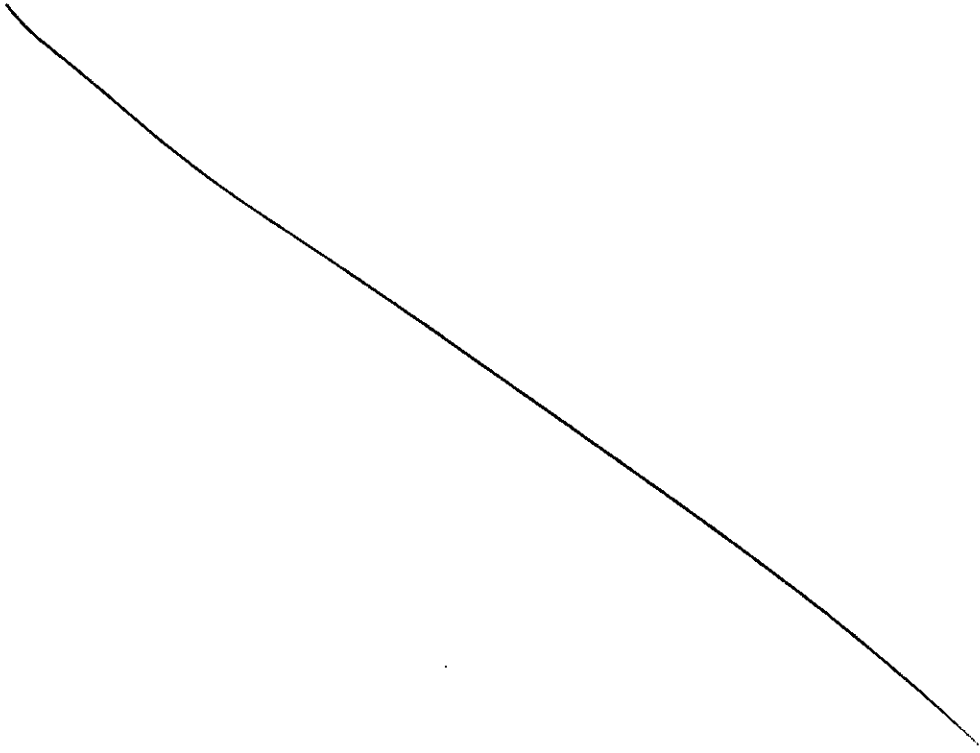
No.: DSQ-DROCC-06761-2016

embarazo ectópico y con base en ésta definir si se siguieron o no sus recomendaciones.

COMENTARIOS: Anexo al presente informe médico legal, el expediente de la señora AMPARO ATENCIA TARRIVA que consta de 5 cuadernos con 1252 folios para ser devuelto a la autoridad.

Atentamente,

Tatiana M. López
TATIANA MARCELA LOPEZ CASTRO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE



Tatiana M. López

SERVICIO FORENSE PARA UNA COLOMBIA DIVERSA Y EN PAZ

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.