

PRESENTO PERICIA MEDICA

JUZGADO: CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - SALA I

AUTOS: LOPEZ DAIANA ELIZABETH C/ SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD (SI.PRO.SA.) Y OTROS S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (EXPTE. 175/16 A3-A5-A6-D4)

REYNAGA MIRTA GISELA, Médica Legista MP 7571, DNI 28175241, quien constituye domicilio a los fines procesales en Barrio Altos del Aconquija, manzana G, lote 12, de la ciudad de San Isidro de Lules, a V.S. respetuosamente me dirijo y digo:

1. Que se tenga por presentado en tiempo y forma al perito médico legista.
2. Que para realizar la tarea encomendada en autos, se debió examinar a la actora.
3. Que se cotejó parcialmente la documentación que obra en expediente 175/16. Sólo se pudo acceder a historia clínica original integra, que corresponde a Unidad de Terapia Intensiva, pero no se me proveyó de original de la historia clínica que corresponde a toda la internación de la paciente en sala de parto e internación en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", por lo que se trabajó con las fotocopias, algunas ilegibles, que están en expediente.
4. Que se elevarán los resultados a V.S. para su judicial aprobación.
5. Que cuando V.S. lo considere oportuno se fijen los honorarios por el peritaje realizado.

6. Que se procederá a realizar el trabajo encomendado.

HECHOS:

El día 31 de mayo del corriente año, se presentó en el consultorio del perito quien se identificó como LOPEZ DAIANA ELIZABETH, con DNI 37.727.178, argentina, de 30 años de edad, y se procedió a realizar examen físico. En esa ocasión se le solicitó que aportara estudios complementarios que ya actuaban en el expte. y otros que pudiera aportar, referidas a los antecedentes médicos denunciados con anterioridad.

1-EXAMEN FÍSICO GENERAL:

La actora es de tez trigueña de 30 años de edad, relación pondo-estatural: longilínea normopeso, actitud normoesténico, la facie: compuesta y la marcha es normal. Está lúcida, orientada auto y alopsiquicamente, que coopera con el interrogatorio y el examen físico. Se incorpora a la pericial sólo el examen que hace a la causa.

2-ANAMNESIS GINECO OBSTETRICA:

Paciente con menarca a los 11 años de edad y actualmente con amenorrea secundaria a proceso quirúrgico de extirpación uterina (histerectomía puerperal). No presenta antecedentes de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas, etc.).

Antecedentes Obstétricos: tuvo dos gestas, la primera fue un aborto espontaneo y la segunda fue una gestación a término (40,4 semanas de gestación por fecha de última menstruación y ecografía del primer trimestre), con nacimiento por cesárea por polisistolia y desproporción feto-pélvica, según historia clínica de

expediente, de recién nacido de sexo masculino de 3989 gramos, APGAR 8/9 según carnet prenatal y protocolo quirúrgico, el 2 de febrero del año 2014 a horas 6.43, que después de nacido requirió estar internado en unidad de neonatología, siendo dado de alta el recién nacido el 20 de febrero del 2014 (permaneció el niño 18 días en neonatología), en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”. El alta médica materna, fue dada el 4 de febrero del 2014, cursando postoperatorio de cesárea, pero fue internada nuevamente el 8 de febrero del 2014 con diagnóstico de puerperio patológico, siendo intervenida quirúrgicamente para histerectomía puerperal, por sepsis puerperal. Estuvo internada en Unidad de Terapia Intensiva de dicho nosocomio desde el 9 de febrero hasta el 14 de febrero; luego pasa a sala de internación y es dada de alta el 19 de febrero. Pero, reingresa el 1 de julio a Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, para ser intervenida nuevamente quirúrgicamente el 3 de febrero por absceso intrabdominal en zona de histerectomía.

Antecedentes quirúrgicos: Cesárea el 2 de febrero del 2014, Histerectomía subtotal puerperal el 9 de febrero del año 2014 (al séptimo día post-cesárea), y laparotomía exploradora el 3 julio del mismo año (5 meses después de la histerectomía puerperal).

3-EXAMEN GINECOLOGICO:

Paciente que presenta múltiples cicatrices abdominales, a saber:

- a. Cicatriz infraumbilical transversal, tipo Pfannenstiel, hipopigmentada, retráctil, de 14 centímetros por 1 centímetro de ancho (ver figura 1, 2 y 3).

- b. Cicatriz mediana infraumbilical, hipopigmentada, retráctil, de 12 centímetros de largo por 2 cm. de ancho (ver figura 4, 5 y 6).

En examen ginecológico se observa vulva trófica, con implantación pilosa acorde a edad y sexo. Refiere mantener relaciones sexuales sin particularidades (no refiere dispareunia, es decir dolor durante el coito).

FIGURA 1 Y 2: ABDOMEN CON VISION DE CICATRICES.



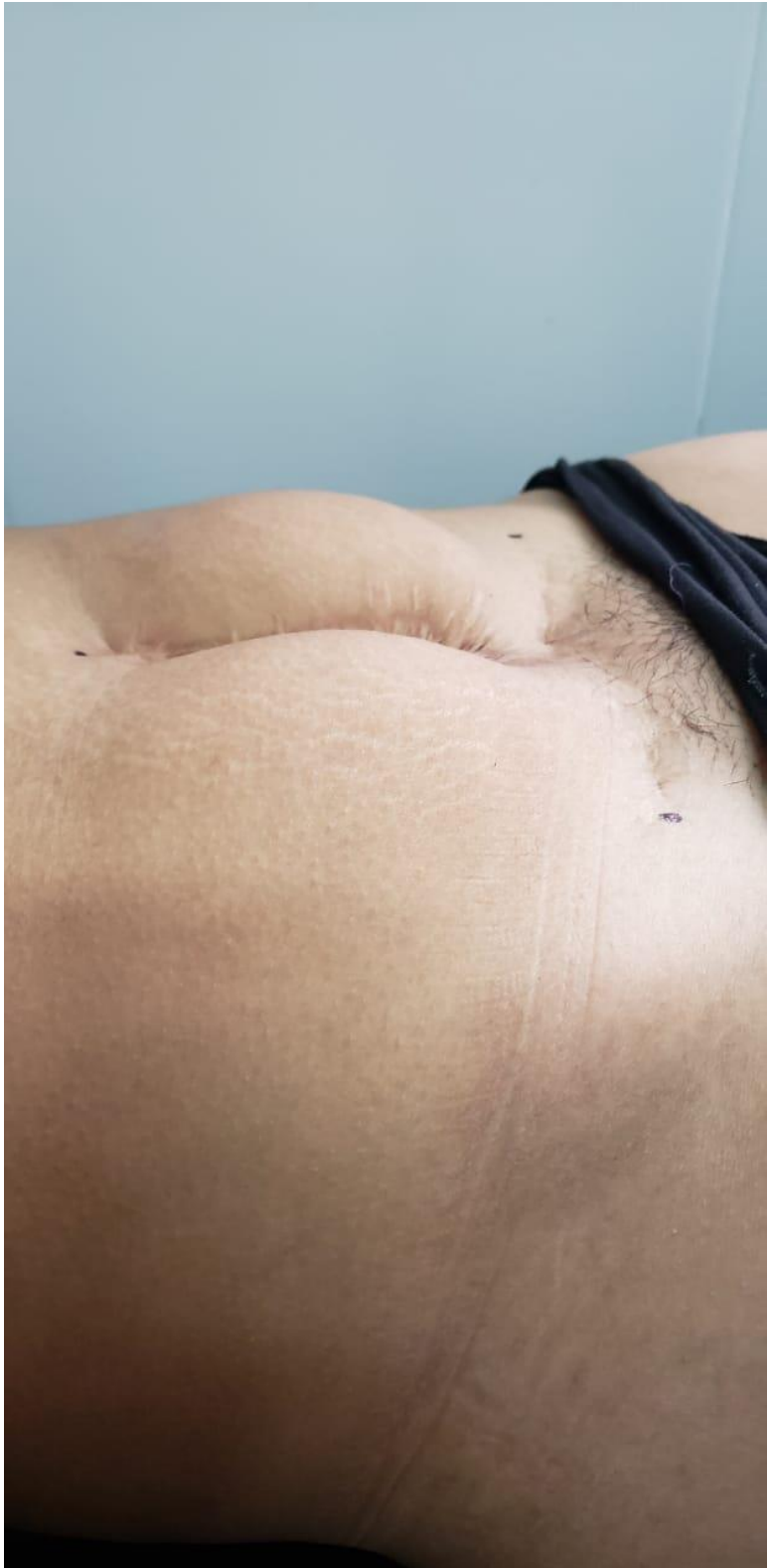
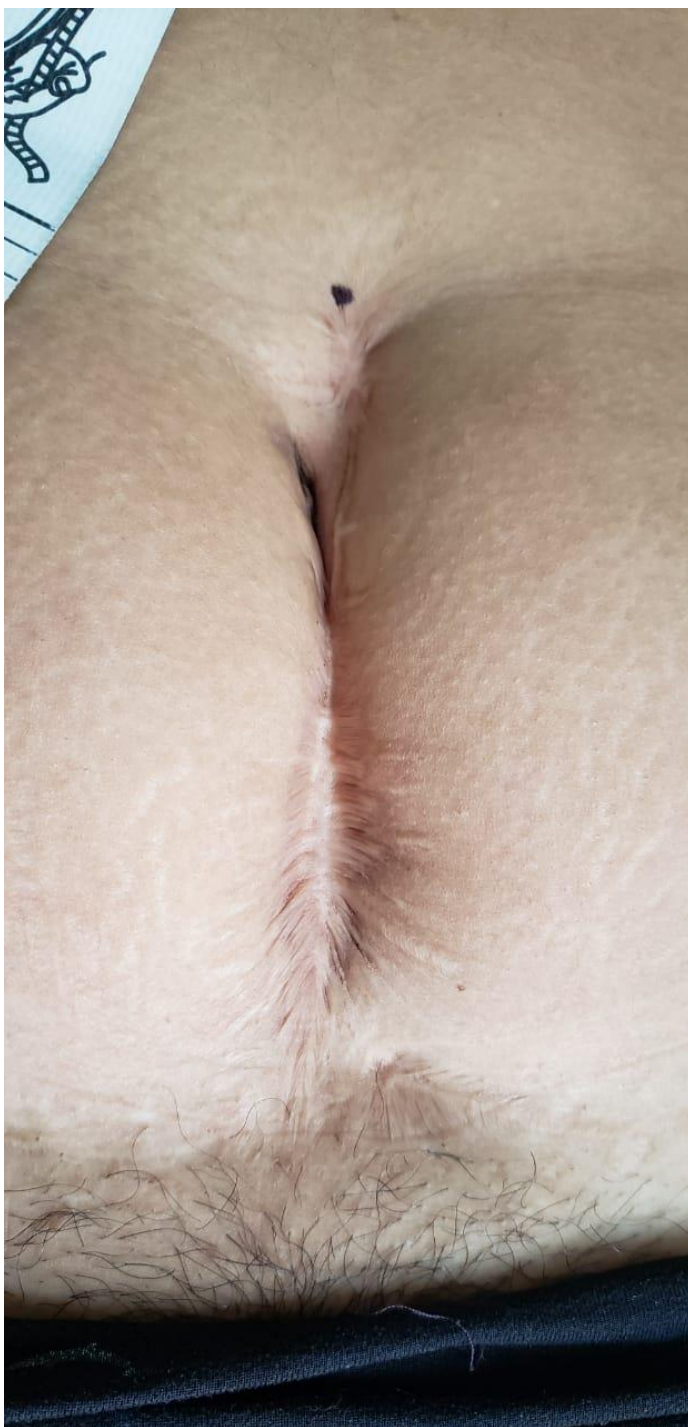


FIGURA 3: CICATRIZ TRASNVERSAL.



FIGURA 4, 5 Y 6: CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL.







4-EXÁMENES COMPLEMENTARIOS QUE HACEN A LA CAUSA EN ORDEN CRONOLOGICO (año 2014):

- 1- ECOGRAFIA GINECOLOGICA: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 7 de febrero del 2014, por médico que no se puede informar debido a la lo ilegible de las fotocopias en expediente, que informa: "ÚTERO: en involución puerperal 146x95x67, cavidad uterina imagen heterogénea de 18mm compatible con coágulos?; Ovario derecho y Ovario Izquierdo no se logra visualizar; Douglas: Libre".
- 2- ECOGRAFIA DE ABDOMEN: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 7 de febrero del 2014, por médico que no es posible identificar por lo ilegible de las fotocopias de expediente, que informaba "HIGADO: Forma y tamaño normal; VESICULA BILIAR: alitiásica, paredes finas; COLEDOCO: de 4mm; V.B.I.H.: no dilatada; PANCREAS: normal; BAZO: PSP; RIÑON DERECHO: S/P; RIÑON IZQUIERDO: S/P".
- 3- HEMOCULTIVO: De muestra de sangre (pedido número 166582), del 8 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Estafilococo Aureus sensible a cefalotina, eritromicina, clindamicina, TMS (Trimetoprima/sulfametoxazol), rifampicina, y ciprofloxacina.
- 4- UROCULTIVO: De muestra de orina (pedido número 166585) del 8 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Escherichia Coli, sensible a ampicilina-sulbactam, cefalexina, nitrofurantoina, gentamicina, y TMS (Trimetoprima/sulfametoxazol).

- 5- ELECTROCARDIOGRAMA: Realizado el 9 de febrero del 2014, a horas 12,15.
- 6- Cultivo de LIQUIDO DE CAVIDAD ABDOMINAL: De muestra de líquido de cavidad abdominal (pedido número 166681) del 9 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Estafilococo Aureus Meticilino sensible y microbiota anaerobia acompañantes. Estafilococo Aureus sensible a cefalotina, eritromicina, clindamicina, rifampicina, TMS, y ciprofloxacina.
- 7- ECOGRAFIA DE ABDOMEN: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 10 de febrero del 2014, por médico Quiroga Zulema (ecografista, M.P. 3853), que informaba "HIGADO: Homogéneo S/P, de tamaño y forma normal; VESICULA BILIAR: alitiásica de 83x31mm, paredes finas; COLEDOCO: de 3mm; V.B.I.H.: no dilatada; PANCREAS: homogéneo de 17mm; BAZO: S/P homogéneo; RIÑON DERECHO: mide 110x43 S/P; RIÑON IZQUIERDO: mide 103x50mm S/P; OBSERVACIONES: Se observa imagen de colección supravesical de 81x90mm, sugiero control evolutivo".
- 8- Cultivo de LIQUIDO DE CAVIDAD ABDOMINAL: De muestra de líquido de cavidad abdominal (pedido número 166682) del 10 de febrero del 2014, no se observan bacterias, cultivo negativo luego de 48hs. de incubación (muestra desde UTI, extraída por médico Paladini, según historia clínica de UTI, por vía transvaginal).
- 9- TRATAMIENTO ANTIBIOTICO: La actora comenzó a recibir antibioticoterapia recién a partir de su ingreso en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) el 9 de febrero del 2014. Se le

administró, Gentamicina 160 mg/24hs. administrado en forma endovenosa; Clindamicina 600mg/6hs. administrado en forma endovenosa; Ornidazol 1gr/24hs. administrado en forma endovenosa; Cefalotina 1gr/6hs. administrado en forma endovenosa.

10-PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO: Durante su internación en UTI, recibió Enoxaparina 0,4cc/24hs. administrado en forma subcutánea, hasta el 18 de febrero que se suspende luego de ecocardiograma transesofágico (realizado el 17 de febrero).

11-ECOCARDIOGRAMA DOPPLER: Realizado en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 11 de febrero del 2014, por médica Pareyra Liliana (cardióloga M.P. 5188), que informa "Ecocardiograma que demuestra diámetros del VI (ventrículo izquierdo) conservados. Motilidad global y segmentarias conservadas. Engrosamiento parietal conservado. Aurícula Normal. Pericardio libre. Cavidades derechas con diámetro y funciones conservadas. Doppler: IT (insuficiencia tricuspídea) moderada, con gradiente de 32mmHg, HTP (hipertensión pulmonar) moderada de 37mmHg moderada. Estudio no concluyente, se sugiere complementar con Ecocardiograma transesofágico".

12-ECOGRAFIA GINECOLOGICA: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 13 de febrero del 2014, por médico Wilson Ravenau (tocoginecólogo M.P. ilegible), que informaba "UTERO: Histerectomizada; Ovario Derecho: s/p (sin particularidades);

Ovario Izquierdo: s/p (sin particularidades); Douglas: Colección organizada de 76x66mm en contacto con cúpula vaginal”.

13-ESTUDIO DE ANATOMIA PATOLOGICA: Realizado en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, que informa útero recibido el día 13 de febrero del 2014, con informe el 18 de febrero del 2014, que dice “MACROSCOPIA: Se recibe útero previamente abierto que mide 18 cm. de longitud, por 9cm. transversal, por 6 cm. anteroposterior. La serosa es lisa, brillante, rosado, en cara anterior se observa herida quirúrgica de bordes esfacelados de color parduzcos. El cuello mide 2,5cm. de diámetro. El orificio cervical es una hendidura transversal de 0,3cm., la cavidad endometrial mide 11,5cm. de fondo a istmo por 5,5cm. transversal, la cavidad se encuentra ocupada parcialmente por material rosado rojizo, blando elástico. El endometrio es irregular, rojizo, mide 4mm. de espesor. En cortes paralelos se observa el miometrio trabeculado, blanco rosado, mide 1,7cm. de espesor. El canal endocervical es permeable en todo su trayecto. El límite de los epitelios es impreciso e irregular. En el cuello se observan quistes de retención mucoide. Se incluyen fragmentos representativos para examen microscópico. DIAGNOSTICO: Útero con endometriitis aguda de mayor intensidad en adyacencias de la herida quirúrgica y extensa hemorragia. Cervicitis crónica activa. No se observa proliferación neoplásica maligna en este material remitido”.

14-ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO: Realizada en Hospital Centro de Salud “Zenón Santillán”, el día 17 de febrero del 2014, por médico Hasbani Javier (cardiólogo, M.P. 7692),

que informaba "ECOTRANSESO FAGICO QUE DEMUESTRA: Ventrículo izquierdo con diámetro normal. Grosor y motilidad parietal conservados. Fracción de eyección dentro de límites normales. Aurícula izquierda normal. Aorta de tamaño normal con correcta apertura y cierre valvular. Válvula mitral fina con correcta apertura y cierre. Cavidades derechas: Ventrículo y Aurícula conservados, función ventricular normal. Pericardio libre. Derrame pleural con signos de organización. DOPPLER: Patrón de relajación normal. Insuficiencia tricuspídea leve con PAP normal. NO SE OBSERVAN IMÁGENES AGREGADAS EN PLANOS VALVULARES".

15-ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 1 de julio del 2014, por médico Castagnaro Nelda (especialista en diagnóstico por imágenes, M.P. 8012), que informaba "Útero no visualizado a correlacionar con antecedentes quirúrgicos. Ovario izquierdo ecoestructura conservada, con folículos, mide 29x22mm. OBSERVACIONES: Ocupando anexo derecho y Douglas se evidencia colección de bordes irregulares, tabicada, de aproximadamente 93x67mm. Impresiona englobar ovario derecho".

16-ECOGRAFIA PARTES BLANDAS: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 1 de julio del 2014, por médico Castagnaro Nelda (especialista en diagnóstico por imágenes, M.P. 8012), que informaba "Exploro con transductor lineal de alta frecuencia región de pared abdominal a nivel infraumbilical evidenciándose

aumento del espesor del tejido celular subcutáneo de aspecto edematoso/inflamatorio. Colección en espesor de tejido subcutáneo de 23x22mm”.

17-LABORATORIOS DE LA PACIENTE.

LABORATORIO	6 DE FEB	7 DE FEB	8 DE FEB	9 DE FEB	10 DE FEB	11 DE FEB	12 DE FEB	13 DE FEB	17 DE FEB	VALORES de REFERENCIA
HEMATIES		3960000			3430000	3750000	3650000	3680000	4120000	4,8 mill/mm3 (+600.000)
LEUCOCITOS	17700	17300			11800	10600	14400	17600	16700	4800-10800/ul
HEMOGLOBINA	11,5	10,7			9,7	10,5	10,1	10,2	10,5	12-16 g/dl
HEMOTOCRITO					28	30	29,5	29	36	37-47 %
							ANISOCITOSIS			
PLAQUETAS		397000			291000	268000	235000	277000	529000	130000-400000/ul
NEUTROFILOS C/S	74	3,91			84	83	86	73	77	43-65%
EOSINOFILOS	0	0			0	0	0	0	0	0,9-2,9%
BASOFILOS	0	0			0	0	0	0	0	0,2-1%
LINFOCITOS	23	4			10	16	11	26	19	20,5-45,5%
MONOCITOS	3	2			1	1	2	1	4	5,5-11,7%
VSG		92				50	60			0-29mm/h
TP %		81,8			82	84	77		82	80-100%
KPTT					26		27,7		26,4	25-35seg
GLUCOSA					87		72	87		70-110mg/dl
UREMIA		0,44			0,42	0,35	0,27	0,17	0,13	0,13-0,43g/l
CREATINEMIA		0,8			0,4	0,7	0,5	0,5	0,6	0,3-1,1mg/dl
CLORO		95			103	93	101			98-106mEq
SODIO		134			141	140	139			135-145mEq
POTASIO		3,4			3,4	3,2	3,1			3,5-5mEq
BILIRRUBINA TOTAL		0,9					0,33	0,34	0,49	0,2-1mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0,25					0,22	0,31	0,15	0-0,4mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA									0,34	0,1-0,5mg/dl
TGO		11					14	13	13	HASTA 40 U/L
TGP		7					10	10	10	HASTA 40 U/L

5-PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

1-CIRUGIA CESAREA: Realizada el 2 de febrero, con inicio a horas 6,40 y finalización de la misma a horas 7,20, con diagnóstico pre quirúrgico de “hipertonía, polisistolia, y desproporción feto pélvica”, según consta en hoja de protocolo quirúrgico. El equipo quirúrgico médico estaba formado por cirujano Dr. Castro y ayudante cuyo nombre es ilegible, y anestesista Dr. Araujo Selva; se consigna la cirugía como emergencia, score ASA II, bolsa rota, color de líquido claro. En procedimiento quirúrgico, se describe “cesárea con incisión tipo Pfannenstiel, cavidad abdominal sin particularidades, histerotomía segmentaria arciforme, líquido amniótico meconial espeso. Extracción fetal, vivo, APGAR 8/9, peso 3989 gr., sexo masculino; alumbramiento completo dirigido. Sutura de pared abdominal por planos. Herida: limpia contaminada. Observaciones: Se administra carbetocin por hipotonía uterina; Diagnóstico

posoperatorio: ídem preoperatorio, líquido amniótico meconial, presentación deflexionada”. Se agrega al dorso de hoja de protocolo “Paciente que presenta abundante sangrado durante la cirugía, presentando hipotensión por lo que se administró expansor. Paso a sala de partos para control. Se solicito laboratorio. P.A. 90/50 mmHg”, dicha evolución no posee sello, no se puede identificar a que médico corresponde la misma, ni tampoco protocolo quirúrgico posee sello de médico alguno.

2-LAPAROTOMIA EXPLORADORA-HATS: Realizada el 9 de febrero a horas 7.40, siendo el cirujano Dra. Castro, primer ayudante Dr. Quinteros, segundo ayudante Dra. Lomas, y anestesista Dr. Castro Galdo. Dice el protocolo quirúrgico lo siguiente: “Paciente bajo anestesia general y previo sondaje vesical. Campo operatorio con iodopovidona y sábanas estériles. Incisión transversal tipo Pfannenstiel sobre cicatriz previa y ampliación con incisión mediana infraumbilical. Diéresis plano por plano. Se constata absceso de pared en extremo derecho de incisión trasversal. Se toma muestra de secreción purulenta. Abordaje de cavidad. Semiología: Múltiples abscesos en espacios parieto-cólicos, espacio de Morrison, fondo de saco de Douglas (bloqueado), interasas intestinales, y en sitio de histerorrafia. Se constata útero pálido, recubierto de reacción fibrinoide verdosa en plastrón con intestino delgado, necrosis de bordes de histerorrafia, dehiscencia parcial de la misma, continua blando, hipotónico, salida de secreción purulenta fétida, se procede a realizar Histerectomía Abdominal Total Simple mediante pinzamiento, sección y ligadura sucesiva de ambos pedículos superiores e inferiores. Se procede a ablación del órgano. Control de hemostasia. Síntesis de cúpula vaginal con catgut crómico. Se lava y aspira

cavidad abdominal con abundante cantidad de solución fisiológica. Control de hemostasia. Síntesis plano por plano. // Se envían muestras a Bacteriología (absceso de pared y de cavidad abdominal) y a Anatomía Patológica (útero)". Único sello que aparece al final del protocolo quirúrgico es de médico Quinteros José Darío (tocoginecólogo, M.P. 7402).

3-LAPAROTOMIA EXPLORADORA: Realizada el 3 de julio del año 2014 a horas 10.45, con incisión supra e infraumbilical, en donde se constata que colección informada en ecografía del 1 de julio del 2014, correspondía a colección purulenta fétida que se encontraba bloqueada por epiplón, según protocolo quirúrgico por equipo quirúrgico que no se puede identificar por lo ilegible de las copias brindadas en expediente (no fue brindada la historia clínica original por parte de Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes").

6-SUCESOS SEGÚN HISTORIA CLINICA y LOS APORTADOS POR LA ACTORA.

En primer lugar, debo decir que Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", no colaboró con la entrega de historia clínica completa de la paciente López Daiana Elizabeth, D.N.I. 37.727.178, omitiendo la historia clínica que corresponde a la internación de la paciente en las salas de dicho nosocomio previos a su ingreso a unidad de terapia intensiva (UTI), y de su evolución posterior en sala una vez que sale de terapia. Sólo se me dio acceso al original de la historia clínica de la paciente que corresponde a su internación en terapia intensiva.

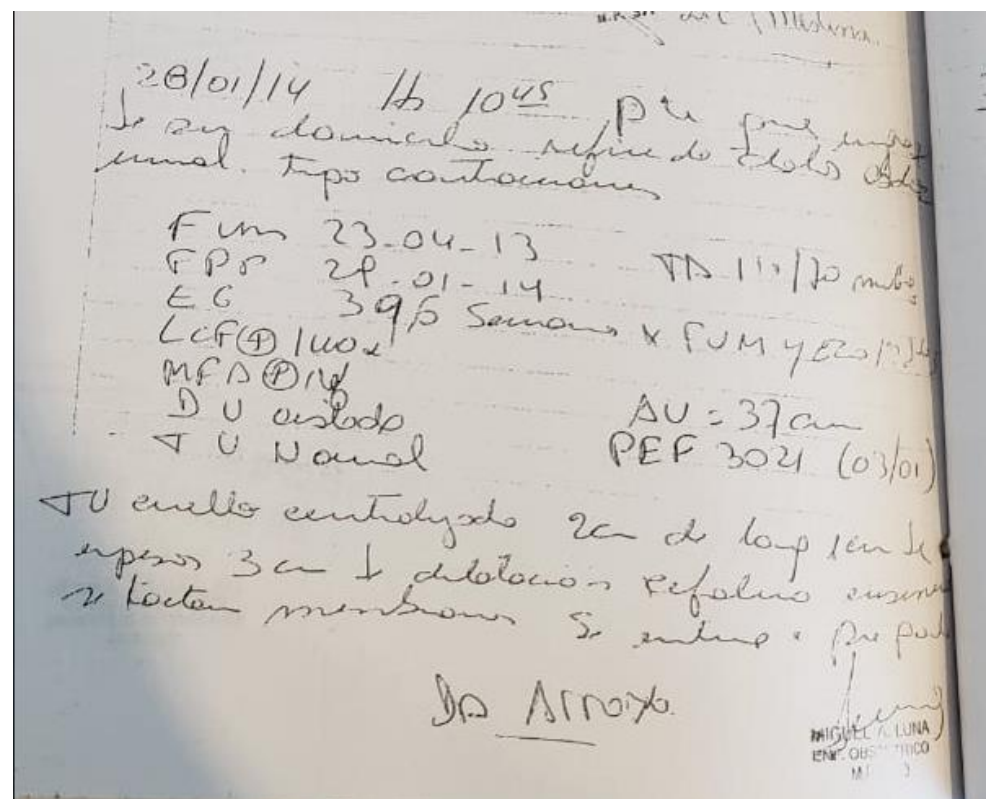
La actora López Daiana Elizabeth, según su control prenatal, tuvo controles hasta las 20 semanas en centro asistencial

público de Los Aguirre, luego continuó sus últimos controles en centro asistencial público CAPS San Felipe por motivos de cambio de domicilio. En dicho carnet, se observa fecha de última menstruación el 23/04/13 y fecha probable de parto el 29/01/14 (coincidentes con ecografía del primer trimestre), control odontológico normal, no presento anemia, ni otras patologías como hipertensión o diabetes gestacional, con 5 controles prenatales, cumpliendo con los requisitos de un control gestacional adecuado.

El 28 de enero del año 2014, la paciente es evaluada a horas 10,45 por Dra. Arroyo (no existe en historia clínica sello de la misma, ni número de matrícula profesional), por guardia de Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, en donde se escribe que la altura uterina de la misma es de 37 centímetros, con feto vivo, y una dilatación cervical de 3 centímetros por lo que es internada con diagnóstico de preparto (ver figura número 7); es evolucionada en sala de internación el día 29 y 30 de enero por médico González Abel (ginecólogo, M.P. 1833, ver figura número 8), quien es su evolución a horas 10 describe realizar un tacto vaginal a la actora y constatar bolsas integra, dilatación de 3 cm. de dilatación y realiza maniobra de Hamilton (despegamiento de las membranas amnióticas en forma manual), además solicita NST (cardiotocografía fetal en reposo); a horas 13.35 del mismo día la paciente presentó en estudio NST con DIP “moderado-leve” (DIP es desaceleración de los latidos fetales durante el estudio cardiotocográfico fetal, no se cuenta con dicho estudio en expediente), informado por obstétrica Ramirez Natalia Soledad (M.P. ilegible), y escribe que informa dicha situación a médica Espasa (su sello ni M.P. figuran en historia clínica). Al día siguiente, la paciente es evolucionada por médica Salazar Maria Carolina (M.P. 8843), quién describe que la paciente es dada de alta

médica por indicación de Dra. Vega (cuyo sello y matrícula profesional es inexistente en historia clínica), con "...pautas de alarma. Se cita para control por consultorio al cumplir 41 semanas de edad gestacional", ver figuras 9 y 10.

FIGURA 7: INGRESO POR GUARDIA DE MATERNIDAD EL 28 DE ENERO DEL 2014.



[illegible]

1954
 1955
 1956
 1957
 1958
 1959
 1960
 1961
 1962
 1963
 1964
 1965
 1966
 1967
 1968
 1969
 1970
 1971
 1972
 1973
 1974
 1975
 1976
 1977
 1978
 1979
 1980
 1981
 1982
 1983
 1984
 1985
 1986
 1987
 1988
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998
 1999
 2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030

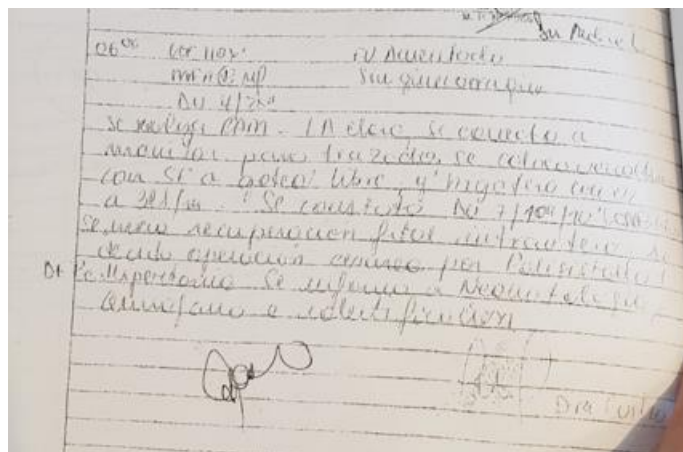
[illegible]

El 1 de febrero del año 2014, a horas 17, ingresa por guardia de Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, por referir contracciones según evolución de obstétrica Bautista (M.P. 375), quien informa a jefe de guardia Dr. Marenchino, que la paciente cursaba embarazo de 40,5 semanas de edad gestacional, presentaba una altura uterina de 37 centímetro, y un cuello con 3 cm de dilatación, membranas integra y presentación cefálica móvil (primer tacto del 1 de febrero). Luego, a horas 19,15, médico Marenchino Marcelo (tocoginecólogo, M.P. impresiona 6976), describe de la paciente NST reactivo, altura uterina de 36 cm. y realiza nuevo tacto vaginal, informando cérvix con 3,5 cm. de dilatación, realiza maniobra de Hamilton (segundo tacto vaginal), e interna con diagnóstico de parto. A horas 21,40, obstétrica Rajal Gabriela (M.P. impresiona 023), realiza nuevo tacto vaginal, indicando que sigue con la misma dilatación que médico Marenchino describió (tercer tacto vaginal). A horas 23.40, obstétrica que no se puede distinguir su nombre ni matrícula profesional realiza el cuarto tacto vaginal, indicando que sigue la misma dilatación descripta por médico de guardia. A horas 3.50, del 2 de febrero del año 2014, Dra. Medina, cuyo sello y matrícula profesional no se encuentra en fotocopias de historia clínica, refiere que la paciente ingresa a sala de parto con diagnóstico de trabajo de parto; se hace referencia en las siguientes evoluciones cuando se quiere ver la dilatación de la paciente y su evolución “tacto vaginal: ver partograma”, el cual no se encuentra en historia clínica de expediente, por lo cual no se puede saber cuántos tactos fueron realizados a la paciente, ni cómo fue su evolución durante su trabajo de parto.

A las 6 de la mañana del 2 de febrero, se describe en evolución que es ilegible saber a qué médico u obstétrica corresponde

(ver figura 11), lo siguiente: “LCF: 110XMIN, MF: positivos referidos, D.U. 4/25”, T.U. aumentado, sin ginecorragia. Se realiza RAM, LA claro, se conecta a monitor para trazado, se coloca venoclisis con S.F. a goteo libre, y bigotera con O2 a 3lt/min. Se constató DU 7/10”/10’ LCF positivos. Se inicia recuperación fetal intraútero. Se decidió operación cesárea por polisistolia+DFP e hipertonía. Se informa a neonatología, quirófano e identificación”, las siglas T.U. corresponde a tono uterino, LCF a latidos cardiofetales, MF a movimientos fetales, DU a dinámica uterina, y DFP corresponde a desproporción feto pélvica.

FIGURA 11: EVOLUCION E INDICACION DE CESAREA.



Luego, la historia clínica dice “Autorizo al equipo médico quirúrgico a realizar operación cesárea, habiéndome explicado y comprendido las posibles complicaciones (infecciones, hemorragias, dehiscencia, y ablación de órganos, entre otros). No se garantizan resultados maternos ni perinatales”, luego tres cruces abajo que corresponderían al lugar de la firma, aclaración de firma y número de

D.N.I. de la paciente, los cuales no se encuentran como se puede observar en la historia clínica (ver figura 12).

FIGURA 12: CONSENTIMIENTO INFORMADO NO FIRMADO POR ACTORA.

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGIA
Unidad de Atención de las Mujeres

Sector: _____ HC: _____

Evolución

Antes de la cirugía se le explicó a la paciente los posibles riesgos expuestos y con ella se firmó el consentimiento informado y se le explicó el procedimiento y el resultado de la cirugía.

02/02/14

Ingresa a quirófano para cirugía de cesárea, que inicia a las horas 6,40, según protocolo quirúrgico, con diagnóstico obstétrico de polisistolia y desproporción feto pélvica (según historia clínica de UTI); resultando finalmente el nacimiento por cesárea a horas 6:43 del 2 de febrero del 2014, de un varón de más de 40 semanas, de 3989 gramos, que requirió internación en neonatología hasta el 20 de febrero (internación en neonatología por 18 días).

El 4 de febrero fue dada de alta de dicho nosocomio, por médico que no se pudo identificar por historia clínica ilegible en expediente (ver figura número 13).

FIGURA 13: EVOLUCION PUERPERAL POSCESAREA DE LA ACTORA.

[illegible]

En anamnesis de actora, refiere dos procedimientos que se le realizaron, pero que no están descriptos en historia clínica. El primero fue durante el trabajo de parto, la misma relata que se le realizó lo que denominamos maniobra de Kristeller en sala de parto, es decir presión manual enérgica sobre el fondo uterino (ver figura 14), y luego cursando el postoperatorio inmediato de cesárea se le colocó en la zona abdominal peso con sueros fisiológicos (tratamiento que se realiza cuando se presenta una atonía o hipotonía uterina, con subinvolución uterina, tema que se tratará en consideraciones médico-legales).

FIGURA 14: MANIOBRA DE KRISTELLER.



La actora reingresa por la guardia de dicho nosocomio el 5 de febrero por presentar fiebre y dolor abdominal, pero no es internada. Luego, el 6 de febrero regresa por guardia presentando nuevamente fiebre y dolor abdominal, pero no es internada. Nuevamente, el 7 de febrero sucede lo mismo, ingresa por guardia de Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, presentando fiebre y reacción cutánea papulosa generalizada, como lo describe médico cuyo nombre y matrícula profesional es ilegible (ver figura 15), queda en observación y es medicada con antifebril (dipirona), y se le solicita ecografía ginecológica, abdominal y laboratorio; ya siendo 8 de febrero, finalmente es internada y pasa de la guardia a sala de internación (ver figura 16).

FIGURA 15: EVOLUCION DEL 7 DE FEBRERO.

[illegible]

FIGURA 16: INGRESOS POR GUARDIA DE LA ACTORA, CURSANDO PUERPERIO PATOLOGICO.

FECHA DE ATENCIÓN	ACQUESCIENTES, ETIOLOGÍA	ACTIVIDADES POR DESPACHAR POR SERVICIO	PROCESO
24/02/14	CAPS LOS AGUIRRE	Enfermería	CAPS
09/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M	Enfermería	PROCEDIMIENTO
08/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M OBSTETRICIA	2	INTERNACION
07/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M GUARDIA	Sepsis puerperal	GUARDIA
06/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M GUARDIA		GUARDIA
05/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M GUARDIA		GUARDIA
02/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M OBSTETRICIA	1	PROCEDIMIENTO
01/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M OBSTETRICIA	Otras Inercias uterinas	INTERNACION
01/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M GUARDIA		GUARDIA
28/01/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M GUARDIA	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación	INTERNACION
28/01/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS M GUARDIA		GUARDIA

El 9 de febrero a horas 6,20, escribe en evolución médico cuyo nombre y matrícula es ilegible (ver figura 17), lo siguiente “Paciente de 21 años de edad G1C1, que cursa el 7mo día de puerperio postcesárea por desproporción feto pélvica e hipertonía, que bajo del piso refiriendo falta de aire y (ilegible). Al examen paciente en mal estado general, disneica, con aleteo nasal, uso de músculos accesorios. Presenta lesiones dermatológicas, pápulas

eritematosas en abdomen, en miembros superiores e inferiores. // F.C. 140X', temperatura: 36.5°C, P.A. 100/60, Sat 94%. // Abdomen en tabla, útero subinvolucionado doloroso. Loquios serosanguinolentos escasos. Especuloscopía: cérvix normal, escasos loquios serosanguinolentos sin olor. Al tacto vaginal bimanual, útero doloroso. // Se extrae sangre para laboratorio. Se tomaron cultivos el día 7/2/14. La paciente presentó episodios de fiebre el 6/2/14 y el 7/2/14. // Se decide laparotomía exploradora por abdomen agudo, puerperio patológico. Se solicita valoración por UTI. // Se informa a la abuela de la paciente”.

FIGURA 17: EVOLUCION DE LA PACIENTE DEL 9 DE FEBRERO.

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA "Nuestra Señora de las Mercedes"		Evolución	
Servicio	Sector	HC	
6/10/14	Servicio de B.H.	60-20	
Paciente de 21 años B.H. que cursa el 3º día de puerperio postparto en desproporción de pelvis e hipertónica que hoy del día refiriendo dolor de vientre y fiebre intermitente. El examen físico en piel (piel) muestra un leve eritema, con aliteración, no de melancolía, accesos, presenta lesiones dermatológicas papulos eritematosas en abdomen inferior, brazos superiores e inferiores. T.C. 140 x'l Temp 36.5°C P.A. 100/60 Sat 94%. Abdomen en tabla, útero subinvolucionado doloroso. Loquios serosanguinolentos escasos. Especuloscopia cervix normal, escasos loquios serosanguinolentos sin olor. Al tacto vaginal bimanual, útero doloroso. Se extrae sangre para laboratorio. Se tomaron cultivos el día 7/2/14. La paciente presentó episodios de fiebre el 6/2/14 y el 7/2/14. Se decide laparotomía exploradora por abdomen agudo, puerperio patológico. Se solicita valoración por UTI. Se informa a la abuela de la paciente.			

A horas 7,40 del 9 de febrero, la paciente ingresa a quirófano para laparotomía exploradora con posterior histerectomía puerperal (HATS), ver figura 18 de protocolo quirúrgico.

FIGURA 18: PROTOCOLO QUIRURGICO DE HATS EL 9 DE FEBRERO.

Protocolo Quirúrgico (09/02/14 07:40 Hs)
 Cirujano: Dr. Castro 1° Asistente: Dr. Quinteros
 2° Asistente: Dr. Lamas Anestista: Dr. Carlos Galdo
 Instrumentista: Robson Circular Korino
 Procedimiento: Laparotomía Exploradora - HATS
 Paciente bajo anestesia general y punto de punción umbilical. Campos
 operatorios con Independencia y rotación, estériles. Incisión
 transversal tipo Huguier sobre cicatriz, pero y amplia
 con incisión mediana umbilical. Sección plana por
 línea transversal. Se observa en extremo derecho de la
 pared abdominal una masa de coloración amarillenta.
 Abundante cantidad. Semiología: Múltiples quistes en apo-
 cisto, parieto-colicos, espacio de Morrison, fondo de saco de
 Douglas (Huguier), uterinos, intestinales y en sitio de histero-
 tomía. Se constata útero pálido, recubierta de coágulos y
 de histerotomía en plátano con intestino delgado, necrosis de
 fondo, hipertónico, sólido de secreción purulenta fetida

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA
 "Nuestro Señal de las Mercedes"
 Evolución
 Se procede a realizar histerectomía abdominal total simple
 mediante procedimiento, sección y ligadura sucesiva de cuerdos
 uterinos superiores e inferiores. Se procede a obtención del tipo
 control de hemostasia. Se constata en el fondo vaginal con
 abundante cantidad de solución fisiológica. Control de
 hemostasia. Sección plana en plano.
 Se envían muestras a: Bacteriología (otras se pared y de
 cavidad abdominal) y a Anatomía Patológica (otras)

Finalizada la histerectomía puerperal, ingresa a Unidad de Terapia Intensiva el día domingo 9 de febrero del 2014. Y la única historia clínica original que aporta Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, es la que corresponde a la evolución de la paciente en UTI hasta el día de su alta el viernes 14 de febrero del 2014.

La paciente López Daiana Elizabeth, ingreso a UTI el 9 de febrero del 2014, a horas 9,45, proveniente de quirófano, y fue recibida y evolucionada allí por médico Pérez Valdez Carlos (especialista en clínica médica y terapia intensiva, M.P. 6508), con diagnóstico de ingreso “Puerperio patológico, peritonitis abscedada, más HATS” (HATS significa histerectomía subtotal), y como motivo de internación “Sepsis severa”, en antecedentes Gineco-Obstétrico dice “G2A1C1 por polisistolia, desproporción feto pélvica, 2/2, EG: 40 semanas”; describe en Enfermedad Actual “Paciente dada de alta el 02/02/2014, que consulta el 06/02 por presentar fiebre, avaluado en sala de parto, se atribuyó a mamas turgentes, y por reacción maculoeritematosa posterior a ingesta de alimentos se sospechó alergia alimentaria, se indicó medicación sintomática, ese día útero indoloro e involucionado, Por presentar nuevos registros febriles, consulta nuevamente el 07/02, observándose compromiso del estado general, hipotensión arterial, palidez y dolor abdominal con útero aumentado de tamaño y doloroso, con loquios hemáticos, en laboratorio GB 14.300 (3/91% PMN), VSG 92mm/1hs, con sospecha de foco abdominal, el servicio de UTI/UTIM solicito pancultivar, ecografía abdominal y ginecológica y evaluación ginecológica uterina. La ecografía abdominal mostró útero subinvolucionado con material en su interior. Por decisión de médicos de sala de parto, no se realizó legrado y se indicó oxitocina y paso a sala sin esquema antibiótico. //

Hoy, en la madrugada presentó dolor abdominal intenso, disnea, taquipnea, sudoración profusa, taquicardia, con útero aumentado de tamaño, muy doloroso, con reacción peritoneal, íleo, reacción maculopapular pruriginosa. Con diagnóstico de sepsis abdominal entra a quirófano, observándose peritonitis bacteriana con múltiples abscesos y desvitalidad uterina, realizándose histerectomía total simple (ver protocolo quirúrgico) y se derivó a UTI”.

Médico Pérez Valdez Carlos, describe en INGRESO “Aspecto General: mal estado, hipovolémica, pálida-terrosa, con tinte amarillento, T° , Gluc. // SNC: Glasgow 15/15, bajo efectos de sedación, que mejoro, pupilas isocóricas y reactivas, motilidad de miembros, reflejos conservados. Cuello cilíndrico y móvil, sin meningismo. // Ap. Cardiovascular: TA FC se expandió con 1500 ml. de cristaloides con buena respuesta. R1 y R2 normofonéticos, rítmicos, silencios libres, sin R3. // Ap. Respiratorio: Tórax simétrico, mamas turgentes, adecuada mecánica ventilatoria, murmullo vesicular pulmonar, sin ruidos agregados FR SAT // Abdomen: distendido, doloroso en forma difusa, se realizó fentanilo con buena respuesta, con reacción peritoneal, no impresiona visceromegalias,... Herida quirúrgica con apósitos secos. Escasos loquios hemáticos. // Miembros: simétricos, con lesiones leves eritematomaculares pruriginosas, pulsos conservados”. Luego, describe como “DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Puerperio patológico por sepsis severa por peritonitis infecciosa multiabscedado con útero desvitalizado, en postoperatorio inmediato con HATS (histerectomía total simple)”.

El 9 de febrero del 2014, turno noche, la paciente es evolucionada por médico Notarfrancesco Javier (especialista en

clínica médica y terapia intensiva M.P. 6279), que describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente que cursa P.O. ... por puerperio patológico con peritonitis y abscesos interasas. Estable c/SIRS. C/Balance positivo en 3652ml. s/dolor...” (SIRS es la abreviatura de Síndrome Inflamatorio de Respuesta Sistémica).

El 10 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médica Pereyra Liliana (cardióloga, M.P. 5188), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Puerperio patológico de cesárea-HATS. Paciente lúcida, afebril, con buena tolerancia al decúbito dorsal. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda. RHA (++) . Solicito ecografía abdominal, que informa: colección supravesical 81x90mm. // Es evaluada por Dr. Paladini, quien realiza drenaje por punción de cúpula vaginal, extrajo líquido hemático que se envía a bacteriología”.

El 10 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno noche, por médico Flores Daniel Luis (M.P. ilegible), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente con puerperio patológico de CESAREA 02/02/14, con PERITONITIS INFECCIOSA MULTIABSCEDADO-HATS, evoluciona lúcida afebril, ...estable en tto ATB. Diuresis 580cc”.

El 11 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médico Llanes Mario (médico, M.P. 3414), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: ...Se realizó Ecocardiograma (ver informe) ...febril 38,8 taquicárdica... En plan de realización Ecotransesofágico. Evaluada por infectología, se retiró clindamicina por cefalotina. Hemo

2x2 Staphilococo MS. Cav. Anaerobio y Estafilo. Uro positivo E. coli S...".

El 11 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno noche, por médico Montoya Alberto (cardiólogo, M.P. 5305), quien describe en "Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente de 21 años de edad con puerperio patológico post cesárea del 2-2-14 a las 40 SEG por DFP y polisistolia G2A1C1. Neonato masc. 3989 g. Apgar 6-9. HATS el 9-2-14 y drenaje de múltiples abscesos intrabdominales y de pared. Bajo tto. ATB. Según consejo de Infectología y resultado de cultivos (SAMR). // Presento un único registro aislado de 38,8°C a horas 9,30 desde su ingreso a UTI. // Al examen asintomática, afebril. Eupneica con mascara de 02. MV cons. Hemodinamicamente estable. Abd. BD con leve distensión. RHA positivos. Elimina gases. Tolera dieta blanda desde la mañana. MI S/P. Buen ritmo diurético. Se retiró sonda vesical".

El 12 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médico Notarfrancesco Javier (especialista en clínica médica y terapia intensiva M.P. 6279), quien describe en "Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente que cursa su 3° día de internación y su 3° día de P.O. endometritis séptica en su puerperio de 5 días. Con rescate de gérmenes en uro positivo E. Coli y Hemo c/S. Aureus y líquido de cavidad positivo S. Aureus más Anaerobios. Buena evolución a la fecha. Refiere dolor abdominal en flanco izquierdo (EVA=4). Se evacuo colección serohemática por punción el lunes 11-02 que se ...positivo para S. Aureus. Se mantiene plan de tto. y conducta".

El 12 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno noche, por médico Llanes Mario (médico, M.P. 3414), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente lúcida refiere estar mejor. Catarsis con gases que disminuyo distensión abdominal. Con tratamiento ATB por puerperio patológico...Afebril en toda la noche. R1 R2 sin R3. Estable. Mecánica respiratoria adecuada Sat. >96%. No ausculto ruidos agregados. Abdomen blando, RHA (+) ... Catarsis ++ Diuresis 450/12hs. En espera de Ecocardiotransesofágico. Se solicita Eco Abdominal pelviana”.

El 13 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médico Gomez Martinez Fernanda (médico, M.P. 7155), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente cursa postoperatorio de laparotomía por puerperio patológico complicado con peritonitis con requerimiento de HATS. Ecog. Ginecológica con colección ... en cúpula. Dr. Paladini conducta expectante. Pendiente eco. transesofágico”.

El 13 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno noche, por médico Montoya Alberto (cardiólogo, M.P. 5305), quien se corrige en informe bacteriológico y escribe “SAMS en Hemocultivo...” y describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente con puerperio patológico que requirió HATS el 9-2-14. Bajo tto. con gentamicina y ornidazol además de cefalotina por SAMS y anaerobios y E. Coli en cultivos. Al examen lúcida y afebril. Asintomática. Eupneica. Hemodinamicamente estable. Abd. BDI. RHA positivos. Herida quirúrgica sin flogosis, sin

secreción. Sin pérdidas vaginales. En plan de ETE solicitado el 11-2-14”.

El 14 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médico Notarfrancesco Javier (especialista en clínica médica y terapia intensiva M.P. 6279), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente lúcida afebril. Estable hemodinamicamente. Buena evolución. Herida quirúrgica seca. Se mantiene tto. y conducta. // 10,45 horas. Se indica pase a sala con control ginecológico y por cirugía general”.

TABLA DE CONTROLES VITALES EN UTI DESDE EL 9 DE FEBRERO AL 14 DE FEBRERO DEL AÑO 2014.

9 DE FEB	TENSION ARTERIAL	F.C.	F.R.	TEMP.
9,45 HORAS	80/50	111	20	36
11 HORAS	97/67	113	22	36
13 HORAS	90/56	114	22	36
15 HORAS	83/49	120	22	37,5
17 HORAS	76/76	116	22	37,6
19 HORAS	86/51	116	22	37,6
21 HORAS	89/51	114	22	
23 HORAS	85/54	108	22	37
10 DE FEB				
01 HORAS	86/57	112	22	36,8
03 HORAS	82/51	106	22	36,9
05 HORAS	93/55	108	22	36,8
07 HORAS	99/64	108	22	36,5
09 HORAS	98/64	104	22	36,5
11 HORAS	100/64	109	22	37
13 HORAS	156/100	108	22	36,5
15 HORAS	99/69	113	22	37
17 HORAS	98/61	110	22	37
19 HORAS	100/71	110	22	37
21 HORAS	105/68	105	24	36,8
23 HORAS	100/65	102	22	36,6
11 DE FEB				

01 HORAS	101/63	102	22	36,5
03 HORAS	106/71	104	22	36,5
05 HORAS	113/73	105	22	37,7
07 HORAS	106/74	102	22	37,7
09 HORAS	112/75	127	24	38,8
11 HORAS	102/68	115	22	37,5
13 HORAS	117/70	117	22	37,6
15 HORAS	90/56	108	24	36,2
17 HORAS	100/60	110	24	36,2
19 HORAS	96/59	100	22	36
21 HORAS	99/72	101	20	36,2
23 HORAS	101/67	106	20	36,7
12 DE FEB				
01 HORAS	102/68	100	20	36,6
03 HORAS	100/60	100	22	36,4
05 HORAS	105/69	104	24	36,8
07 HORAS	104/71	91	22	36,3
09 HORAS	105/59	98	22	36,6
11 HORAS	112/60	98	22	36,8
13 HORAS	103/79	90	22	36,9
15 HORAS	108/79	78	22	36,5
17 HORAS	99/70	102	22	36,5
19 HORAS	101/64	80	22	36,3
21 HORAS	106/67	98	20	36
23 HORAS	106/73	93	22	36,2
13 DE FEB				
01 HORAS	80/54	88	20	36
03 HORAS	89/56	84	20	36,1
05 HORAS	115/78	109	20	36,5
07 HORAS	87/56	103	20	36,8
09 HORAS	90/56	96	20	36,4
11 HORAS	102/71	100	22	36,2
13 HORAS	100/69	102	22	36,4
15 HORAS	110/76	105	22	36,2
17 HORAS	99/63	92	22	36,6
19 HORAS	109/74	90	20	36,2
21 HORAS	103/73	70	22	36,2
23 HORAS	109/79	83	22	36,3
14 DE FEB				
01 HORAS	122/84	74	20	36,2

03 HORAS	110/70	82	20	36,2
05 HORAS	89/60	72	20	36,3
07 HORAS	105/66	72	20	36,7
09 HORAS	90/55	97	20	36,7
11 HORAS	104/62	100	20	36,5

El 14 de febrero del 2014, es recibida la paciente en sala de internación, en donde permanecerá internada hasta 19 de febrero del 2014, que será dada de alta médica por médico Levin Andrea (M.P. ilegible).

El 1 de julio del 2014 a horas 9.11, la paciente López Daiana Elizabeth, reingresa a Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, siendo internada por médica Picasso Analía (ginecóloga, M.P. 7653), que describe en su evolución “Examen abdominal: Se palpa formación dolorosa dura en hemiabdomen inferior. Se visualiza orificio de salida de material en herida quirúrgica...”. Y es intervenida quirúrgicamente el día 3 de julio del 2014 por laparotomía exploradora, constatándose en dicha cirugía “colección purulenta fétida”, según protocolo quirúrgico.

7-CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES

Por todo lo expuesto hasta aquí, es necesario abordar lo referente a infección puerperal, endometritis puerperal, complicaciones de cirugía de cesárea (infección de herida quirúrgica), e histerectomía, para poder dilucidar claramente en el caso de la señora López Daiana Elizabeth.

La infección puerperal o síndrome febril postparto, es una urgencia obstétrica, y es la fiebre puerperal superior a 38°C, en dos ocasiones separadas al menos seis horas, desde las 24 horas del parto hasta las seis semanas postparto. Y según la OMS, es la infección del tracto genital que ocurre entre la rotura de membranas o nacimiento hasta los 42 días postparto y la existencia de uno o más de los siguientes síntomas: dolor pélvico, flujo vaginal anormal, flujo fétido transvaginal, retardo en la involución uterina y fiebre. Constituye una urgencia obstétrica, porque es la segunda causa de muerte materna en el mundo y en Argentina.

Las principales causas de la infección puerperal en orden de mayor a menor frecuencia son:

1-Endometritis puerperal: cuadro infeccioso bacteriano, que se presenta entre el primer y décimo día posparto, y corresponde a una infección posparto del tejido endometrial. Se presenta clínicamente con fiebre, dolor en hipogastrio o uterino, y loquios malolientes.

2-Infección de herida quirúrgica: Complica al 5% de las cesáreas que tuvieron profilaxis antibiótica quirúrgica, y al 80-85% de las cesáreas que no se les administró profilaxis antibiótica quirúrgica. Aparece entre el cuarto a séptimo día tras la intervención quirúrgica.

3-Mastitis puerperal: Infección del parénquima mamario, se presenta entre la segunda y tercera semana del inicio de la lactancia, y se presenta en un 2-10% de las pacientes que lactan.

4-Pielonefritis aguda.

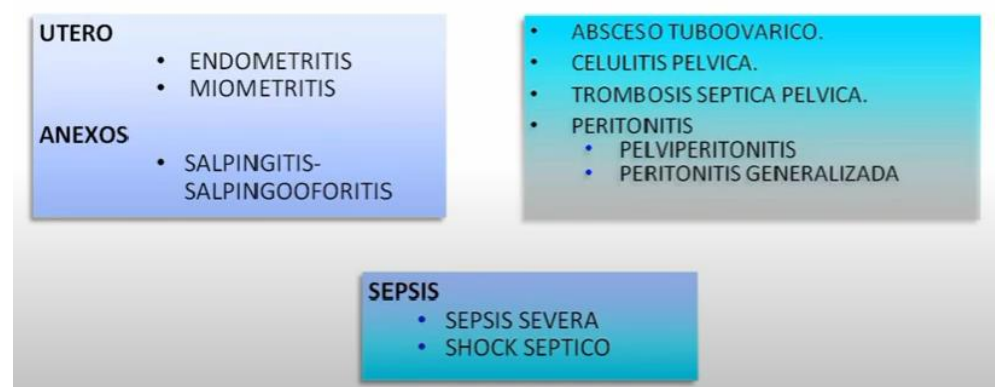
5-Otras infecciones sistémicas no relacionadas con el parto.

6-Tromboflebitis pélvica séptica: Es un diagnóstico de exclusión, se presenta en el 1% de todas las pacientes.

Existen factores de riesgo para la infección puerperal intrínsecos maternos (antecedentes patológicos), así como factores de riesgo relacionados con el parto.

La infección puerperal conforme va avanzando se puede clasificar como se puede observar en la figura 19.

FIGURA 19: CLASIFICACION DE LA INFECCION PUERPERAL.



La endometritis puerperal es la complicación infecciosa más común después de un parto o cesárea. Se presenta en:

- a. Partos vaginales en menos de un 5%.

- b. En cesáreas de bajo riesgo: 5%. Cesárea de bajo riesgo, es aquella que es electiva, con profilaxis antibiótica adecuada y membranas amnióticas integra.
- c. En cesáreas de alto riesgo: 65%. Cesárea de alto riesgo es la cesárea de urgencia, con membranas amnióticas rotas, y múltiples tactos vaginales.

La endometritis puerperal es causada por diferentes microorganismos, siendo dividida en dos grandes grupos, las polimicrobianas (más frecuentes) y monomicrobianas. Las monomicrobianas suelen ser más agresivas y de aparición sintomatológica temprana (ver figura 20), pero menos frecuentes.

FIGURA 20: AGENTES MICROBIANOS.



El tratamiento de una endometritis puerperal además de la antibioticoterapia adecuada, requerirá legrado uterino para la remoción del contenido uterino infectado en los casos de loquios fétidos y/o involución uterina inadecuada.

La infección del sitio quirúrgico, herida de cesárea, se clasifica en:

- a. Superficial: Infección de la piel y tejido celular subcutáneo (celulitis o absceso).
- b. Profunda: Infección de fascia o músculo (fascitis, mionecrosis).
- c. Órgano/espacio: Infección sub fascial o intracavitaria (absceso pélvico).

La incidencia de la infección de herida quirúrgica es del 2,8 a 10%. Por lo general es polimicrobiana. Los agentes más frecuentes son *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus Aureus*, *Escherichia Coli*, y *Proteus mirabilis*.

Los signos de severidad de infección de herida quirúrgica son la distensión abdominal o signos peritoneales con sospecha de absceso intra abdominal, compromiso del estado general, hipotensión, fiebre elevada y persistente.

La prevención frente a las infecciones puerperales sigue siendo el Gold Standart la higiene de manos y la profilaxis antibiótica.

El *Staphylococcus Aureus*, es una bacteria coco Gram positiva y anaerobio facultativo (ver figura 21), que se dispone a la observación en microscopio (sin tinción) en forma de racimos y coloración dorada, de allí su nombre. Es una bacteria que se encuentra normalmente en la piel y en puede estar colonizando las mucosas nasales; pero también es oportunista, es decir produce infección en profundidad una vez franqueada la barrera de la piel, siendo condición sine qua non que sea trasladada hacia el interior, ya que no es móvil (ver figura 22).

FIGURA 21: STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN TINCION DE GRAM.

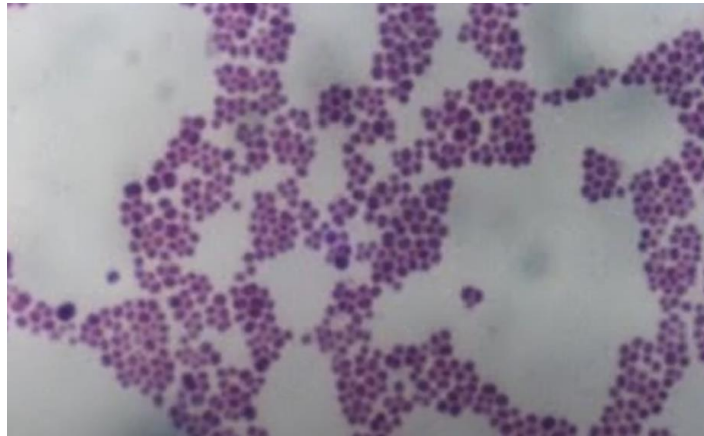
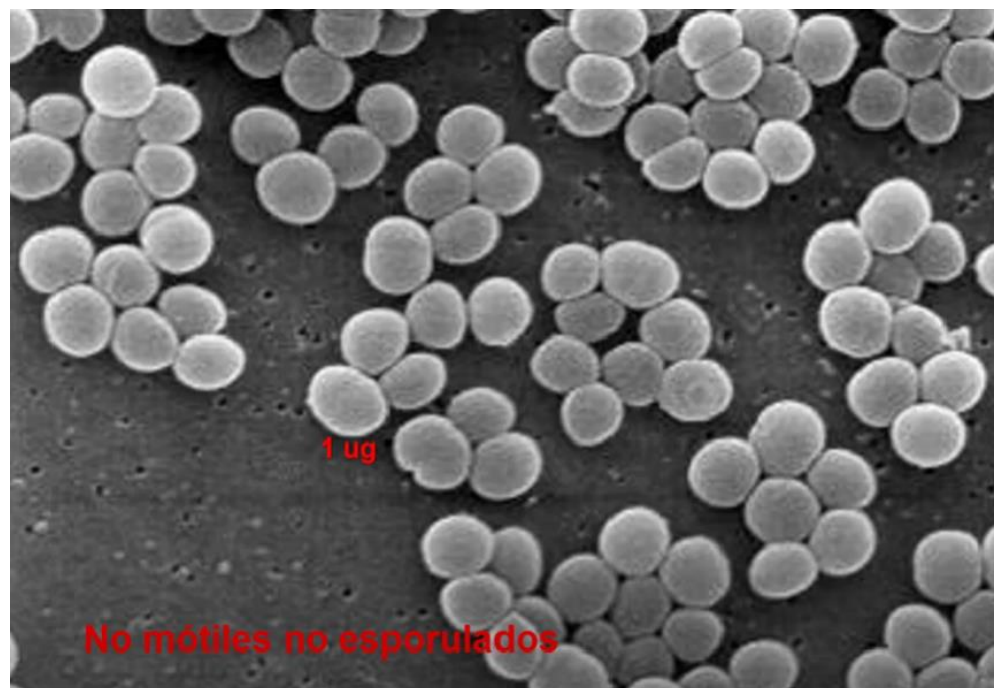


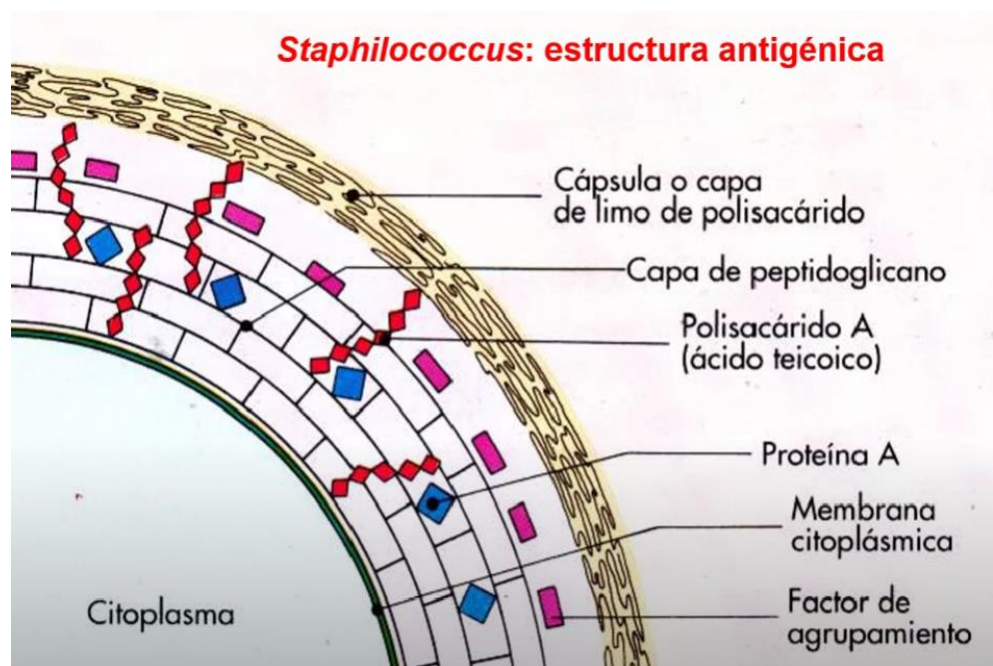
FIGURA 22: STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN MICROSCOPIO ELECTRONICO.



El Staphylococcus Aureus es el más agresivo de todos los estafilococos, porque posee varios factores de virulencia (ver figura 23), a saber:

- a. Cápsula timo limo: que le otorga la función de adherencia e inhibición de la fagocitosis.
- b. Proteína A: dándole la afinidad a la fracción Fc de la inmunoglobulina G (IgG), y así evita ser opsonizado (es decir, “marcado” mediante la unión de una opsonina a un receptor de su membrana) y fagocitado.
- c. Ácidos teicoicos: son ácidos inmunógenos, estimulan el complemento, y poseen función de adherencia.
- d. Plásmidos: posee plásmidos, es decir, moléculas de ADN extracromosómico que les confiere una ventaja selectiva (hacerse resistentes a uno o varios antibióticos).
- e. Toxinas y Enzimas.

FIGURA 23: MEMBRANA CELULAR DEL STAPHYLOCOCCUS AUREUS.



El *Staphylococcus Aureus* es capaz de producir varias toxinas:

- a. Capaces de producir citolisis (destrucción de tejido): alfa, beta, delta, y gamma.
- b. Leucocidina: destruyen leucocitos mediante lisis de los gránulos citoplasmáticos.
- c. Exfoliatina: produce el síndrome de la piel escaldada (propia de recién nacidos y niños pequeños).
- d. Enterotoxinas: cinco enterotoxinas que son capaces de producir intoxicación alimentaria.
- e. Toxina 1 del Síndrome de shock toxico estafilocócico (SSTE): que puede evolucionar rápidamente a hipotensión, insuficiencia multiorgánica e incluso la muerte.

Entre las enzimas que produce el *Staphylococcus Aureus*, encontramos a:

- a. Coagulasa: enzima que le permite coagular el suero sanguíneo.
- b. Catalasa: enzima que le permite utilizar el oxígeno.
- c. Hialuronidasa: actúa sobre el ácido hialurónico, abriéndose espacio entre los tejidos.
- d. Fibrinolisisina: enzima que le permite disolver los coágulos de fibrina.
- e. Lipasa: le permite disolver los lípidos.
- f. Nucleasa: enzima que actúa sobre las cadenas de ADN.
- g. Penicilinasas: actúa sobre el anillo betalactámico de la penicilina.
- h. Proteasa Ig. A1: actúa sobre la inmunoglobulina A, a nivel de las mucosas.

El éxito en el tratamiento de las bacteriemias (infección grave, que se halla la bacteria en cultivos de sangre) por *Staphylococcus Aureus*, no es sólo conocer el agente microbiano y su sensibilidad antibiótica, sino el drenaje de cualquier colección supurada y desbridamiento de tejido necrótico.

Por último, es importante recordar que la intoxicación alimentaria por toxina del *Staphylococcus Aureus*, presenta diarrea y vómito de aparición rápida, el daño es ocasionado por la toxina, no por la bacteria per se, y no cabría en este caso tratar al paciente con antibióticos. En cambio, cuando el daño lo está ocasionando la bacteria *Staphylococcus Aureus*, podremos ver las lesiones maculopapulares en piel, donde si daríamos antibióticos (ver figura 24).

FIGURA 24: INFECCION ESTAFILOCOCICA EN PIEL.



8- CONCLUSIONES

Se procederá a responder en primer lugar todas las preguntas de la abogada de la parte actora, y luego a los abogados de la parte demandada.

En atención a lo solicitado por la abogada Bazán Cristina Alejandra, por la parte actora, digo:

a-Enumere el perito con precisión todos aquellos pasos médicos que se suceden a partir del inicio de la realización profesional médico-enfermo por la cual se demanda. b-Enumere todas las etapas, detallando en cada etapa motivo de la internación. Así indicará en primer término cual era el estado del paciente al momento de concurrir a efectuarse las consultas y las consecuentes intervenciones.

El 28 de enero del año 2014, la paciente es evaluada a horas 10,45 por Dra. Arroyo (no existe en historia clínica sello de la misma, ni número de matrícula profesional), por guardia de Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, en donde se escribe que la altura uterina de la misma es de 37 centímetros, con feto vivo, y una dilatación cervical de 3 centímetros por lo que es internada con diagnóstico de parto; es evolucionada en sala de internación el día 29 y 30 de enero por médico González Abel (ginecólogo, M.P. 1833), quien es su evolución a horas 10 describe realizar un tacto vaginal a la actora y constatar bolsas integra, dilatación de 3 cm. de dilatación y realiza maniobra de Hamilton (despegamiento de las membranas amnióticas en forma manual), además solicita NST (cardiotocografía fetal en reposo); a horas 13.35 del mismo día la paciente presentó en estudio NST con DIP

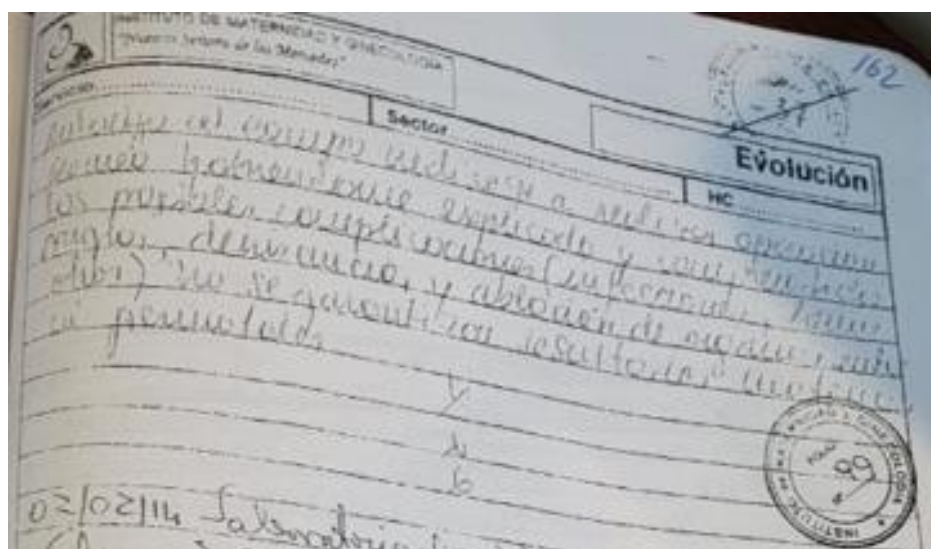
“moderado-leve” (DIP es desaceleración de los latidos fetales durante el estudio cardiotocográfico fetal, no se cuenta con dicho estudio en expediente), informado por obstétrica Ramirez Natalia Soledad (M.P. ilegible), y escribe que informa dicha situación a médica Espasa (su sello ni M.P. figuran en historia clínica). Al día siguiente, la paciente es evolucionada por médica Salazar Maria Carolina (M.P. 8843), quién describe que la paciente es dada de alta médica por indicación de Dra. Vega (cuyo sello y matrícula profesional es inexistente en historia clínica), con “...pautas de alarma. Se cita para control por consultorio al cumplir 41 semanas de edad gestacional”.

El 1 de febrero del año 2014, a horas 17, ingresa por guardia de Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, por referir contracciones según evolución de obstétrica Bautista (M.P. 375), quien informa a jefe de guardia Dr. Marenchino, que la paciente cursaba embarazo de 40,5 semanas de edad gestacional, presentaba una altura uterina de 37 centímetro, y un cuello con 3 cm de dilatación, membranas integras y presentación cefálica móvil (primer tacto del 1 de febrero). Luego, a horas 19,15, médico Marenchino Marcelo (tocoginecólogo, M.P. impresiona 6976), describe de la paciente NST reactivo, altura uterina de 36 cm. y realiza nuevo tacto vaginal, informando cérvix con 3,5 cm. de dilatación, realiza maniobra de Hamilton (segundo tacto vaginal), e interna con diagnóstico de parto. A horas 21,40, obstétrica Rajal Gabriela (M.P. impresiona 023), realiza nuevo tacto vaginal, indicando que sigue con la misma dilatación que médico Marenchino describió (tercer tacto vaginal). A horas 23.40, obstétrica que no se puede distinguir su nombre ni matrícula profesional realiza el cuarto tacto vaginal, indicando que sigue la misma dilatación descripta por médico de guardia. A horas 3.50, del 2 de febrero del año 2014, Dra. Medina,

cuyo sello y matrícula profesional no se encuentra en fotocopias de historia clínica, refiere que la paciente ingresa a sala de parto con diagnóstico de trabajo de parto; se hace referencia en las siguientes evoluciones cuando se quiere ver la dilatación de la paciente y su evolución “tacto vaginal: ver partograma”, el cual no se encuentra en historia clínica de expediente, por lo cual no se puede saber cuántos tactos fueron realizados a la paciente, ni cómo fue su evolución durante su trabajo de parto.

A las 6 de la mañana del 2 de febrero, se describe en evolución que es ilegible saber a qué médico u obstétrica corresponde, lo siguiente: “LCF: 110XMIN, MF: positivos referidos, D.U. 4/25”, T.U. aumentado, sin ginecorragia. Se realiza RAM, LA claro, se conecta a monitor para trazado, se coloca venoclisis con S.F. a goteo libre, y bigotera con 02 a 3lt/min. Se constató DU 7/10”/10’ LCF positivos. Se inicia recuperación fetal intraútero. Se decidió operación cesárea por polisistolia+DFP e hipertensión. Se informa a neonatología, quirófano e identificación”, las siglas T.U. corresponde a tono uterino, LCF a latidos cardiotetales, MF a movimientos fetales, DU a dinámica uterina, y DFP corresponde a desproporción feto pélvica.

Luego, la historia clínica dice “Autorizo al equipo médico quirúrgico a realizar operación cesárea, habiéndome explicado y comprendido las posibles complicaciones (infecciones, hemorragias, dehiscencia, y ablación de órganos, entre otros). No se garantizan resultados maternos ni perinatales”, luego tres cruces abajo que corresponderían al lugar de la firma, aclaración de firma y número de D.N.I. de la paciente, los cuales no se encuentran como se puede observar en la historia clínica.



Ingresa a quirófano para cirugía de cesárea, que inicia a las horas 6,40, según protocolo quirúrgico, con diagnóstico obstétrico de polisistolia y desproporción feto pélvica (según historia clínica de UTI); resultando finalmente el nacimiento por cesárea a horas 6:43 del 2 de febrero del 2014, de un varón de más de 40 semanas, de 3989 gramos, que requirió internación en neonatología hasta el 20 de febrero (internación en neonatología por 18 días).

El 4 de febrero fue dada de alta de dicho nosocomio, por médico que no se pudo identificar por historia clínica ilegible en expediente.

La actora reingresa por la guardia de dicho nosocomio el 5 de febrero por presentar fiebre y dolor abdominal, pero no es internada. Luego, el 6 de febrero regresa por guardia presentando nuevamente fiebre y dolor abdominal, pero no es internada. Nuevamente, el 7 de febrero sucede lo mismo, ingresa por guardia de Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", presentando fiebre y reacción cutánea papulosa generalizada, como lo describe médico cuyo nombre y matrícula profesional es ilegible,

queda en observación y es medicada con antifebril (dipirona), y se le solicita ecografía ginecológica, abdominal y laboratorio; ya siendo 8 de febrero, finalmente es internada y pasa de la guardia a sala de internación.

INGRESOS POR GUARDIA DE LA ACTORA, CURSANDO PUERPERIO PATOLOGICO.

FECHA	INSTITUCIÓN	DEPARTAMENTO	DIAGNÓSTICO	PROCESO
24/02/14	CAPS LOS AGUIRRE	Enfermería	Enfermería	CAPS
09/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	PROCEDIMIENTO
08/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	INTERNACION
07/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	GUARDIA
06/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	GUARDIA
05/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	GUARDIA
02/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	PROCEDIMIENTO
01/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	INTERNACION
01/02/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	GUARDIA
28/01/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	INTERNACION
28/01/14	INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS ME	Enfermería	Enfermería	GUARDIA

El 9 de febrero a horas 6,20, escribe en evolución médico cuyo nombre y matrícula es ilegible, lo siguiente “Paciente de 21 años de edad G1C1, que cursa el 7mo día de puerperio postcesárea por desproporción feto pélvica e hipertensión, que bajo del piso refiriendo falta de aire y (ilegible). Al examen paciente en mal estado general, disnea, con aleteo nasal, uso de músculos accesorios. Presenta lesiones dermatológicas, pápulas eritematosas en abdomen, en miembros superiores e inferiores. // F.C. 140X’, temperatura: 36.5°C, P.A. 100/60, Sat 94%. // Abdomen en tabla, útero subinvolucionado doloroso. Loquios serosanguinolentos escasos. Especuloscopia: cérvix normal, escasos loquios serosanguinolentos sin olor. Al tacto vaginal bimanual, útero doloroso. // Se extrae sangre para laboratorio. Se tomaron cultivos el día 7/2/14. La paciente presentó episodios de fiebre el 6/2/14 y el 7/2/14. // Se decide laparotomía exploradora por abdomen agudo, puerperio patológico. Se solicita valoración por UTI. // Se informa a la abuela de la paciente”.

[illegible]

A horas 7,40 del 9 de febrero, la paciente ingresa a quirófano para laparotomía exploradora con posterior histerectomía puerperal (HATS), siendo el cirujano Dra. Castro, primer ayudante Dr. Quinteros, segundo ayudante Dra. Lomas, y anestesista Dr. Castro Galdo. Dice el protocolo quirúrgico lo siguiente: “Paciente bajo anestesia general y previo sondaje vesical. Campo operatorio con iodopovidona y sábanas estériles. Incisión transversal tipo Pfannenstiel sobre cicatriz previa y ampliación con incisión mediana infraumbilical. Diéresis plano por plano. Se constata absceso de pared en extremo derecho de incisión trasversal. Se toma muestra de secreción purulenta. Abordaje de cavidad. Semiología: Múltiples abscesos en espacios parieto-cólicos, espacio de Morrison, fondo de

saco de Douglas (bloqueado), interasas intestinales, y en sitio de histerorrafia. Se constata útero pálido, recubierto de reacción fibrinoide verdosa en plastrón con intestino delgado, necrosis de bordes de histerorrafia, dehiscencia parcial de la misma, continua blando, hipotónico, salida de secreción purulenta fétida, se procede a realizar Histerectomía Abdominal Total Simple mediante pinzamiento, sección y ligadura sucesiva de ambos pedículos superiores e inferiores. Se procede a ablación del órgano. Control de hemostasia. Síntesis de cúpula vaginal con catgut crómico. Se lava y aspira cavidad abdominal con abundante cantidad de solución fisiológica. Control de hemostasia. Síntesis plano por plano. // Se envían muestras a Bacteriología (absceso de pared y de cavidad abdominal) y a Anatomía Patológica (útero)". Único sello que aparece al final del protocolo quirúrgico es de médico Quinteros José Darío (tocoginecólogo, M.P. 7402).

Finalizada la histerectomía puerperal, ingresa a Unidad de Terapia Intensiva el día domingo 9 de febrero del 2014. Y la única historia clínica original que aporta Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", es la que corresponde a la evolución de la paciente en UTI hasta el día de su alta el viernes 14 de febrero del 2014.

La paciente López Daiana Elizabeth, ingreso a UTI el 9 de febrero del 2014, a horas 9,45, proveniente de quirófano, y fue recibida y evolucionada allí por médico Pérez Valdez Carlos (especialista en clínica médica y terapia intensiva, M.P. 6508), con diagnóstico de ingreso "Puerperio patológico, peritonitis abscedada, más HATS" (HATS significa histerectomía subtotal), y como motivo de internación "Sepsis severa", en antecedentes Gineco-Obstétrico dice "G2A1C1 por polisistolia, desproporción feto pélvica, 2/2, EG: 40

semanas”; describe en Enfermedad Actual “Paciente dada de alta el 02/02/2014, que consulta el 06/02 por presentar fiebre, avaluado en sala de parto, se atribuyó a mamas turgentes, y por reacción maculoeritematosa posterior a ingesta de alimentos se sospechó alergia alimentaria, se indicó medicación sintomática, ese día útero indoloro e involucionado, Por presentar nuevos registros febriles, consulta nuevamente el 07/02, observándose compromiso del estado general, hipotensión arterial, palidez y dolor abdominal con útero aumentado de tamaño y doloroso, con loquios hemáticos, en laboratorio GB 14.300 (3/91% PMN), VSG 92mm/1hs, con sospecha de foco abdominal, el servicio de UTI/UTIM solicito pancultivar, ecografía abdominal y ginecológica y evaluación ginecológica uterina. La ecografía abdominal mostró útero subinvolucionado con material en su interior. Por decisión de médicos de sala de parto, no se realizó legrado y se indicó oxitocina y paso a sala sin esquema antibiótico. // Hoy, en la madrugada presentó dolor abdominal intenso, disnea, taquipnea, sudoración profusa, taquicardia, con útero aumentado de tamaño, muy doloroso, con reacción peritoneal, íleo, reacción maculopapular pruriginosa. Con diagnóstico de sepsis abdominal entra a quirófano, observándose peritonitis bacteriana con múltiples abscesos y desvitalidad uterina, realizándose histerectomía total simple (ver protocolo quirúrgico) y se derivó a UTI”.

Médico Pérez Valdez Carlos, describe en INGRESO “Aspecto General: mal estado, hipovolémica, pálida-terrosa, con tinte amarillento, T° , Gluc. // SNC: Glasgow 15/15, bajo efectos de sedación, que mejoro, pupilas isocóricas y reactivas, motilidad de miembros, reflejos conservados. Cuello cilíndrico y móvil, sin meningismo. // Ap. Cardiovascular: TA FC se expandió con 1500

ml. de cristaloides con buena respuesta. R1 y R2 normofonéticos, rítmicos, silencios libres, sin R3. // Ap. Respiratorio: Tórax simétrico, mamas turgentes, adecuada mecánica ventilatoria, murmullo vesicular pulmonar, sin ruidos agregados FR SAT // Abdomen: distendido, doloroso en forma difusa, se realizó fentanilo con buena respuesta, con reacción peritoneal, no impresiona visceromegalias,... Herida quirúrgica con apósitos secos. Escasos loquios hemáticos. // Miembros: simétricos, con lesiones leves eritematomaculares pruriginosas, pulsos conservados". Luego, describe como "DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Puerperio patológico por sepsis severa por peritonitis infecciosa multiabscedado con útero desvitalizado, en postoperatorio inmediato con HATS (histerectomía total simple)".

El 9 de febrero del 2014, turno noche, la paciente es evolucionada por médico Notarfrancesco Javier (especialista en clínica médica y terapia intensiva M.P. 6279), que describe en "Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente que cursa P.O. ... por puerperio patológico con peritonitis y abscesos interasas. Estable c/SIRS. C/Balance positivo en 3652ml. s/dolor..." (SIRS es la abreviatura de Síndrome Inflamatorio de Respuesta Sistémica).

El 10 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médica Pereyra Liliana (cardióloga, M.P. 5188), quien describe en "Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Puerperio patológico de cesárea-HATS. Paciente lúcida, afebril, con buena tolerancia al decúbito dorsal. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda. RHA (++)". Solicito ecografía abdominal, que informa: colección supravesical 81x90mm. // Es

evaluada por Dr. Paladini, quien realiza drenaje por punción de cúpula vaginal, extrajo líquido hemático que se envía a bacteriología”.

El 10 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno noche, por médico Flores Daniel Luis (M.P. ilegible), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente con puerperio patológico de CESAREA 02/02/14, con PERITONITIS INFECCIOSA MULTIABSCEDADO-HATS, evoluciona lúcida afebril, ...estable en tto ATB. Diuresis 580cc”.

El 11 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médico Llanes Mario (médico, M.P. 3414), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: ...Se realizó Ecocardiograma (ver informe) ...febril 38,8 taquicárdica... En plan de realización Ecotransesofágico. Evaluada por infectología, se retiró clindamicina por cefalotina. Hemo 2x2 Staphilococo MS. Cav. Anaerobio y Estafilo. Uro positivo E. coli S...”.

El 11 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno noche, por médico Montoya Alberto (cardiólogo, M.P. 5305), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente de 21 años de edad con puerperio patológico post cesárea del 2-2-14 a las 40 SEG por DFP y polisistolia G2A1C1. Neonato masc. 3989 g. Apgar 6-9. HATS el 9-2-14 y drenaje de múltiples abscesos intrabdominales y de pared. Bajo tto. ATB. Según consejo de Infectología y resultado de cultivos (SAMR). // Presento un único registro aislado de 38,8°C a horas 9,30 desde su ingreso a UTI. // Al examen asintomática, afebril. Eupneica con mascara de 02. MV cons. Hemodinamicamente estable. Abd. BD con

leve distensión. RHA positivos. Elimina gases. Tolera dieta blanda desde la mañana. MI S/P. Buen ritmo diurético. Se retiró sonda vesical”.

El 12 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médico Notarfrancesco Javier (especialista en clínica médica y terapia intensiva M.P. 6279), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente que cursa su 3° día de internación y su 3° día de P.O. endometritis séptica en su puerperio de 5 días. Con rescate de gérmenes en uro positivo E. Coli y Hemo c/S. Aureus y líquido de cavidad positivo S. Aureus más Anaerobios. Buena evolución a la fecha. Refiere dolor abdominal en flanco izquierdo (EVA=4). Se evacuo colección serohemática por punción el lunes 11-02 que se ...positivo para S. Aureus. Se mantiene plan de tto. y conducta”.

El 12 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno noche, por médico Llanes Mario (médico, M.P. 3414), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente lúcida refiere estar mejor. Catarsis con gases que disminuyo distensión abdominal. Con tratamiento ATB por puerperio patológico...Afebril en toda la noche. R1 R2 sin R3. Estable. Mecánica respiratoria adecuada Sat. >96%. No ausculto ruidos agregados. Abdomen blando, RHA (+) ... Catarsis ++ Diuresis 450/12hs. En espera de Ecocardiografías. Se solicita Eco Abdominal pelviana”.

El 13 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médico Gomez Martinez Fernanda (médico, M.P. 7155), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente cursa postoperatorio de

laparotomía por puerperio patológico complicado con peritonitis con requerimiento de HATS. Ecog. Ginecológica con colección ... en cúpula. Dr. Paladini conducta expectante. Pendiente eco. transesofágico”.

El 13 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno noche, por médico Montoya Alberto (cardiólogo, M.P. 5305), quien se corrige en informe bacteriológico y escribe “SAMS en Hemocultivo...” y describe en “Evolución- Interpretación Fisiopatológica: Paciente con puerperio patológico que requirió HATS el 9-2-14. Bajo tto. con gentamicina y ornidazol además de cefalotina por SAMS y anaerobios y E. Coli en cultivos. Al examen lúcida y afebril. Asintomática. Eupneica. Hemodinamicamente estable. Abd. BDI. RHA positivos. Herida quirúrgica sin flogosis, sin secreción. Sin pérdidas vaginales. En plan de ETE solicitado el 11-2-14”.

El 14 de febrero del 2014, la señora López Daiana Elizabeth es evolucionada turno mañana, por médico Notarfrancesco Javier (especialista en clínica médica y terapia intensiva M.P. 6279), quien describe en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Paciente lúcida afebril. Estable hemodinamicamente. Buena evolución. Herida quirúrgica seca. Se mantiene tto. y conducta. // 10,45 horas. Se indica pase a sala con control ginecológico y por cirugía general”.

CONTROLES DE PARAMETROS VITALES EN UTI DESDE EL 9 DE FEBRERO AL 14 DE FEBRERO DEL AÑO 2014.

9 DE FEB	TENSION ARTERIAL	F.C.	F.R.	TEMP.
9,45 HORAS	80/50	111	20	36
11 HORAS	97/67	113	22	36
13 HORAS	90/56	114	22	36

15 HORAS	83/49	120	22	37,5
17 HORAS	76/76	116	22	37,6
19 HORAS	86/51	116	22	37,6
21 HORAS	89/51	114	22	
23 HORAS	85/54	108	22	37
10 DE FEB				
01 HORAS	86/57	112	22	36,8
03 HORAS	82/51	106	22	36,9
05 HORAS	93/55	108	22	36,8
07 HORAS	99/64	108	22	36,5
09 HORAS	98/64	104	22	36,5
11 HORAS	100/64	109	22	37
13 HORAS	156/100	108	22	36,5
15 HORAS	99/69	113	22	37
17 HORAS	98/61	110	22	37
19 HORAS	100/71	110	22	37
21 HORAS	105/68	105	24	36,8
23 HORAS	100/65	102	22	36,6
11 DE FEB				
01 HORAS	101/63	102	22	36,5
03 HORAS	106/71	104	22	36,5
05 HORAS	113/73	105	22	37,7
07 HORAS	106/74	102	22	37,7
09 HORAS	112/75	127	24	38,8
11 HORAS	102/68	115	22	37,5
13 HORAS	117/70	117	22	37,6
15 HORAS	90/56	108	24	36,2
17 HORAS	100/60	110	24	36,2
19 HORAS	96/59	100	22	36
21 HORAS	99/72	101	20	36,2
23 HORAS	101/67	106	20	36,7
12 DE FEB				
01 HORAS	102/68	100	20	36,6
03 HORAS	100/60	100	22	36,4
05 HORAS	105/69	104	24	36,8
07 HORAS	104/71	91	22	36,3
09 HORAS	105/59	98	22	36,6
11 HORAS	112/60	98	22	36,8
13 HORAS	103/79	90	22	36,9
15 HORAS	108/79	78	22	36,5

17 HORAS	99/70	102	22	36,5
19 HORAS	101/64	80	22	36,3
21 HORAS	106/67	98	20	36
23 HORAS	106/73	93	22	36,2
13 DE FEB				
01 HORAS	80/54	88	20	36
03 HORAS	89/56	84	20	36,1
05 HORAS	115/78	109	20	36,5
07 HORAS	87/56	103	20	36,8
09 HORAS	90/56	96	20	36,4
11 HORAS	102/71	100	22	36,2
13 HORAS	100/69	102	22	36,4
15 HORAS	110/76	105	22	36,2
17 HORAS	99/63	92	22	36,6
19 HORAS	109/74	90	20	36,2
21 HORAS	103/73	70	22	36,2
23 HORAS	109/79	83	22	36,3
14 DE FEB				
01 HORAS	122/84	74	20	36,2
03 HORAS	110/70	82	20	36,2
05 HORAS	89/60	72	20	36,3
07 HORAS	105/66	72	20	36,7
09 HORAS	90/55	97	20	36,7
11 HORAS	104/62	100	20	36,5

El 14 de febrero del 2014, es recibida la paciente en sala de internación, en donde permanecerá internada hasta 19 de febrero del 2014, que será dada de alta médica por médico Levin Andrea (M.P. ilegible).

El 1 de julio del 2014 a horas 9.11, la paciente López Daiana Elizabeth, reingresa a Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, siendo internada por médica Picasso Analía (ginecóloga, M.P. 7653), que describe en su evolución “Examen abdominal: Se palpa formación dolorosa dura en hemiabdomen inferior. Se visualiza orificio de salida de material en

herida quirúrgica...". Y es intervenida quirúrgicamente el día 3 de julio del 2014 por laparotomía exploradora, constatándose en dicha cirugía "colección purulenta fétida", según protocolo quirúrgico.

c-Sobre los antecedentes y exámenes previos realizados, intervención a efectuarse, oportunidad de la misma, complicaciones presentadas, fechas y etapas en que estas se presentaron, tratamientos aplicados en consecuencia resultados y causales de cada una de ellas, así también evaluará el estado actual de la paciente.

La actora López Daiana Elizabeth, según su control prenatal, tuvo controles hasta las 20 semanas en centro asistencial público de Los Aguirre, luego continuó sus últimos controles en centro asistencial público CAPS San Felipe por motivos de cambio de domicilio. En dicho carnet, se observa fecha de última menstruación el 23/04/13 y fecha probable de parto el 29/01/14 (coincidentes con ecografía del primer trimestre), control odontológico normal, no presento anemia, ni otras patologías como hipertensión o diabetes gestacional, con 5 controles prenatales, cumpliendo con los requisitos de un control gestacional adecuado.

Antecedentes Obstétricos: tuvo dos gestas, la primera fue un aborto espontaneo y la segunda fue una gestación a término (40,4 semanas de gestación por fecha de última menstruación y ecografía del primer trimestre), con nacimiento por cesárea por polisistolia y desproporción feto-pélvica, según historia clínica de expediente, de recién nacido de sexo masculino de 3989 gramos, APGAR 8/9 según carnet prenatal y protocolo quirúrgico, el 2 de febrero del año 2014 a horas 6.43, que después de nacido requirió estar internado en unidad de neonatología, siendo dado de alta el

recién nacido el 20 de febrero del 2014 (permaneció el niño 18 días en neonatología), en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”. El alta médica materna, fue dada el 4 de febrero del 2014, cursando postoperatorio de cesárea, pero fue internada nuevamente el 8 de febrero del 2014 con diagnóstico de puerperio patológico, siendo intervenida quirúrgicamente para histerectomía puerperal, por sepsis puerperal. Estuvo internada en Unidad de Terapia Intensiva de dicho nosocomio desde el 9 de febrero hasta el 14 de febrero; luego pasa a sala de internación y es dada de alta el 19 de febrero. Pero, reingresa el 1 de julio a Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, para ser intervenida nuevamente quirúrgicamente el 3 de febrero por absceso intrabdominal en zona de histerectomía.

Antecedentes quirúrgicos: Cesárea el 2 de febrero del 2014, Histerectomía subtotal puerperal el 9 de febrero del año 2014 (al séptimo día post-cesárea), y laparotomía exploradora el 3 julio del mismo año (5 meses después de la histerectomía puerperal).

Los estudios que se realizaron fueron los siguientes, relatados en forma cronológica:

- 1- ECOGRAFIA GINECOLOGICA: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 7 de febrero del 2014, por médico que no se puede informar debido a la lo ilegible de las fotocopias en expediente, que informa: “ÚTERO: en involución puerperal 146x95x67, cavidad uterina imagen heterogénea de 18mm compatible con coágulos?; Ovario derecho y Ovario Izquierdo no se logra visualizar; Douglas: Libre”.

- 2- ECOGRAFIA DE ABDOMEN: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 7 de febrero del 2014, por médico que no es posible identificar por lo ilegible de las fotocopias de expediente, que informaba “HIGADO: Forma y tamaño normal; VESICULA BILIAR: alitiásica, paredes finas; COLEDOCO: de 4mm; V.B.I.H.: no dilatada; PANCREAS: normal; BAZO: PSP; RIÑÓN DERECHO: S/P; RIÑÓN IZQUIERDO: S/P”.
- 3- HEMOCULTIVO: De muestra de sangre (pedido número 166582), del 8 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Estafilococo Aureus sensible a cefalotina, eritromicina, clindamicina, TMS (Trimetoprima/sulfametoxazol), rifampicina, y ciprofloxacina.
- 4- UROCULTIVO: De muestra de orina (pedido número 166585) del 8 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Escherichia Coli, sensible a ampicilina-sulbactam, cefalexina, nitrofurantoina, gentamicina, y TMS (Trimetoprima/sulfametoxazol).
- 5- ELECTROCARDIOGRAMA: Realizado el 9 de febrero del 2014, a horas 12,15.
- 6- Cultivo de LIQUIDO DE CAVIDAD ABDOMINAL: De muestra de líquido de cavidad abdominal (pedido número 166681) del 9 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Estafilococo Aureus Metecilino sensible y microbiota anaerobia acompañantes. Estafilococo Aureus sensible a cefalotina, eritromicina, clindamicina, rifampicina, TMS, y ciprofloxacina.
- 7- ECOGRAFIA DE ABDOMEN: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día

10 de febrero del 2014, por médico Quiroga Zulema (ecografista, M.P. 3853), que informaba “HIGADO: Homogéneo S/P, de tamaño y forma normal; VESICULA BILIAR: alitiásica de 83x31mm, paredes finas; COLEDOCO: de 3mm; V.B.I.H.: no dilatada; PANCREAS: homogéneo de 17mm; BAZO: S/P homogéneo; RIÑÓN DERECHO: mide 110x43 S/P; RIÑÓN IZQUIERDO: mide 103x50mm S/P; OBSERVACIONES: Se observa imagen de colección supravesical de 81x90mm, sugiero control evolutivo”.

- 8- Cultivo de LIQUIDO DE CAVIDAD ABDOMINAL: De muestra de líquido de cavidad abdominal (pedido número 166682) del 10 de febrero del 2014, no se observan bacterias, cultivo negativo luego de 48hs. de incubación (muestra desde UTI, extraída por médico Paladini, según historia clínica de UTI, por vía transvaginal).
- 9- TRATAMIENTO ANTIBIOTICO: La actora comenzó a recibir antibioticoterapia recién a partir de su ingreso en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) el 9 de febrero del 2014. Se le administró, Gentamicina 160 mg/24hs. administrado en forma endovenosa; Clindamicina 600mg/6hs. administrado en forma endovenosa; Ornidazol 1gr/24hs. administrado en forma endovenosa; Cefalotina 1gr/6hs. administrado en forma endovenosa.
- 10-PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO: Durante su internación en UTI, recibió Enoxaparina 0,4cc/24hs. administrado en forma subcutánea, hasta el 18 de febrero que se suspende luego de ecocardiograma transesofágico (realizado el 17 de febrero).

11-ECOCARDIOGRAMA DOPPLER: Realizado en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 11 de febrero del 2014, por médica Pareyra Liliana (cardióloga M.P. 5188), que informa “Ecocardiograma que demuestra diámetros del VI (ventrículo izquierdo) conservados. Motilidad global y segmentarias conservadas. Engrosamiento parietal conservado. Aurícula Normal. Pericardio libre. Cavidades derechas con diámetro y funciones conservadas. Doppler: IT (insuficiencia tricuspídea) moderada, con gradiente de 32mmHg, HTP (hipertensión pulmonar) moderada de 37mmHg moderada. Estudio no concluyente, se sugiere complementar con Ecocardiograma transesofágico”.

12-ECOGRAFIA GINECOLOGICA: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 13 de febrero del 2014, por médico Wilson Ravenau (tocoginecólogo M.P. ilegible), que informaba “UTERO: Histerectomizada; Ovario Derecho: s/p (sin particularidades); Ovario Izquierdo: s/p (sin particularidades); Douglas: Colección organizada de 76x66mm en contacto con cúpula vaginal”.

13-ESTUDIO DE ANATOMIA PATOLOGICA: Realizado en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, que informa útero recibido el día 13 de febrero del 2014, con informe el 18 de febrero del 2014, que dice “MACROSCOPIA: Se recibe útero previamente abierto que mide 18 cm. de longitud, por 9cm. transversal, por 6 cm. anteroposterior. La serosa es lisa, brillante, rosado, en cara anterior se observa herida quirúrgica de bordes esfacelados de color parduzcos. El cuello mide 2,5cm. de diámetro. El orificio

cervical es una hendidura transversal de 0,3cm., la cavidad endometrial mide 11,5cm. de fondo a istmo por 5,5cm. transversal, la cavidad se encuentra ocupada parcialmente por material rosado rojizo, blando elástico. El endometrio es irregular, rojizo, mide 4mm. de espesor. En cortes paralelos se observa el miometrio trabeculado, blanco rosado, mide 1,7cm. de espesor. El canal endocervical es permeable en todo su trayecto. El límite de los epitelios es impreciso e irregular. En el cuello se observan quistes de retención mucoide. Se incluyen fragmentos representativos para examen microscópico. DIAGNOSTICO: Útero con endometriitis aguda de mayor intensidad en adyacencias de la herida quirúrgica y extensa hemorragia. Cervicitis crónica activa. No se observa proliferación neoplásica maligna en este material remitido”.

14-ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO: Realizada en Hospital Centro de Salud “Zenón Santillán”, el día 17 de febrero del 2014, por médico Hasbani Javier (cardiólogo, M.P. 7692), que informaba “ECOTRANSESOFAGICO QUE DEMUESTRA: Ventrículo izquierdo con diámetro normal. Grosor y motilidad parietal conservados. Fracción de eyección dentro de límites normales. Aurícula izquierda normal. Aorta de tamaño normal con correcta apertura y cierre valvular. Válvula mitral fina con correcta apertura y cierre. Cavidades derechas: Ventrículo y Aurícula conservados, función ventricular normal. Pericardio libre. Derrame pleural con signos de organización. DOPPLER: Patrón de relajación normal. Insuficiencia tricuspídea leve con PAP normal. NO SE OBSERVAN IMÁGENES AGREGADAS EN PLANOS VALVULARES”.

15-ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 1 de julio del 2014, por médico Castagnaro Nelda (especialista en diagnóstico por imágenes, M.P. 8012), que informaba "Útero no visualizado a correlacionar con antecedentes quirúrgicos. Ovario izquierdo ecoestructura conservada, con folículos, mide 29x22mm. OBSERVACIONES: Ocupando anexo derecho y Douglas se evidencia colección de bordes irregulares, tabicada, de aproximadamente 93x67mm. Impresiona englobar ovario derecho".

16-ECOGRAFIA PARTES BLANDAS: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 1 de julio del 2014, por médico Castagnaro Nelda (especialista en diagnóstico por imágenes, M.P. 8012), que informaba "Exploro con transductor lineal de alta frecuencia región de pared abdominal a nivel infraumbilical evidenciándose aumento del espesor del tejido celular subcutáneo de aspecto edematoso/inflamatorio. Colección en espesor de tejido subcutáneo de 23x22mm".

17-LABORATORIOS DE LA PACIENTE.

LABORATORIO	6 DE FEB	7 DE FEB	8 DE FEB	9 DE FEB	10 DE FEB	11 DE FEB	12 DE FEB	13 DE FEB	17 DE FEB	VALORES de REFERENCIA
HEMATIES		3960000			3430000	3750000	3650000	3680000	4120000	4,8 mill/mm ³ (+-600.000)
LEUCOCITOS	17700	17300			11800	10600	14400	17600	16700	4800-10800/ul
HEMOGLOBINA	11,5	10,7			9,7	10,5	10,1	10,2	10,5	12-16 g/dl
HEMOTOCRITO					28	30	29,5	29	36	37-47 %
ANISOCITOSIS										
PLAQUETAS		397000			291000	268000	235000	277000	529000	130000-400000/ul
NEUTROFILOS C/S	74	3,91			84	83	86	73	77	43-65%
EOSINOFILOS	0	0			0	0	0	0	0	0,9-2,9%
BASOFILOS	0	0			0	0	0	0	0	0,2-1%
LINFOCITOS	23	4			10	16	11	26	19	20,5-45,5%
MONOCITOS	3	2			1	1	2	1	4	5,5-11,7%
VSG		92				50	60			0-29mm/h
TP %		81,8			82	84	77		82	80-100%
KPTT					26		27,7		26,4	25-35seg
GLUCOSA					87		72	87		70-110mg/dl
UREMIA		0,44			0,42	0,35	0,27	0,17	0,13	0,13-0,43g/l
CREATINEMIA		0,8			0,4	0,7	0,5	0,5	0,6	0,3-1,1mg/dl
CLORO		95			103	93	101			98-106mEq
SODIO		134			141	140	139			135-145mEq
POTASIO		3,4			3,4	3,2	3,1			3,5-5mEq
BILIRRUBINA TOTAL		0,9					0,33	0,34	0,49	0,2-1mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0,25					0,22	0,31	0,15	0-0,4mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA									0,34	0,1-0,5mg/dl
TGO		11					14	13	13	HASTA 40 U/L
TGP		7					10	10	10	HASTA 40 U/L

Y los procedimientos quirúrgicos que se realizaron a la actora fueron los siguientes en orden cronológico:

1-CIRUGIA CESAREA: Realizada el 2 de febrero, con inicio a horas 6,40 y finalización de la misma a horas 7,20, con diagnóstico pre quirúrgico de “hipertensión, polisistolía, y desproporción feto pélvica”, según consta en hoja de protocolo quirúrgico. El equipo quirúrgico médico estaba formado por cirujano Dr. Castro y ayudante cuyo nombre es ilegible, y anestesista Dr. Araujo Selva; se consigna la cirugía como emergencia, score ASA II, bolsa rota, color de líquido claro. En procedimiento quirúrgico, se describe “cesárea con incisión tipo Pfannenstiel, cavidad abdominal sin particularidades, histerotomía segmentaria arciforme, líquido amniótico meconial espeso. Extracción fetal, vivo, APGAR 8/9, peso 3989 gr., sexo masculino; alumbramiento completo dirigido. Sutura de pared abdominal por planos. Herida: limpia contaminada. Observaciones: Se administra carbetocin por hipotonía uterina; Diagnóstico posoperatorio: ídem preoperatorio, líquido amniótico meconial, presentación deflexionada”. Se agrega al dorso de hoja de protocolo “Paciente que presenta abundante sangrado durante la cirugía, presentando hipotensión por lo que se administró expansor. Paso a

sala de partos para control. Se solicito laboratorio. P.A. 90/50 mmHg”, dicha evolución no posee sello, no se puede identificar a que médico corresponde la misma, ni tampoco protocolo quirúrgico posee sello de médico alguno.

2-LAPAROTOMIA EXPLORADORA-HATS: Realizada el 9 de febrero a horas 7.40, siendo el cirujano Dra. Castro, primer ayudante Dr. Quinteros, segundo ayudante Dra. Lomas, y anestesista Dr. Castro Galdo. Dice el protocolo quirúrgico lo siguiente: “Paciente bajo anestesia general y previo sondaje vesical. Campo operatorio con iodopovidona y sábanas estériles. Incisión transversal tipo Pfannenstiel sobre cicatriz previa y ampliación con incisión mediana infraumbilical. Diéresis plano por plano. Se constata absceso de pared en extremo derecho de incisión trasversal. Se toma muestra de secreción purulenta. Abordaje de cavidad. Semiología: Múltiples abscesos en espacios parieto-cólicos, espacio de Morrison, fondo de saco de Douglas (bloqueado), interasas intestinales, y en sitio de histerorrafia. Se constata útero pálido, recubierto de reacción fibrinoide verdosa en plastrón con intestino delgado, necrosis de bordes de histerorrafia, dehiscencia parcial de la misma, continua blando, hipotónico, salida de secreción purulenta fétida, se procede a realizar Histerectomía Abdominal Total Simple mediante pinzamiento, sección y ligadura sucesiva de ambos pedículos superiores e inferiores. Se procede a ablación del órgano. Control de hemostasia. Síntesis de cúpula vaginal con catgut crómico. Se lava y aspira cavidad abdominal con abundante cantidad de solución fisiológica. Control de hemostasia. Síntesis plano por plano. // Se envían muestras a Bacteriología (absceso de pared y de cavidad abdominal) y a Anatomía Patológica (útero)”. Único sello que aparece al final del

protocolo quirúrgico es de médico Quinteros José Darío (tocoginecólogo, M.P. 7402).

3-LAPAROTOMIA EXPLORADORA: Realizada el 3 de julio del año 2014 a horas 10.45, con incisión supra e infraumbilical, en donde se constata que colección informada en ecografía del 1 de julio del 2014, correspondía a colección purulenta fétida que se encontraba bloqueada por epiplón, según protocolo quirúrgico por equipo quirúrgico que no se puede identificar por lo ilegible de las copias brindadas en expediente (no fue brindada la historia clínica original por parte de Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”).

Actualmente la paciente presenta esterilidad secundaria a histerectomía puerperal, y múltiples cicatrices abdominales, a saber:

- a. Cicatriz infraumbilical transversal, tipo Pfannenstiel, hipopigmentada, retráctil, de 14 centímetros por 1 centímetro de ancho.
- b. Cicatriz mediana infraumbilical, hipopigmentada, retráctil, de 12 centímetros de largo por 2 cm. de ancho.

En examen ginecológico se observa vulva trófica, con implantación pilosa acorde a edad y sexo. Refiere mantener relaciones sexuales sin particularidades (no refiere dispareunia, es decir dolor durante el coito).

d-Asimismo, dirá el experto, si se le efectuaron a la actora todos los estudios previos indispensables para tratar la infección que afectaba al paciente y medidas preventivas.

Según historia clínica de paciente, luego de ser operada de cesárea y ser dada de alta el 4 de febrero, la misma ya al otro día, 5 de febrero, concurrió a guardia de maternidad en tres oportunidades

(el 5, 6 y 7 de febrero), presentando fiebre, con signos de infección puerperal (leer consideraciones médico-legales). El 9 de febrero, según protocolo quirúrgico de laparotomía exploradora, la misma ya presentaba infección puerperal avanzada con peritonitis y afección infecciosa de útero.

Asimismo, según consta en historia clínica de UTI, no se le colocó a la misma tratamiento antibiótico ni fue realizado legrado uterino, estando internada la misma en sala, a pesar de que ya en historia clínica se describía que había presentado fiebre en reiteradas oportunidades, subinvolución uterina (útero aumentado de tamaño), dolor abdominal, lesiones maculopapulares, laboratorio alterado con leucocitosis y ecografía ginecológica del 7 de febrero que informaba “ÚTERO: en involución puerperal 146x95x67, cavidad uterina imagen heterogénea de 18mm compatible con coágulos?; Ovario derecho y Ovario Izquierdo no se logra visualizar; Douglas: Libre”; y así lo describe médico Pérez Valdez Carlos (especialista en clínica médica y terapia intensiva, M.P. 6508), “Paciente dada de alta el 02/02/2014, que consulta el 06/02 por presentar fiebre, avaluado en sala de parto, se atribuyó a mamas turgentes, y por reacción maculoeritematosa posterior a ingesta de alimentos se sospechó alergia alimentaria, se indicó medicación sintomática, ese día útero indoloro e involucionado, Por presentar nuevos registros febriles, consulta nuevamente el 07/02, observándose compromiso del estado general, hipotensión arterial, palidez y dolor abdominal con útero aumentado de tamaño y doloroso, con loquios hemáticos, en laboratorio GB 14.300 (3/91% PMN), VSG 92mm/1hs, con sospecha de foco abdominal, el servicio de UTI/UTIM solicito pancultivar, ecografía abdominal y ginecológica y evaluación ginecológica uterina. La ecografía abdominal mostró útero subinvolucionado con material en su interior. Por decisión de

médicos de sala de parto, no se realizó legrado y se indicó oxitocina y paso a sala sin esquema antibiótico”.

Frente a dicho cuadro avanzado de infección, que no fue tratado ni estudiado en las primeras consultas que la paciente realizó, acudiendo por guardia de Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, desde el día 5 de febrero, todos los días en adelante hasta que es internada; finalmente el 9 de febrero es operada por laparotomía exploradora, presentando grave estado general como se describe en historia clínica (previo a su ingreso a quirófano por segunda vez), realizándosele una histerectomía (remoción de útero infectado como se puede observar según anatomía patológica), y lavado de cavidad abdominal por material purulento en toda la cavidad (peritonitis, leer protocolo quirúrgico).

Luego, debo destacar que la infección según surge de los pancultivos que se realizaron a la paciente, hubo el aislamiento en sangre (hemocultivo) y líquido de cavidad abdominal de *Staphylococcus Aureus*, siendo el origen de la infección un germen de la piel, atribuible al factor quirúrgico de una mala asepsia y antisepsia del campo quirúrgico, y/o mal lavado de manos (leer consideraciones médico-legales).

En tercer lugar, surge de historia clínica que a la paciente se le realizó una punción transvaginal el 10 de febrero, como lo describe médica Pereyra Liliana (cardióloga, M.P. 5188), en “Evolución-Interpretación Fisiopatológica: Puerperio patológico de cesárea-HATS. Paciente lúcida, afebril, con buena tolerancia al decúbito dorsal. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda. RHA (++)”. Solicito ecografía abdominal, que informa: colección supravesical 81x90mm. // Es evaluada por Dr. Paladini, quien realiza drenaje por punción de cúpula vaginal, extrajo líquido hemático que

se envía a bacteriología”. Dicho líquido extraído fue enviado a laboratorio para cultivo, cuyo resultado fue negativo; luego, la paciente debe reingresar el 1 de julio del 2014, por presentar colección intrapelviana, según informa médico Castagnaro Nelda (especialista en diagnóstico por imágenes, M.P. 8012), “Útero no visualizado a correlacionar con antecedentes quirúrgicos. Ovario izquierdo ecoestructura conservada, con folículos, mide 29x22mm. OBSERVACIONES: Ocupando anexo derecho y Douglas se evidencia colección de bordes irregulares, tabicada, de aproximadamente 93x67mm. Impresiona englobar ovario derecho”. Siendo operada por tercera vez el 3 de julio, por laparotomía exploradora, y resultando una colección purulenta fétida que se encontraba bloqueada por epiplón.

e-Señalará también todo otro dato según su criterio resultara de interés mencionar que haga a la dilucidación de la cuestión de fondo que se reclama en este juicio, y sobre todo si se procedió en todo momento conforme a las reglas del buen y correcto arte profesional médico.

A la actora López Daiana Elizabeth se le realizó una cesárea de urgencia (no electiva, como consta en hoja de protocolo quirúrgico), que estuvo previamente en trabajo de parto (tuvo múltiples tactos vaginales), con bolsa rota (no integra, porque le realizaron RAM, ruptura artificial de membranas en sala de parto), por lo cual la probabilidad de realizar una infección puerperal postcesárea era alto (del 65%, leer consideraciones médico-legales); por lo cual, los controles postoperatorios de la misma, y su atención por guardia en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, cuando presento signos de infección puerperal en reiteradas oportunidades exigían según lex artis médico, ser considerada una

urgencia obstétrica, y recibir tratamiento adecuado y oportuno, pudiéndose evitar una histerectomía puerperal posterior.

Además, remito a la lectura integra de todo éste informe médico legal, a la respuesta d.

Continúo respondiendo a preguntas de abogada de la actora, de cuaderno A6:

1. Sobre las lesiones físicas sufridas por la actora.

Actualmente la paciente presenta esterilidad secundaria a histerectomía puerperal, y múltiples cicatrices abdominales, a saber:

a.Cicatriz infraumbilical transversal, tipo Pfannenstiel, hipopigmentada, retráctil, de 14 centímetros por 1 centímetro de ancho.

b.Cicatriz mediana infraumbilical, hipopigmentada, retráctil, de 12 centímetros de largo por 2 cm. de ancho.

2. Describa detalladamente las secuelas físicas que padece la actora e indique si la intervención quirúrgica descrita en la demanda es factible de causar la lesión que presenta.

Respondo que sí. La actora no posee útero debido a realización de histerectomía puerperal el 9 de febrero del 2014, y cicatrices abdominales (que fueron detalladas en respuesta 1), resultado de cirugías de cesárea del 2 de febrero del 2014 (cicatriz transversal) y laparotomía exploradora del 9 de febrero del 2014 (cicatriz transversal y longitudinal supra e infraumbilical).

3. Diagnóstico, etiología, evolución del proceso, pronóstico, y tratamiento de la incapacidad de la actora.

Luego de una histerectomía, se establece la imposibilidad de gestar hijos en el propio organismo, lo que denominamos esterilidad secundaria orgánica absoluta, ya que es la extracción del cuerpo uterino. El útero es un órgano único especializado, con hasta el momento muy poco éxito en los trasplantes del mismo (los pocos úteros trasplantados en el mundo, tuvieron que ser removidos en menos de un año).

4. Descripción de los estudios realizados para arribar al diagnóstico del estado actual de la accionante.

Los estudios que se realizaron fueron los siguientes, relatados en forma cronológica:

- 1- ECOGRAFIA GINECOLOGICA: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 7 de febrero del 2014, por médico que no se puede informar debido a la lo ilegible de las fotocopias en expediente, que informa: “ÚTERO: en involución puerperal 146x95x67, cavidad uterina imagen heterogénea de 18mm compatible con coágulos?; Ovario derecho y Ovario Izquierdo no se logra visualizar; Douglas: Libre”.
- 2- ECOGRAFIA DE ABDOMEN: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 7 de febrero del 2014, por médico que no es posible identificar por lo ilegible de las fotocopias de expediente, que informaba “HIGADO: Forma y tamaño normal; VESICULA BILIAR: alitiásica, paredes finas; COLEDOCO: de 4mm; V.B.I.H.: no dilatada; PANCREAS: normal; BAZO: PSP; RIÑÓN DERECHO: S/P; RIÑÓN IZQUIERDO: S/P”.

- 3- HEMOCULTIVO: De muestra de sangre (pedido número 166582), del 8 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Estafilococo Aureus sensible a cefalotina, eritromicina, clindamicina, TMS (Trimetoprima/sulfametoxazol), rifampicina, y ciprofloxacina.
- 4- UROCULTIVO: De muestra de orina (pedido número 166585) del 8 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Escherichia Coli, sensible a ampicilina-sulbactam, cefalexina, nitrofurantoina, gentamicina, y TMS (Trimetoprima/sulfametoxazol).
- 5- ELECTROCARDIOGRAMA: Realizado el 9 de febrero del 2014, a horas 12,15.
- 6- Cultivo de LIQUIDO DE CAVIDAD ABDOMINAL: De muestra de líquido de cavidad abdominal (pedido número 166681) del 9 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Estafilococo Aureus Meticilino sensible y microbiota anaerobia acompañantes. Estafilococo Aureus sensible a cefalotina, eritromicina, clindamicina, rifampicina, TMS, y ciprofloxacina.
- 7- ECOGRAFIA DE ABDOMEN: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes", el día 10 de febrero del 2014, por médico Quiroga Zulema (ecografista, M.P. 3853), que informaba "HIGADO: Homogéneo S/P, de tamaño y forma normal; VESICULA BILIAR: alitiásica de 83x31mm, paredes finas; COLEDOCO: de 3mm; V.B.I.H.: no dilatada; PANCREAS: homogéneo de 17mm; BAZO: S/P homogéneo; RIÑON DERECHO: mide 110x43 S/P; RIÑON IZQUIERDO: mide 103x50mm S/P; OBSERVACIONES: Se observa imagen de colección supravesical de 81x90mm, sugiero control evolutivo".

- 8- Cultivo de LIQUIDO DE CAVIDAD ABDOMINAL: De muestra de líquido de cavidad abdominal (pedido número 166682) del 10 de febrero del 2014, no se observan bacterias, cultivo negativo luego de 48hs. de incubación (muestra desde UTI, extraída por médico Paladini, según historia clínica de UTI, por vía transvaginal).
- 9- TRATAMIENTO ANTIBIOTICO: La actora comenzó a recibir antibioticoterapia recién a partir de su ingreso en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) el 9 de febrero del 2014. Se le administró, Gentamicina 160 mg/24hs. administrado en forma endovenosa; Clindamicina 600mg/6hs. administrado en forma endovenosa; Ornidazol 1gr/24hs. administrado en forma endovenosa; Cefalotina 1gr/6hs. administrado en forma endovenosa.
- 10-PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO: Durante su internación en UTI, recibió Enoxaparina 0,4cc/24hs. administrado en forma subcutánea, hasta el 18 de febrero que se suspende luego de ecocardiograma transesofágico (realizado el 17 de febrero).
- 11-ECOCARDIOGRAMA DOPPLER: Realizado en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 11 de febrero del 2014, por médica Pareyra Liliana (cardióloga M.P. 5188), que informa “Ecocardiograma que demuestra diámetros del VI (ventrículo izquierdo) conservados. Motilidad global y segmentarias conservadas. Engrosamiento parietal conservado. Aurícula Normal. Pericardio libre. Cavidades derechas con diámetro y funciones conservadas. Doppler: IT (insuficiencia tricuspídea) moderada, con gradiente de

32mmHg, HTP (hipertensión pulmonar) moderada de 37mmHg moderada. Estudio no concluyente, se sugiere complementar con Ecocardiograma transesofágico”.

12-ECOGRAFIA GINECOLOGICA: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 13 de febrero del 2014, por médico Wilson Ravenau (tocoginecólogo M.P. ilegible), que informaba “UTERO: Histerectomizada; Ovario Derecho: s/p (sin particularidades); Ovario Izquierdo: s/p (sin particularidades); Douglas: Colección organizada de 76x66mm en contacto con cúpula vaginal”.

13-ESTUDIO DE ANATOMIA PATOLOGICA: Realizado en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, que informa útero recibido el día 13 de febrero del 2014, con informe el 18 de febrero del 2014, que dice “MACROSCOPIA: Se recibe útero previamente abierto que mide 18 cm. de longitud, por 9cm. transversal, por 6 cm. anteroposterior. La serosa es lisa, brillante, rosado, en cara anterior se observa herida quirúrgica de bordes esfacelados de color parduzcos. El cuello mide 2,5cm. de diámetro. El orificio cervical es una hendidura transversal de 0,3cm., la cavidad endometrial mide 11,5cm. de fondo a istmo por 5,5cm. transversal, la cavidad se encuentra ocupada parcialmente por material rosado rojizo, blando elástico. El endometrio es irregular, rojizo, mide 4mm. de espesor. En cortes paralelos se observa el miometrio trabeculado, blanco rosado, mide 1,7cm. de espesor. El canal endocervical es permeable en todo su trayecto. El límite de los epitelios es impreciso e irregular. En el cuello se observan quistes de retención mucoide. Se incluyen

fragmentos representativos para examen microscópico. DIAGNOSTICO: Útero con endometriitis aguda de mayor intensidad en adyacencias de la herida quirúrgica y extensa hemorragia. Cervicitis crónica activa. No se observa proliferación neoplásica maligna en este material remitido”.

14-ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO: Realizada en Hospital Centro de Salud “Zenón Santillán”, el día 17 de febrero del 2014, por médico Hasbani Javier (cardiólogo, M.P. 7692), que informaba “ECOTRANSESOFAGICO QUE DEMUESTRA: Ventrículo izquierdo con diámetro normal. Grosor y motilidad parietal conservados. Fracción de eyección dentro de límites normales. Aurícula izquierda normal. Aorta de tamaño normal con correcta apertura y cierre valvular. Válvula mitral fina con correcta apertura y cierre. Cavidades derechas: Ventrículo y Aurícula conservados, función ventricular normal. Pericardio libre. Derrame pleural con signos de organización. DOPPLER: Patrón de relajación normal. Insuficiencia tricuspídea leve con PAP normal. NO SE OBSERVAN IMÁGENES AGREGADAS EN PLANOS VALVULARES”.

15-ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 1 de julio del 2014, por médico Castagnaro Nelda (especialista en diagnóstico por imágenes, M.P. 8012), que informaba “Útero no visualizado a correlacionar con antecedentes quirúrgicos. Ovario izquierdo ecoestructura conservada, con folículos, mide 29x22mm. OBSERVACIONES: Ocupando anexo derecho y Douglas se evidencia colección de bordes irregulares, tabicada, de

aproximadamente 93x67mm. Impresiona englobar ovario derecho”.

16-ECOGRAFIA PARTES BLANDAS: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 1 de julio del 2014, por médico Castagnaro Nelda (especialista en diagnóstico por imágenes, M.P. 8012), que informaba “Exploro con transductor lineal de alta frecuencia región de pared abdominal a nivel infraumbilical evidenciándose aumento del espesor del tejido celular subcutáneo de aspecto edematoso/inflamatorio. Colección en espesor de tejido subcutáneo de 23x22mm”.

17-LABORATORIOS DE LA PACIENTE.

LABORATORIO	6 DE FEB	7 DE FEB	8 DE FEB	9 DE FEB	10 DE FEB	11 DE FEB	12 DE FEB	13 DE FEB	17 DE FEB	VALORES de REFERENCIA
HEMATIES		3960000			3430000	3750000	3650000	3680000	4120000	4,8 mill/mm3 (+-600.000)
LEUCOCITOS	17700	17300			11800	10600	14400	17600	16700	4800-10800/ul
HEMOGLOBINA	11,5	10,7			9,7	10,5	10,1	10,2	10,5	12-16 g/dl
HEMOTOCRITO					28	30	29,5	29	36	37-47 %
							ANISOCITOSIS			
PLAQUETAS		397000			291000	268000	235000	277000	529000	130000-400000/ul
NEUTROFILOS C/S	74	3,91			84	83	86	73	77	43-65%
EOSINOFILOS	0	0			0	0	0	0	0	0,9-2,9%
BASOFILOS	0	0			0	0	0	0	0	0,2-1%
LINFOCITOS	23	4			10	16	11	26	19	20,5-45,5%
MONOCITOS	3	2			1	1	2	1	4	5,5-11,7%
VSG		92				50	60			0-29mm/h
TP %		81,8			82	84	77		82	80-100%
KPTT					26		27,7		26,4	25-35seg
GLUCOSA					87		72	87		70-110mg/dl
UREMIA		0,44			0,42	0,35	0,27	0,17	0,13	0,13-0,43g/l
CREATINEMIA		0,8			0,4	0,7	0,5	0,5	0,6	0,3-1,1mg/dl
CLORO		95			103	93	101			98-106mEq
SODIO		134			141	140	139			135-145mEq
POTASIO		3,4			3,4	3,2	3,1			3,5-5mEq
BILIRRUBINA TOTAL		0,9					0,33	0,34	0,49	0,2-1mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0,25					0,22	0,31	0,15	0-0,4mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA									0,34	0,1-0,5mg/dl
TGO		11					14	13	13	HASTA 40 U/L
TGP		7					10	10	10	HASTA 40 U/L

5. Posibilidad de recuperación de la actora y agravamiento de su incapacidad.

Leer respuesta número 3.

6.Determine el grado de incapacidad de la actora, teniendo en cuenta la posibilidad de inserción en el mercado laboral.

Para medir el porcentaje de incapacidad de la actora se utilizó baremo Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS 2012), y baremo de la ley 24.557 (Riesgos del Trabajo, decreto 659/96). Cabe destacar que las tablas porcentuales de ambos baremos son correspondientes.

INCAPACIDAD: 40% (Incapacidad reproductiva, pérdida del útero en edad fértil) y 10% (cicatrices en piel abdominal).

FACTOR DE DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD: 0%.

FACTOR EDAD: 3%.

TOTAL: 53%.

7. Informe si la incapacidad es transitoria o permanente.

Es permanente.

8. Informe sobre las secuelas que produce la ablación de órganos como la que sufrió la actora y si la misma tiene la posibilidad de ser madre nuevamente.

Remito a respuesta número 3.

9. Si las lesiones padecidas afectan su vida de relación, afectiva, deportiva, social, etc.; es decir si afectan su humanidad.

Respondo sí. La pérdida de la posibilidad de gestar, no decidida, conlleva afectación en todos los ámbitos de la persona humana, por lo cual, considero que dicha pregunta debe ser contestada por otro profesional idóneo en el ámbito de la salud mental.

Continúo con respuestas a abogados Cipriani Gastón Emilio, y Mosqueira Conrado, de la parte demandada, y digo:

- 1) Informe si de documentación obrante en el expediente surge que la Sra. LOPEZ DAIANA ELIZABETH, D.N.I. 37.727.178, haya concurrido al Instituto de la Maternidad para realizar controles de embarazo periódicos durante el ciclo de gestación producido en los años 2013/2014.**

La actora López Daiana Elizabeth, según su control prenatal, tuvo controles hasta las 20 semanas en centro asistencial público de Los Aguirre, luego continuó sus últimos controles en centro asistencial público CAPS San Felipe por motivos de cambio de domicilio. En dicho carnet, se observa fecha de última menstruación el 23/04/13 y fecha probable de parto el 29/01/14 (coincidentes con ecografía del primer trimestre), control odontológico normal, no presento anemia, ni otras patologías como hipertensión o diabetes gestacional, con 5 controles prenatales, cumpliendo con los requisitos de un control gestacional adecuado.

No realizó sus controles prenatales en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”.

- 2) Informe si los problemas de salud que alega la Sra. LOPEZ DAIANA ELIZABETH posteriores al parto son consecuencia de la cesaría practicada en el Instituto de la Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes.**

Respondo sí (leer este informe médico-legal en forma íntegra).

- 3) Informe que tipo de lesiones y patologías padeció la paciente y su gravedad. Si le realizaron estudios médicos**

consecuentes con la patología que padecía. Informe si de la documentación obrante en autos se desprende que haya existido algún elemento extraño –gaza- en el cuerpo de la paciente –abdomen- con posterioridad a las intervenciones y prácticas médicas que le realizaron en el nosocomio público, asimismo, si se realizó alguna cirugía para su extracción.

La paciente en el año 2014, cursaba gestación a término (40,4 semanas de gestación por fecha de última menstruación y ecografía del primer trimestre), con nacimiento por cesárea por polisistolia y desproporción feto-pélvica, según historia clínica de expediente, de recién nacido de sexo masculino de 3989 gramos, APGAR 8/9 según carnet prenatal y protocolo quirúrgico, el 2 de febrero del año 2014 a horas 6.43, que después de nacido requirió estar internado en unidad de neonatología, siendo dado de alta el recién nacido el 20 de febrero del 2014 (permaneció el niño 18 días en neonatología), en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”. El alta médica materna, fue dada el 4 de febrero del 2014, cursando postoperatorio de cesárea, pero fue internada nuevamente el 8 de febrero del 2014 con diagnóstico de puerperio patológico, siendo intervenida quirúrgicamente para histerectomía puerperal, por sepsis puerperal. Estuvo internada en Unidad de Terapia Intensiva de dicho nosocomio desde el 9 de febrero hasta el 14 de febrero; luego pasa a sala de internación y es dada de alta el 19 de febrero. Pero, reingresa el 1 de julio a Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, para ser intervenida nuevamente quirúrgicamente el 3 de febrero por absceso intrabdominal en zona de histerectomía.

Los estudios que se le realizaron fueron los siguientes, se describen en forma cronológica (año 2014):

- 1- ECOGRAFIA GINECOLOGICA: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 7 de febrero del 2014, por médico que no se puede informar debido a la lo ilegible de las fotocopias en expediente, que informa: “ÚTERO: en involución puerperal 146x95x67, cavidad uterina imagen heterogénea de 18mm compatible con coágulos?; Ovario derecho y Ovario Izquierdo no se logra visualizar; Douglas: Libre”.
- 2- ECOGRAFIA DE ABDOMEN: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 7 de febrero del 2014, por médico que no es posible identificar por lo ilegible de las fotocopias de expediente, que informaba “HIGADO: Forma y tamaño normal; VESICULA BILIAR: alitiásica, paredes finas; COLEDOCO: de 4mm; V.B.I.H.: no dilatada; PANCREAS: normal; BAZO: PSP; RIÑON DERECHO: S/P; RIÑON IZQUIERDO: S/P”.
- 3- HEMOCULTIVO: De muestra de sangre (pedido número 166582), del 8 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Estafilococo Aureus sensible a cefalotina, eritromicina, clindamicina, TMS (Trimetoprima/sulfametoxazol), rifampicina, y ciprofloxacina.
- 4- UROCULTIVO: De muestra de orina (pedido número 166585) del 8 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Escherichia Coli, sensible a ampicilina-sulbactam, cefalexina, nitrofurantoina, gentamicina, y TMS (Trimetoprima/sulfametoxazol).

- 5- ELECTROCARDIOGRAMA: Realizado el 9 de febrero del 2014, a horas 12,15.
- 6- Cultivo de LIQUIDO DE CAVIDAD ABDOMINAL: De muestra de líquido de cavidad abdominal (pedido número 166681) del 9 de febrero del 2014, que aisla (positivo) Estafilococo Aureus Meticilino sensible y microbiota anaerobia acompañantes. Estafilococo Aureus sensible a cefalotina, eritromicina, clindamicina, rifampicina, TMS, y ciprofloxacina.
- 7- ECOGRAFIA DE ABDOMEN: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 10 de febrero del 2014, por médico Quiroga Zulema (ecografista, M.P. 3853), que informaba “HIGADO: Homogéneo S/P, de tamaño y forma normal; VESICULA BILIAR: alitiásica de 83x31mm, paredes finas; COLEDOCO: de 3mm; V.B.I.H.: no dilatada; PANCREAS: homogéneo de 17mm; BAZO: S/P homogéneo; RIÑON DERECHO: mide 110x43 S/P; RIÑON IZQUIERDO: mide 103x50mm S/P; OBSERVACIONES: Se observa imagen de colección supravesical de 81x90mm, sugiero control evolutivo”.
- 8- Cultivo de LIQUIDO DE CAVIDAD ABDOMINAL: De muestra de líquido de cavidad abdominal (pedido número 166682) del 10 de febrero del 2014, no se observan bacterias, cultivo negativo luego de 48hs. de incubación (muestra desde UTI, extraída por médico Paladini, según historia clínica de UTI, por vía transvaginal).
- 9- TRATAMIENTO ANTIBIOTICO: La actora comenzó a recibir antibioticoterapia recién a partir de su ingreso en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) el 9 de febrero del 2014. Se le

administró, Gentamicina 160 mg/24hs. administrado en forma endovenosa; Clindamicina 600mg/6hs. administrado en forma endovenosa; Ornidazol 1gr/24hs. administrado en forma endovenosa; Cefalotina 1gr/6hs. administrado en forma endovenosa.

10-PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO: Durante su internación en UTI, recibió Enoxaparina 0,4cc/24hs. administrado en forma subcutánea, hasta el 18 de febrero que se suspende luego de ecocardiograma transesofágico (realizado el 17 de febrero).

11-ECOCARDIOGRAMA DOPPLER: Realizado en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 11 de febrero del 2014, por médica Pareyra Liliana (cardióloga M.P. 5188), que informa “Ecocardiograma que demuestra diámetros del VI (ventrículo izquierdo) conservados. Motilidad global y segmentarias conservadas. Engrosamiento parietal conservado. Aurícula Normal. Pericardio libre. Cavidades derechas con diámetro y funciones conservadas. Doppler: IT (insuficiencia tricuspídea) moderada, con gradiente de 32mmHg, HTP (hipertensión pulmonar) moderada de 37mmHg moderada. Estudio no concluyente, se sugiere complementar con Ecocardiograma transesofágico”.

12-ECOGRAFIA GINECOLOGICA: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 13 de febrero del 2014, por médico Wilson Ravenau (tocoginecólogo M.P. ilegible), que informaba “UTERO: Histerectomizada; Ovario Derecho: s/p (sin particularidades);

Ovario Izquierdo: s/p (sin particularidades); Douglas: Colección organizada de 76x66mm en contacto con cúpula vaginal”.

13-ESTUDIO DE ANATOMIA PATOLOGICA: Realizado en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, que informa útero recibido el día 13 de febrero del 2014, con informe el 18 de febrero del 2014, que dice “MACROSCOPIA: Se recibe útero previamente abierto que mide 18 cm. de longitud, por 9cm. transversal, por 6 cm. anteroposterior. La serosa es lisa, brillante, rosado, en cara anterior se observa herida quirúrgica de bordes esfacelados de color parduzcos. El cuello mide 2,5cm. de diámetro. El orificio cervical es una hendidura transversal de 0,3cm., la cavidad endometrial mide 11,5cm. de fondo a istmo por 5,5cm. transversal, la cavidad se encuentra ocupada parcialmente por material rosado rojizo, blando elástico. El endometrio es irregular, rojizo, mide 4mm. de espesor. En cortes paralelos se observa el miometrio trabeculado, blanco rosado, mide 1,7cm. de espesor. El canal endocervical es permeable en todo su trayecto. El límite de los epitelios es impreciso e irregular. En el cuello se observan quistes de retención mucoide. Se incluyen fragmentos representativos para examen microscópico. DIAGNOSTICO: Útero con endometriitis aguda de mayor intensidad en adyacencias de la herida quirúrgica y extensa hemorragia. Cervicitis crónica activa. No se observa proliferación neoplásica maligna en este material remitido”.

14-ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO: Realizada en Hospital Centro de Salud “Zenón Santillán”, el día 17 de febrero del 2014, por médico Hasbani Javier (cardiólogo, M.P. 7692),

que informaba “ECOTRANSESO FAGICO QUE DEMUESTRA: Ventrículo izquierdo con diámetro normal. Grosor y motilidad parietal conservados. Fracción de eyección dentro de límites normales. Aurícula izquierda normal. Aorta de tamaño normal con correcta apertura y cierre valvular. Válvula mitral fina con correcta apertura y cierre. Cavidades derechas: Ventrículo y Aurícula conservados, función ventricular normal. Pericardio libre. Derrame pleural con signos de organización. DOPPLER: Patrón de relajación normal. Insuficiencia tricuspídea leve con PAP normal. NO SE OBSERVAN IMÁGENES AGREGADAS EN PLANOS VALVULARES”.

15-ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 1 de julio del 2014, por médico Castagnaro Nelda (especialista en diagnóstico por imágenes, M.P. 8012), que informaba “Útero no visualizado a correlacionar con antecedentes quirúrgicos. Ovario izquierdo ecoestructura conservada, con folículos, mide 29x22mm. OBSERVACIONES: Ocupando anexo derecho y Douglas se evidencia colección de bordes irregulares, tabicada, de aproximadamente 93x67mm. Impresiona englobar ovario derecho”.

16-ECOGRAFIA PARTES BLANDAS: Realizada en Instituto de Maternidad y Ginecología “Ntra. Sra. De las Mercedes”, el día 1 de julio del 2014, por médico Castagnaro Nelda (especialista en diagnóstico por imágenes, M.P. 8012), que informaba “Exploro con transductor lineal de alta frecuencia región de pared abdominal a nivel infraumbilical evidenciándose

aumento del espesor del tejido celular subcutáneo de aspecto edematoso/inflamatorio. Colección en espesor de tejido subcutáneo de 23x22mm”.

17-LABORATORIOS DE LA PACIENTE.

LABORATORIO	6 DE FEB	7 DE FEB	8 DE FEB	9 DE FEB	10 DE FEB	11 DE FEB	12 DE FEB	13 DE FEB	17 DE FEB	VALORES de REFERENCIA
HEMATIES		3960000			3430000	3750000	3650000	3680000	4120000	4,8 mill/mm3 (+600.000)
LEUCOCITOS	17700	17300			11800	10600	14400	17600	16700	4800-10800/ul
HEMOGLOBINA	11,5	10,7			9,7	10,5	10,1	10,2	10,5	12-16 g/dl
HEMOTOCRITO					28	30	29,5	29	36	37-47 %
							ANISOCITOSIS			
PLAQUETAS		397000			291000	268000	235000	277000	529000	130000-400000/ul
NEUTROFILOS C/S	74	3,91			84	83	86	73	77	43-65%
EOSINOFILOS	0	0			0	0	0	0	0	0,9-2,9%
BASOFILOS	0	0			0	0	0	0	0	0,2-1%
LINFOCITOS	23	4			10	16	11	26	19	20,5-45,5%
MONOCITOS	3	2			1	1	2	1	4	5,5-11,7%
VSG		92				50	60			0-29mm/h
TP %		81,8			82	84	77		82	80-100%
KPTT					26		27,7		26,4	25-35seg
GLUCOSA					87		72	87		70-110mg/dl
UREMIA		0,44			0,42	0,35	0,27	0,17	0,13	0,13-0,43g/l
CREATINEMIA		0,8			0,4	0,7	0,5	0,5	0,6	0,3-1,1mg/dl
CLORO		95			103	93	101			98-106mEq
SODIO		134			141	140	139			135-145mEq
POTASIO		3,4			3,4	3,2	3,1			3,5-5mEq
BILIRRUBINA TOTAL		0,9					0,33	0,34	0,49	0,2-1mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0,25					0,22	0,31	0,15	0-0,4mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA									0,34	0,1-0,5mg/dl
TGO		11					14	13	13	HASTA 40 U/L
TGP		7					10	10	10	HASTA 40 U/L

Los procedimientos quirúrgicos que se le realizaron a la paciente fueron los siguientes:

1-CIRUGIA CESAREA: Realizada el 2 de febrero, con inicio a horas 6,40 y finalización de la misma a horas 7,20, con diagnóstico pre quirúrgico de “hipertensión, polisistolia, y desproporción feto pélvica”, según consta en hoja de protocolo quirúrgico. El equipo quirúrgico médico estaba formado por cirujano Dr. Castro y ayudante cuyo nombre es ilegible, y anestesista Dr. Araujo Selva; se consigna la cirugía como emergencia, score ASA II, bolsa rota, color de líquido claro. En procedimiento quirúrgico, se describe “cesárea con incisión tipo Pfannenstiel, cavidad abdominal sin particularidades, histerotomía segmentaria arciforme, líquido amniótico meconial espeso. Extracción fetal, vivo, APGAR 8/9, peso 3989 gr., sexo masculino; alumbramiento completo dirigido. Sutura de pared abdominal por planos. Herida: limpia contaminada. Observaciones:

Se administra carbetocin por hipotonía uterina; Diagnóstico posoperatorio: ídem preoperatorio, líquido amniótico meconial, presentación deflexionada”. Se agrega al dorso de hoja de protocolo “Paciente que presenta abundante sangrado durante la cirugía, presentando hipotensión por lo que se administró expansor. Paso a sala de partos para control. Se solicito laboratorio. P.A. 90/50 mmHg”, dicha evolución no posee sello, no se puede identificar a que médico corresponde la misma, ni tampoco protocolo quirúrgico posee sello de médico alguno.

2-LAPAROTOMIA EXPLORADORA-HATS: Realizada el 9 de febrero a horas 7.40, siendo el cirujano Dra. Castro, primer ayudante Dr. Quinteros, segundo ayudante Dra. Lomas, y anestesista Dr. Castro Galdo. Dice el protocolo quirúrgico lo siguiente: “Paciente bajo anestesia general y previo sondaje vesical. Campo operatorio con iodopovidona y sábanas estériles. Incisión transversal tipo Pfannenstiel sobre cicatriz previa y ampliación con incisión mediana infraumbilical. Diéresis plano por plano. Se constata absceso de pared en extremo derecho de incisión trasversal. Se toma muestra de secreción purulenta. Abordaje de cavidad. Semiología: Múltiples abscesos en espacios parieto-cólicos, espacio de Morrison, fondo de saco de Douglas (bloqueado), interasas intestinales, y en sitio de histerorrafia. Se constata útero pálido, recubierto de reacción fibrinoide verdosa en plastrón con intestino delgado, necrosis de bordes de histerorrafia, dehiscencia parcial de la misma, continua blando, hipotónico, salida de secreción purulenta fétida, se procede a realizar Histerectomía Abdominal Total Simple mediante pinzamiento, sección y ligadura sucesiva de ambos pedículos superiores e inferiores. Se procede a ablación del órgano. Control de hemostasia.

Síntesis de cúpula vaginal con catgut crómico. Se lava y aspira cavidad abdominal con abundante cantidad de solución fisiológica. Control de hemostasia. Síntesis plano por plano. // Se envían muestras a Bacteriología (absceso de pared y de cavidad abdominal) y a Anatomía Patológica (útero)". Único sello que aparece al final del protocolo quirúrgico es de médico Quinteros José Darío (tocoginecólogo, M.P. 7402).

3-LAPAROTOMIA EXPLORADORA: Realizada el 3 de julio del año 2014 a horas 10.45, con incisión supra e infraumbilical, en donde se constata que colección informada en ecografía del 1 de julio del 2014, correspondía a colección purulenta fétida que se encontraba bloqueada por epiplón, según protocolo quirúrgico por equipo quirúrgico que no se puede identificar por lo ilegible de las copias brindadas en expediente (no fue brindada la historia clínica original por parte de Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. De las Mercedes").

No se desprende que haya existido algún elemento extraño –gaza- en el cuerpo de la paciente –abdomen- con posterioridad a las intervenciones y prácticas médicas que le realizaron en el nosocomio público, asimismo, no se realizó alguna cirugía para su extracción.

4) Informe si la atención que recibió la Sra. LOPEZ DAIANA ELIZABETH en el nosocomio público respondía a las buenas prácticas médicas, y si la técnica medica empleada por los médicos tratantes del Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora

de las Mercedes era consecuente con el estado de salud de la paciente. Informe si los tratamientos y/o intervenciones que le efectuaron a la paciente se realizaron con la debida prudencia que requería el caso y respondiendo a las buenas prácticas médicas, o bien, si fueron contrarias a lo que por ley y saber científico razonablemente correspondía acatar.

Respondo no (leer informe médico legal íntegro, y remito a respuesta d y e que corresponde a respuestas a abogada Bazán Cristina Alejandra).

5) Informe si de la documentación obrante en la causa, particularmente historia clínica, se desprende que el SI.PRO.SA. haya puesto a disposición de la paciente sus instalaciones, aparatos, instrumentos, medicamentos y personal de salud. Informe si la Sra. LOPEZ DAIANA recibió atención médica completa por parte del Sistema Provincial de Salud.

Respondo no (remito a lectura de informe médico-legal íntegro y lectura de respuesta d y e que corresponde a respuestas a abogada Bazán Cristina Alejandra).

SERA JUSTICIA.

BIBLIOGRAFIA

1. Argentina. Ministerio de Salud. Boletín 12, 2019. En: http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2019-05_b12/noti2.php; consultado agosto 2022.
2. A. Santalla, M.S López-Criado, M.D. Ruiz, J. Fernández-Parra, J.L. Gallo, F. Montoya. Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2007. Vol. 34, Issue 5, p. 189-196. ISSN 0210-573X. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X07745057>.
3. Bataglia Araujo, Vicente; Rojas de Rolon, Gloria; Ayala, Jorge. Prevención y manejo de la infección puerperal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015. vol. 52, n. 3, p. 154-158. ISSN 2304-5132. Disponible en: <http://mail.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/327>
4. Clarke-Pearson Daniel, Gueller Elizabeth. Complications of Hysterectomy. Clinical Expert Series. Obstetrics and Gynecology. 2013; 121:654-73.
5. Daniel Dindo MD, Nicolas Demartines MD, and Pierre-Alain Clavien MD, PhD, FRCS, FACS. Classification of Surgical Complications. A new proposal with evaluation in cohort of 6336 patients and results of a surgery. Annals of Surgery. 2004, volume 240, number 2.

6. Davies A, Hart R, Magos A, Hadad E, Morris R Hysterectomy: surgical route and complications. *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology* 2002; 104: 148 – 151.
7. Edwards PS, Lipp A, Holmes A. Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3:CD003949.
8. Hurtado M. P., de la Parte M. A., Brito A. Staphylococcus Aureus: Revisión de los mecanismos de patogenicidad y la fisiopatología de la infección estafilocócica. *Rev. Soc. Ven. Microbiol.* 2002. 22(2):112-118. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562002000200003&lng=es.
9. Johannesson L, Richards E, Reddy V, et al. Los primeros 5 años de trasplante de útero en los EE. UU.: un informe del Consorcio de trasplante de útero de los Estados Unidos. *Cirugía JAMA*. Publicado en línea el 6 de julio de 2022. doi:10.1001/jamasurg.2022.2612.
10. Molina Águila Niurka, Oquendo de la Cruz Yudalvis. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la adherencia al lavado de manos en personal de salud. *Rev. Cubana Pediatría.* 2020. 92(2):e938. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000200011&lng=es. Epub 15-Abr-2020.
11. Muñoz Juliao, A., y Forero F. Comportamientos de asepsia y antisepsia en procedimientos quirúrgicos. *Ustasalud.* 2019.17(1-S),12. Disponible en:

http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/article/view/2212.

12. OMS. Los pasos para una técnica correcta de lavado de manos según la OMS. 2022. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/hfandrade/2018/10/13/los-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-la-oms/>
13. Portillo M.E., Pozo, J.L. Infecciones por estafilococo. Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2018. Vol. 12, Issue 49, p. 2890-2894. ISSN 0304-5412. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218300210>.
14. Ramos-Luces O, Molina-Guillén N, Pillkahn-Díaz W, et al. Infección de heridas quirúrgicas en cirugía general. cir. 2011;79 (4):349-355.
15. Rock JA, Howard WJ. Ginecología Quirúrgica de Te Linde, tomo 1. 9na Edición. España. Editorial Panamericana.1999
16. Rodríguez-Angulo, Elsa. Muertes maternas por infecciones puerperales. 2010. Vol. 21, No. 2. disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb102124.pdf>.
17. Salles M, Codina C. Higiene y antisepsia del paciente. Limpieza, desinfección y esterilización en el ámbito hospitalario. Documento de consenso entre la S.E.F.H, S.C.F.C. y A.C.I.C.I. 2005.
18. Sánchez García Zenia Tamara, Hurtado Moreno Geneva. Lavado de manos. Alternativa segura para prevenir infecciones. Medisur. 2020. 18 (3): 492-495. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300492&lng=es. Epub 02-Jun-2020.

19. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Antibioterapia profiláctica en ginecología. Protocolos y guías de actuación clínica. Disponible en: www.sego.es.
20. Steiner HL, Strand EA. Surgical site infection in gynecologic surgery: pathophysiology and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2017 Feb 13. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.014. (Epub ahead of print).
21. Tibavizco Diego, Rodríguez José Yesid, Silva Edwin, Cuervo Sonia Isabel, Cortés Jorge Alberto. Enfoque terapéutico de la bacteriemia por *Staphylococcus Aureus*. Therapeutic approach to *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Biomédica*. 2007. 27(2):294-307. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572007000200016&lng=en.
22. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, p 31-41.
23. Ozimek JA, Kilpatrick SJ. Maternal Mortality in the Twenty-First Century. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2018; 45: 175-86.