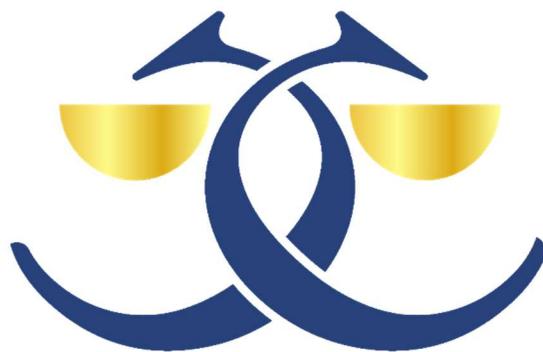


DICTAMEN PERICIAL

RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-09-02-0186
JUZGADO: JUZGADO DIECISEIS ORAL ADMINISTRATIVO
DE CALI
RADICADO: 2022-00023-00
DEMANDANTES: MONICA PILAR NIÑO CAMELO Y OTROS
DEMANDADOS: ESE ORIENTE - HOSPITAL CARLOS HOLMES
TRUJILLO; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL
VALLE Y OTROS.
NOMBRE DEL PACIENTE: MONICA PILAR NIÑO E HIJO (ANSEL
SANTIAGO)



C&C Corporación

NIT 900.973.844-9

ESPECIALIDAD GINECOOBSTETRICIA



C&C Corporación

Santiago de Cali, 04 de octubre de 2024

ASUNTO: ENTREGA DE DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-09-02-0186
JUZGADO: JUZGADO DIECISEIS ORAL ADMINISTRATIVO DE CALI
RADICADO: 2022-00023-00
DEMANDANTES: MONICA PILAR NIÑO CAMELO Y OTROS
DEMANDADOS: ESE ORIENTE - HOSPITAL CARLOS HOLMES
TRUJILLO; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Y
OTROS.
NOMBRE DEL PACIENTE: MONICA PILAR NIÑO E HIJO (ANSEL SANTIAGO)
CEDULA DE CIUDADANIA: 38.559.651
EDAD: 37 años (según historia clínica)
ESPECIALIDAD: GINECO OBSTETRICIA

Respetado Señor Juez

De manera atenta hacemos entrega del Dictamen Médico Pericial en el proceso en referencia. Dicho Dictamen es rendido por el Doctor RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ, Médico Especialista **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**, a través de C&C CORPORACIÓN

Para lo cual me permito allegar la siguiente documentación:

1. Copia del dictamen pericial (18 folios)
2. Oficio con la relación adjunta de los peritajes rendidos por el Doctor RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ (01 folios)
3. Hoja de vida en 08 folios

Atentamente,


EDACSIL NARVAEZ
ASISTENTE ADMINISTRATIVO



C&C Corporación

Santiago de Cali, 04 de octubre de 2024

ASUNTO: ENTREGA DE DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-09-02-0186
JUZGADO: JUZGADO DIECISEIS ORAL ADMINISTRATIVO DE CALI
RADICADO: 2022-00023-00
DEMANDANTES: MONICA PILAR NIÑO CAMELO Y OTROS
DEMANDADOS: ESE ORIENTE - HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Y OTROS.
NOMBRE DEL PACIENTE: MONICA PILAR NIÑO E HIJO (ANSEL SANTIAGO)
CEDULA DE CIUDADANIA: 38.559.651
EDAD: 37 años (según historia clínica)
ESPECIALIDAD: GINECO OBSTETRICIA

Respetado Señor Juez:

De manera atenta rindo informe de los peritajes realizados a través de **C&C CORPORACIÓN**.
PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

- Médico Cirujano, egresado de la Universidad del Valle en el año 1983.
- Especialista en Ginecología y Obstetricia, egresado de la Universidad de Caldas en el año 1988.

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

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elabora.
- Anexo Hoja de Vida y los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de proceso en los que he participado como perito se anexa a este oficio
- Declaro que los métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que se emplean para la rendición de dictámenes periciales a través de C&C CORPORACIÓN.
- Declaro que los métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una

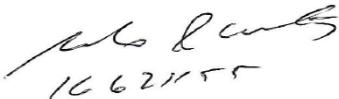


C&C Corporación

cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente es la elaboración de dictámenes periciales.

- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la Historia Clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al Paciente: **MONICA PILAR NIÑO E HIJO (ANSEL SANTIAGO)**

Atentamente,



1662155

RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ

Especialista En Ginecología y obstetricia

RM 4088/85



C&C Corporación

Santiago de Cali, 04 de octubre de 2024

ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOOBSTETRICIA

RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-09-02-0186
JUZGADO: JUZGADO DIECISEIS ORAL ADMINISTRATIVO DE CALI
RADICADO: 2022-00023-00
DEMANDANTES: MONICA PILAR NIÑO CAMELO Y OTROS
DEMANDADOS: ESE ORIENTE - HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Y OTROS.
NOMBRE DEL PACIENTE: MONICA PILAR NIÑO E HIJO (ANSEL SANTIAGO)
CEDULA DE CIUDADANIA: 38.559.651
EDAD: 37 años (según historia clínica)

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN RINDE EL PERITAJE (de conformidad al numeral 1 del artículo 226 CGP)

Yo, RICARDO JOSÉ MARTÍNEZ MARTÍNEZ, identificado con cédula de ciudadanía N° 16.621.155, Tarjeta profesional de médico 4088-85.

Soy médico cirujano egresado de la Universidad del Valle en el año 1983, especialista en egresado de la Universidad de Caldas en el año 1988. Actualmente tengo 30 años de experiencia profesional como médico Ginecólogo - Obstetra.

De conformidad con lo dispuesto por el Código General del Proceso en su artículo 226, me permito hacer las siguientes declaraciones:

1. Actúo con completa autonomía e independencia profesional, de manera tal que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional sobre la materia de la experticia.
2. El dictamen fue elaborado directamente por este servidor.
3. Los exámenes, métodos, y parámetros de análisis utilizados para evaluar el caso y soportar mi opinión profesional para el dictamen, corresponden a los que utilizo de manera sistemática y usual para el ejercicio de mi profesión.
4. He sido designado como perito para la Corporación C&C.

Cabrera & Cerón Corporacion
NIT.: 900.973.844-9
Santiago de Cali, Valle del Cauca-Colombia
www.cyccorporacion.com
contacto@cyccorporacion.com
57(2) 4050160 – 3153745039

PERITO: DR. RICARDO MARTINEZ
ESPECIALIDAD: GINECO OBSTETRICIA
RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-09-02-0186
RADICADO: 2022-00023-00

FOLIO

4



C&C Corporación

5. No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 del CGP.
6. Acompaño a la presente, copia de los documentos que acreditan mi idoneidad sobre la materia objeto del dictamen.

FUNDAMENTO: efectúo el presente concepto médico especializado con base en la copia de la historia clínica de la paciente **MONICA PILAR NIÑO**.

CUESTIONARIO PRESENTADO

1. **Por las comorbilidades de este embarazo clasificado de alto riesgo obstétrico desde su control prenatal, indique en qué nivel de atención debió ser atendido el parto de la gestante Mónica Niño Camelo y/o cual debió ser su plan de manejo clínico.**

Inicialmente la indicación de alto riesgo fue dada por un sangrado que tuvo en el primer trimestre del embarazo. Pero en el resto del embarazo la evolución y los controles no mostraron ninguna patología o alteración de importancia para tener en cuenta. No describen hipertensión, diabetes o preeclamsia, ni ninguna patología a resaltar. En su último control prenatal en el Hospital Universitario del Valle el 14/01/2020, continuó clasificada como ARO por primigestante, Edad materna avanzada, toxosusceptibilidad, motivo por el cual, se le indica ingresar en 3 días al Hospital universitario del Valle para evaluar estado materno fetal y considerar conducta acerca de la finalización del embarazo.

Siguiendo las indicaciones médicas, la paciente ingresa a sala de partos del HUV el día 17/01/2020 para realizar la respectiva admisión, donde según historia clínica se registra *"Paciente de 37 años, G1P0 con embarazo de 40 semanas por FUM del 12/04/2019. ARO por edad materna y toxosusceptibilidad, con cuadro clínico de 24 horas de inicio de actividad uterina que se regulariza y se intensifica el día de hoy, asociado a salida de tapón mucoso, niega amniorrea, niega genitorragia, percibe mvts fetales"*, pese a que no encontraron otros factores y las condiciones de la paciente eran estables, decidieron dar orden de salida con recomendaciones. En este punto es importante resaltar que, si de manera exegética y conceptual revisamos la Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 - Guías No. 11-15, emitida por el Ministerio de Salud y el estudio juicioso de esta historia clínica, no se identifica el cumplimiento de las características propias de la citada guía, que entre otros manifiesta lo siguiente:

"...la valoración de ingreso es pertinente solicitar y analizar los datos del carné materno, la historia clínica o la información contenida en los datos de remisión para identificar factores de riesgo que definan si la gestante debe ser hospitalizada o remitida, de acuerdo con la capacidad resolutive o las situaciones especiales en los servicios de admisiones o de urgencias. Dado que la decisión de la admisión es crítica, el examen clínico debe ser



C&C Corporación

practicado siempre por personal capacitado. Si la conclusión es que la gestante no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio (acompañante, distancia al domicilio, disponibilidad de transporte, características socioeconómicas, aseguramiento, capacidad cognitiva, entre otras) y, en consecuencia, indicar ambulancia y un nuevo examen en un periodo no superior a dos horas o según criterio médico. Si alguna de estas condiciones no es adecuada (o no está garantizada), la gestante se debe hospitalizar. (negritas y subrayado fuera de texto)

Igualmente, el 18/01/2020 acude por urgencias al Hospital Carlos Holmes Trujillo, donde es **atendida, activaron protocolo de manejo de una gestante sin complicaciones o sin riesgo obstétrico**. Continuando con las indicaciones de la Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 - Guías No. 11-15, se puede establecer que la paciente tenía criterios de factores de riesgo que debieron ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto y/o su remisión inmediata, teniendo en cuenta que se trataba de una paciente de alto riesgo obstétrico (ARO).

2. **Explique al despacho en que consiste la asfixia perinatal, el sufrimiento fetal, la encefalopatía isquémica y la parálisis cerebral, explicando sus generalidades, análisis científico, causas y consecuencias, así como la relación causa efecto o nexo de causalidad con el caso concreto.**

El término sufrimiento fetal se refiere a una situación en la cual el feto tiene dificultades para mantener sus funciones básicas, generalmente como resultado de una deficiencia en el suministro de oxígeno. Este puede ser un problema grave, dado que puede causar daño cerebral permanente en el feto o incluso puede resultar en muerte fetal si no se detecta y se maneja adecuadamente. La causa más común de sufrimiento fetal es una complicación en la placenta o el cordón umbilical que interrumpe el flujo de sangre y, por lo tanto, el suministro de oxígeno al feto. Esto puede suceder por diversas razones, como un cordón umbilical enredado, una placenta envejecida o una enfermedad materna, como la preeclampsia, que puede afectar la salud de la placenta.

Por encefalopatía neonatal hipóxico-isquémica se entiende una constelación de signos neurológicos que aparece inmediatamente después del parto tras un episodio de asfixia perinatal y que se caracteriza por un deterioro de la alerta y de la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras, alteraciones en los reflejos, y a veces, convulsiones. La EHI se produce como consecuencia de la privación de O₂ al cerebro, bien por hipoxemia arterial o por isquemia cerebral, o por la concurrencia de ambas situaciones.

La parálisis cerebral es causada por una lesión cerebral o un problema que ocurre durante el embarazo o el nacimiento, o dentro de los primeros 2 o 3 años de vida. Puede producirse si el bebé no obtiene suficiente sangre, oxígeno u otros nutrientes antes del nacimiento o durante este. Otras causas incluyen nacimiento prematuro y problemas genéticos.



C&C Corporación

Finalmente, la Asfixia perinatal es el bajo flujo de oxígeno al cerebro del feto y del recién nacido. La causa, en este caso, pudo ser ocasionada en el expulsivo (aunque estuvo dentro de los límites establecidos) o por problemas en la reanimación al nacer, sin embargo, el recién nacido nació deprimido y cianótico por lo que fue seguramente la hipoxia que tuvo en el momento del expulsivo.

- 3. Aproximadamente siete (7) horas previas al nacimiento, esto es, 2:20 am la gestante tenía un diagnóstico de parto estacionario, 5 de dilatación, 80 de borramiento de cuello uterino y, ruptura artificial de membranas (amniotomía). Indique, si en ese escenario era perentorio remitir el binomio materno fetal a mayor nivel de atención para evitar alguna complicación como el sufrimiento fetal, asfixia perinatal, la encefalopatía isquémica y, la parálisis cerebral severa.**

La paciente tiene a las 2:20 horas una dilatación de 5, pero con una actividad uterina muy pobre, solamente después de la amniotomía se inició una verdadera actividad uterina y el trabajo de parto de dilatación 5 – 10 es en promedio de 1cm por hora y el expulsivo es de 30 minutos a 2 horas, aparentemente la evolución en la progresión del trabajo de parto desde la amniotomía fue la esperada, además que los monitoreos intrapartos eran normales y el líquido amniótico claro.

La progresión de la dilatación y el parto vaginal, en una institución de mayor nivel, probablemente hubiera sido igual, con la diferencia que al encontrarse en una institución nivel 2-3-4, se contaría con el apoyo del equipo multidisciplinario (pediatras, neonatólogos, neurólogos) para la atención inmediata del neonato con los equipos técnicos necesarios para la intervención de recién nacidos que nacen deprimidos, cianóticos y con dificultades respiratorias, como el caso que nos ocupa.

- 4. De acuerdo con los hallazgos de la historia clínica ¿el diagnóstico de parto estacionario, 5 de dilatación, 80 de borramiento de cuello uterino y, ruptura artificial de membranas (amniotomía), también eran datos clínicos para haberse indicado una cesárea de emergencia? Explique el por qué.**

Cuando hay un parto estacionario hay que buscar las causas y tratar de corregirlas, generalmente y sobre todo si el monitoreo es normal se puede intentar la amniotomía para lograr aumentar la actividad uterina (que fue lo que realizaron en este caso) y para valorar el líquido amniótico que lo describía de color claro, por lo que en ese momento no había una indicación de cesárea urgente, de acuerdo a todo lo expresado en las evaluaciones de las historia clínicas.

- 5. La asfixia perinatal que experimentó el menor Ansel Santiago es ¿ante parto, intraparto o posparto? Explique el por qué.**

La asfixia del recién nacido, con toda la información a la que tuve acceso hace pensar que fue en el expulsivo porque nació cianótico y al parecer tuvieron muchos problemas en el expulsivo



C&C Corporación

6. En este caso ¿qué factor o factores de riesgo originaron o pudieron originar la asfixia perinatal y, el sufrimiento fetal del menor Ansel Santiago?

El expulsivo del parto es una fase crucial por que la fetocardia se vuelve difícil de ubicar, hay mucha ansiedad por parte de la parturienta y los controles de bienestar fetal no son eficaces, es ahí donde se cumple el viejo adagio que “en la puerta del horno se puede quemar el pan”.

El expulsivo es la fase de cuando la dilatación llega a 10, hasta que alumbró la cabeza del recién nacido y vuelve repito, es una fase crucial y de difícilísimo control, además que se considera normal la duración del expulsivo entre 30 minutos y 2 horas.

Al revisar la historia clínica del Hospital Carlos Holmes Trujillo, existen registros donde describen la etapa del expulsivo, manifestando como factor relevante “Mal trabajo de parto, pujo no adecuado” por lo que se realizaron maniobras para la atención del parto entre las cuales se encuentra la maniobra de MC ROBERTS, y presión supra abdominal (maniobra de Kristeller, en la actualidad el uso de esta maniobra se considera una mala práctica, y está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud). La presión supra abdominal durante el trabajo de parto y expulsivo puede potencialmente contribuir a un riesgo de asfixia perinatal.

7. Frente al diagnóstico de embarazo de 40,6 semanas, primigestante, gestante con añosidad, parto estacionario, 5 de dilatación, 80 de borramiento de cuello uterino, ruptura artificial de membranas (amniotomía) y, la falta de progresión normal del parto, ¿qué pruebas diagnósticas de bienestar fetal diferente a la monitoria fetal se debió realizar? Explique el por qué.

Como lo dije anteriormente, la valoración del líquido amniótico que, en este caso siempre fue de color claro según la historia clínica, es un indicador indirecto de bienestar fetal, pero la monitoria fetal es la que define las conductas a seguir. Quiero aclarar que con base en lo reportado en la evolución de este trabajo de parto y por lo descrito en los monitoreos, el verdadero trabajo de parto de la paciente solamente se inició después de la amniotomía más o menos entre 2:00 y 3:00 de la mañana del 19 de enero del 2020.

8. En el manejo clínico de la emergencia obstétrica de asfixia perinatal inmediatamente posterior al nacimiento, no intervino un médico pediatra ni la subespecialidad de neonatología, y se hizo en una unidad obstétrica básica de un 1 nivel de complejidad. Indique, si esto influyó o pudo influir en el pronóstico de la reanimación, estabilización y, recuperación del paciente Ansel Santiago. Explique el por qué.

Aparentemente el manejo fue oportuno, sin embargo, sobra decir de la importancia de contar con la presencia de un neonatólogo o pediatra en los Hospitales de primer nivel de complejidad en la atención del parto, que permita intervenir de manera inmediata en la atención del neonato, y más en situaciones complejas como las presentadas en este caso, donde es difícil conceptuar en qué momento se produjo la asfixia perinatal y las consecuencias de las que hoy padece el



C&C Corporación

menor. A propósito de esto el Lineamiento técnico para el manejo de la asfixia perinatal establece:

“Las instituciones, independientemente de su nivel de complejidad, deberán garantizar el entrenamiento formal de sus colaboradores que intervienen en la atención del parto y el recién nacido (auxiliar de enfermería, enfermera jefe, médico general, pediatra, neonatólogo, anesthesiólogo, ginecólogo, terapeuta respiratorio). Se recomienda que el ciclo de formación sea, mínimo, cada 2 años. Este podrá ser impartido directamente por la SDS, por la Asociación Colombiana de Neonatología (ASCON) o cualquier otro ente autorizado, o directamente, por las instituciones de salud que acrediten estar capacitadas para ello.

Disponer del equipo de emergencia neonatal y de flujogramas de reanimación neonatal: Se debe garantizar la disponibilidad de un equipo de emergencia neonatal que cuente con los dispositivos y los medicamentos necesarios durante una reanimación neonatal. De igual forma, se deben diseñar los flujogramas de reanimación neonatal en material de fácil limpieza y fácil desinfección, los cuales deben estar disponibles en un lugar cercano a la lámpara de calor radiante en la sala de partos y visibles para el momento de una reanimación (véanse Guía para la formación de equipos de reanimación eficaz. Bogotá: SDS; 2015 y Guía para el simulacro de código azul. Bogotá: SDS; 2015).

Implementar la Red Distrital de Neuro protección: Una vez sucedido el fenómeno asfíctico y el paciente presente encefalopatía hipóxica de moderada a severa, y cumpla con criterios de inclusión para protocolo de hipotermia, se deberá garantizar el inicio de hipotermia terapéutica servocontrolada dentro de las primeras seis horas posteriores al evento asfíctico, y en un plazo que no sea superior a doce horas.”

Con todo esto, se precisa concluir que evidentemente, si nuestro sistema de salud contara con instituciones de primer nivel con el equipo médico necesario, capacitado en debida forma y con los recursos técnicos científicos, probablemente las condiciones de vida del recién nacido podrían ser diferentes.

- 9. En su concepto y de acuerdo con la historia clínica de la señora Mónica Pilar Niño Camelo ¿las decisiones que se tomaron frente a la atención del parto fueron adecuadas, oportunas, ajustadas a los protocolos y a las guías de práctica clínica vigente para la época?**

Dentro de la evolución del trabajo de parto al parecer se cumplieron todos los pasos de acuerdo a lo que manda la obstetricia y al parecer los monitoreos siempre mostraron una evolución correcta del bienestar fetal.



C&C Corporación

10. Precísele al despacho si la vigilancia de este parto se hizo bajo los estándares de la lex Artis ad hoc.

Desde el ingreso de la paciente a las 9:50 am del 18 de enero del 2020 hay una valoración a las 17:40 horas de ese día y hay un periodo de 8 horas sin controles, seguramente eso se debió a la poca actividad uterina de la paciente.

Pero desde las 2:00 horas del 19 de enero del 2020 hasta el expulsivo a las 9:20 horas se realizaron controles y monitoreos adecuados.

11. Indique si de acuerdo con el protocolo resolución 3280 del 2018 del ministerio de salud, ¿dentro de la valoración del riesgo materno fetal, el clínico debe tener en cuenta las condiciones sociales y/o socioeconómicas de las gestantes como la distancia de su residencia al centro clínico ante la proximidad de la fecha probable del parto? ¿y, si este caso se tuvo ese criterio?

Conforme a lo aportado para este estudio pericial, a este profesional le es difícil conceptualizar si el personal asistencial que atendió a la paciente, estudio el riesgo materno-fetal frente al perímetro y a las instituciones de tercer nivel que estuvieren cercanas al lugar de residencia. Reiterando lo manifestado en la respuesta a la pregunta N° 1 de este dictamen, la Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 - Guías No. 11-15, establece:

*“...la valoración de ingreso es pertinente solicitar y analizar los datos del carné materno, la historia clínica o la información contenida en los datos de remisión para identificar factores de riesgo que definan si la gestante debe ser hospitalizada o remitida, de acuerdo con la capacidad resolutoria o las situaciones especiales en los servicios de admisiones o de urgencias. Dado que la decisión de la admisión es crítica, el examen clínico debe ser practicado siempre por personal capacitado. **Si la conclusión es que la gestante no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio (acompañante, distancia al domicilio, disponibilidad de transporte, características socioeconómicas, aseguramiento, capacidad cognitiva, entre otras) y, en consecuencia, indicar ambulación y un nuevo examen en un periodo no superior a dos horas o según criterio médico. Si alguna de estas condiciones no es adecuada (o no está garantizada), la gestante se debe hospitalizar.**” (negritas y subrayado fuera de texto)*

Conforme a lo anterior, en la Historia Clínica del Hospital Universitario del Valle del día 17/01/2020 fecha en la cual ingreso, siguiendo las indicaciones dadas el día 14/01/2020, donde para ese momento ya había consultado a urgencias del Hospital Carlos Holmes Trujillo el 16/01/2020 por presentar “Salida de Líquido”, no se observa registros por parte del médico o trabajo social del Hospital Universitario del Valle sobre evaluaciones de **“las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio (acompañante, distancia al domicilio,**



C&C Corporación

disponibilidad de transporte, características socio-económicas, aseguramiento, capacidad cognitiva, entre otras)".

Finalmente, por lo documentado en la historia clínica, y ante la urgencia de atención del parto, la paciente se trasladó al Hospital Carlos Holmes Trujillo (nivel 1 de atención), mientras la institución le definía la conducta y se agotaban los trámites administrativos para el traslado y atención en un hospital de nivel 3-4.

- 12. Indique si de acuerdo con la literatura médica la asfixia perinatal y, la encefalopatía isquémica son un riesgo inherente al parto previsible que, permiten realizar acciones médicas al clínico, que de ejecutarse adecuadamente pueden evitar y/o atenuar que estos eventos adversos sucedan.**

Hay situaciones que pueden llevar a sospechas que el producto (el feto) puede presentar una asfixia perinatal o alguna secuela neurológica.

Pacientes en trabajo de parto con monitorias que presenten desaceleraciones tardías (DIP II), bradicardia fetal severa, taquicardia fetal severa, líquido amniótico teñido de meconio durante el trabajo de parto estacionario con verdadera actividad uterina expulsivos prolongados y hay casos en que se dan todas las condiciones normales y el recién nacido puede tener secuelas neurológicas sin encontrarse una explicación adecuada.

- 13. Indique de acuerdo con la literatura médica, ¿cuáles son las acciones médicas que el clínico, debe realizar para evitar que en un parto se presente eventos adversos como la asfixia perinatal y, la encefalopatía isquémica y, la parálisis cerebral severa derivadas de las anteriores?**

Tratándose de pacientes con monitorias que presente desaceleraciones tardías (DIP II), bradicardia fetal severa, taquicardia fetal severa, líquido amniótico teñido de meconio durante el trabajo de parto estacionario con verdadera actividad uterina, expulsivos prolongados, es recomendable la cesárea de manera inmediata, como método preventivo que puedan desencadenar evento adverso. Sin embargo, y en este caso, según la historia clínica, la paciente se encontraba en fase latente prolongada, por lo cual realizan ruptura de membranas obteniendo líquido amniótico claro lo que indico que no había mayores complicaciones ni signos para sospechar que estaban frente a un neonato con posibles complicaciones de asfixia perinatal ni encefalopatía isquémica; lo que significa, que en el mejor de los casos y para evitar complicaciones severas del que esta por nacer, cuando existe criterios como los presentados en este caso, es necesario la atención en un nivel de atención 3-4 o contar con un sistema de remisión inmediata que permita resolver las urgencias obstétricas y del neonato.

- 14. La parte demandada hospital Carlos Holmes Trujillo, aportó un documento al que denominó partograma, y, en la historia clínica de esa IPS no hay ninguna anotación alusiva respecto de esa prueba diagnóstica, ni tampoco el profesional que la emite, ni fecha ni hora. Por favor indique si ese documento fue diligenciado de acuerdo con el**

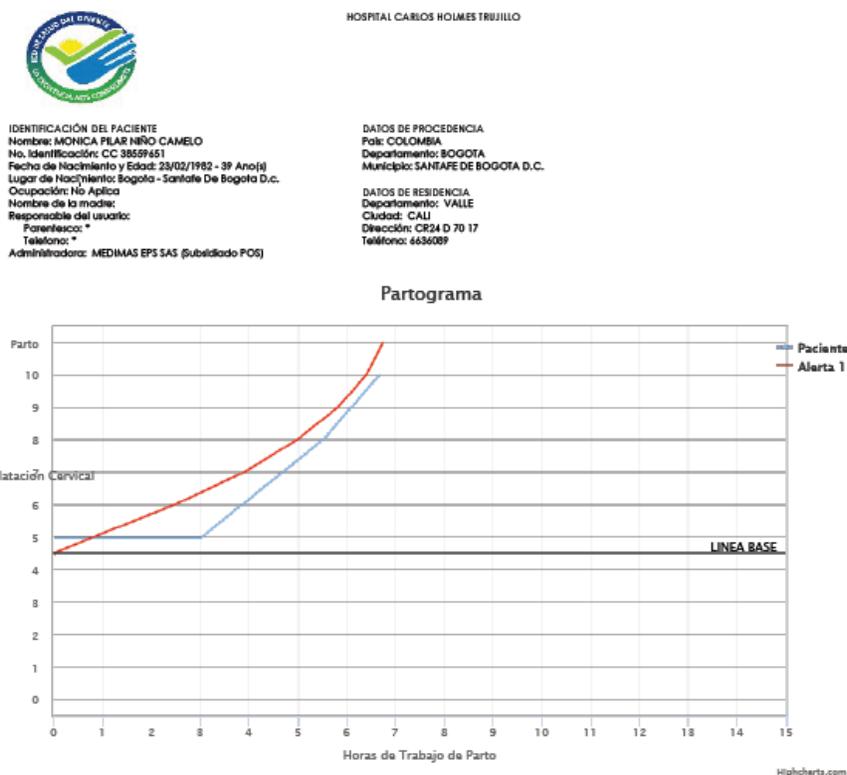


C&C Corporación

lineamiento técnico indicado en la resolución 3280 del 2018 del ministerio de salud y, explique qué información clínica relevante debe constar por protocolo en esta ayuda diagnóstica.

El ítem 4.7.5.2 Atención del primer periodo del parto del LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL de la resolución 3280 del 2018, establece que “En el partograma se registrarán la posición materna, los signos vitales maternos, la frecuencia cardiaca fetal, la dilatación, el borramiento, la estación, el estado de las membranas, la variedad de posición de la presentación junto con la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas y los métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto”.

A continuación, le comparto la imagen del partograma del Hospital Carlos Holmes Trujillo:



Efectivamente ese es el reporte de un partograma, pero al parecer no tiene un responsable. Desde mi experiencia, esta grafica muestra una evolución normal de ese trabajo de parto.

Ahora bien, revisado lo establecido en el lineamiento técnico de la **resolución 3280 del 2018 del ministerio de salud** y comparado con el partograma aportado por el Hospital Carlos Holmes Trujillo, es evidente que ese documento no cumple con las condiciones antes señalada, así como tampoco se identifica **el profesional que la emite, ni fecha ni hora** .



C&C Corporación

ANALISIS TECNICO:

Paciente en control prenatal primigestante de 37 años con antecedente de amenaza de aborto por lo que fue catalogada de alto riesgo. Los controles fueron realizados sin ninguna alteración o patología que afectara al embarazo.

En su último control prenatal en el Hospital Universitario del Valle el 14/01/2020, continuó clasificada como ARO por primigestante, Edad materna avanzada, toxosusceptibilidad, motivo por el cual, se le indica ingresar en 3 días al Hospital universitario del Valle para evaluar estado materno fetal y considerar conducta acerca de la finalización del embarazo.

El 16/01/2020 ingresa a urgencias del Hospital Carlos Holmes Trujillo, por presentar "Salida de Líquido", posterior a evaluaciones y monitoria fetal, diagnosticando "Falso Trabajo de parto" y dan egreso con recomendaciones y orden de remisión, indicando que *"Si El 20/Enero/2020 no ha tenido su trabajo de parto de forma natural deberá presentarse al Hospital Departamental para inducción del trabajo de parto pues Eps medimas no tiene convenio con nivel II."*

El día 17/01/2020 ingresa a sala de partos del HUV, siguiendo las indicaciones medicas dadas desde su última consulta el 14/01/2020, para realizar la respectiva admisión, donde según historia clínica se registra *"Paciente de 37 años, G1P0 con embarazo de 40 semanas por FUM del 12/04/2019. ARO por edad materna y toxosusceptibilidad, con cuadro clínico de 24 horas de inicio de actividad uterina que se regulariza y se intensifica el día de hoy, asociado a salida de tapón mucoso, niega amniorrea, niega genitorragia, percibe mvts fetales"*, pese a que no encontraron otros factores y las condiciones de la paciente eran estables, decidieron dar orden de salida con recomendaciones.

Igualmente, el 18/01/2020 acude por urgencias al Hospital **Carlos Holmes Trujillo, donde es atendida, activaron protocolo de manejo de una gestante sin complicaciones o sin riesgo obstétrico.** Ingres a la institución con actividad uterina espontanea, describen dilatación de 4 – 5, borramiento 70% y actividad de contracciones 2 – 3 por 10 minutos.

El 18 de enero de 2020 a las 15:36 horas se realiza un monitoreo con 2 contracciones por 10 minutos. La nueva valoración a las 17:57 horas reporta dilatación de 5 y borramiento del 80% membranas integras.

La nueva valoración médica es del 19 enero del 2020 a las 03:06 horas actividad 1 – 2 por 10 minutos con previa valoración de las 2:29 horas le realizan amniotomía con líquido amniótico claro y dejan nota de posible remisión si el trabajo de parto no mejora en su dilatación.

Nuevamente es valorada a las 5:44 horas del 19 de enero de 2020 donde registra la dilatación y parto estacionario con actividad uterina de 3 por 10 minutos desde las 2:30 después de la amniotomía, por lo que deciden remisión a nivel superior. A las 7:42 horas del 19 de enero de 2020 reporta dilatación de 8 y borramiento de 100% con monitoreo intraparto normal. A las 8:40 horas



C&C Corporación

reporta dilatación 10 cms líquido amniótico claro. A las 8:56 presenta sensación de pujo por lo cual deciden trasladar a sala de partos.

Encontrándose en trabajo de parto fase expulsivo, según historia clínica *“se dirige pujo materno el cual es inadecuado, se insiste de manera reiterada dando recomendaciones de pujo y respiración adecuada para un buen trabajo de parto, las cuales continúan siendo ineficientes para el parto, se realiza episiotomía media lateral derecha, se protege periné. Paciente sin pujo adecuado por lo cual se realiza maniobra de MC ROBERTS, y presión supra abdominal por ausencia de pujo para lograr nacimiento”*

A las 9:30 del 19/01/2020 *“se obtiene recién nacido en cefálica, sin circular de cordón de sexo masculino, deprimido, flácido, se pinza y corta cordón umbilical de forma inmediata, ginecólogo de turno Dr. Gustavo Perdomo traslada a mesa de calor y se inician manobras de reanimación inmediata con vpp ambu + compresiones torácicas. Se solicita apoyo de medico de trauma Dr. Carlos vargas que apoya de manera oportuna, realizado dos intentos para intubación, segundo intento con tubo ubicado adecuadamente, logrando vía permeable, apgar: 3 al mint, 4 a los 5 mint y 6 a los 10 mint, Dr. Gustavo Perdomo continua atención materna realiza alumbramiento dirigido con oxitocina 10 ui ev con el desprendimiento del hombro anterior, se obtiene placenta tipo SCHULTZE completa a los 15 minutos, se realiza masaje uterino bimanual con salida moderada de coágulos, por lo cual ordena amp de methergyn se toma TA 119/68 mmhg. Revisa canal del parto paciente presenta desgarro grado II, se infiltra con lidocaina sin epinefrina y se sutura con catguh 2.0, se sutura desgarro y se corrige episiorrafia, se logra hemostasia total. se deja útero tonico involucionado, no sangrado activo. no complicaciones. se traslada la madre a sala de recuperación puerperio.”* *“medico interno realiza llamado a SICO solicitando ambulancia medicalizada con incubadora para trasado como atención inicial de urgencias a nivel superior”...* *“se queda en espera de ambulancia 10:00 SICO responde que viene la móvil 172, que se había desplazado al pool por incubadora” ...* *“10:15 hrs llega móvil 172, para traslado del RN como atención inicial, se quedan en espera les confirmen si hay cupo enuci neonatal del HUV.” ...* *“a las 10:30 hrs egresa rn en incubadora precalentada, con TOT más AMBU, más reservorio oxígeno a 7 l/min, canalizado con catetetr numero 24 vena permeable, monitorizado. Llevado por Dra. Barreiro médico de la institución, paramédicos del pool, y acompañado por el padre señor pedro Andrés Dominguez con destino a UCI RN de Fundación Valle Del Lili.”*

Así las cosas y resumiendo aspectos importantes que pueden ser factores de las condiciones actuales del neonato, como producto de la atención anteparto, parto y postparto, ocupa especial relevancia la conducta tomada por el Hospital Universitario del Valle, cuando en su sana crítica, en primera instancia conceptúa que estaban frente a una paciente de alto riesgo obstétrico (ARO) con indicación de ingreso a la sala de partos el día 17/01/2020 y que por sus condiciones clínicas dan salida con recomendaciones y signos de alarma, pero no hay registros que muestren la evaluación de las “condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio (acompañante, distancia al domicilio, disponibilidad de transporte, características socio-económicas, aseguramiento, capacidad cognitiva, entre otras)” en atención a la Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 - Guías No. 11-15, emitida



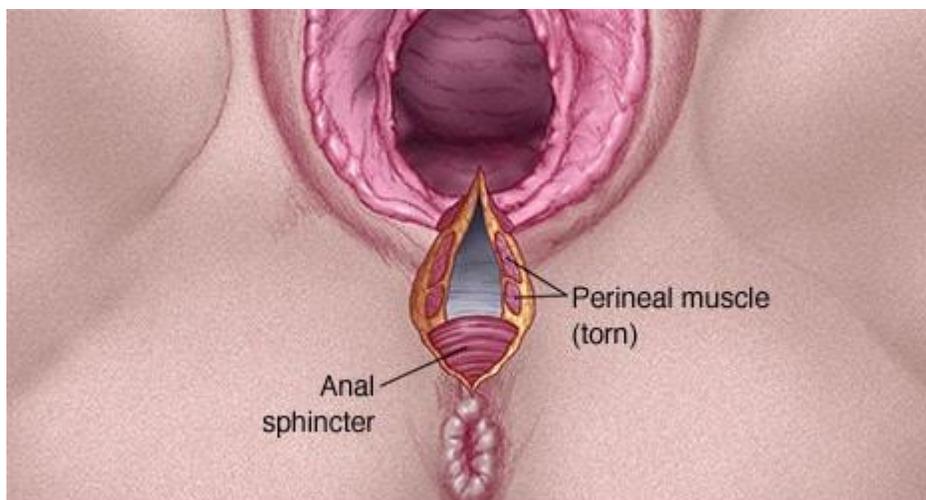
C&C Corporación

por el Ministerio de Salud, buscando evitar que por esas mismas condiciones de accesibilidad la paciente no pudiese ingresar a una institución como la señalada anteriormente si no a la que la periferia se le permitiera, como fue en este caso.

En el Hospital de nivel 1 (Hospital Carlos Holmes Trujillo), y considerando las condiciones del paciente anotadas anteriormente, activan protocolo de manejo de una gestante sin complicaciones o sin riesgo obstétrico, donde después de casi 24 horas posterior a su ingreso es llevada a sala de partos por tener 10cm dilatación, 100% borramiento y sensación de pujo. Lastimosamente, durante este proceso del expulsivo, la parturienta presenta pujos ineficientes e inadecuados por lo cual realizan episiotomía media lateral derecha, maniobra de MC ROBERTS, y presión supra abdominal (maniobra Kristeller) por ausencia de pujo para lograr nacimiento. Según la literatura, en la actualidad el uso de esta maniobra (Kristeller) se considera una mala práctica, y está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud por diversos riesgos tanto para la madre como para el neonato. Dentro de los riesgos para la madre se destaca:

- Rotura uterina (rotura del útero) e inversión uterina (el útero se da la vuelta), que causan graves hemorragias graves y, en casos extremos, pueden desembocar en una histerectomía o extirpación de útero.
- Incremento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado, perineales y vaginales.
- Episiotomía o incisión en el perineo.
- Prolapso o caída de órganos internos (útero, cúpula vaginal, vejiga, uretra...).
- Entre otros.

En este caso, la paciente MONICA PILAR NIÑO CAMELO, presento desgarrado grado II. De acuerdo con la literatura, los desgarrados de segundo grado afectan la piel y los músculos en la zona entre el orificio vaginal y el recto. Los desgarrados pueden llegar más adentro en la vagina. Los desgarrados de segundo grado generalmente requieren puntos, que suelen ponerse en la sala de partos. La recuperación lleva entre 3 y 4 semanas.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.



C&C Corporación

Dentro de los riesgos para el neonato se destaca:

- Mayor probabilidad de las complicaciones propias de la distocia de hombros (cuando los hombros del bebé quedan atrapados por encima del hueso púbico de la madre), como trauma encefálico, fractura de clavícula y desgarro del músculo esternocleidomastoideo.
- Fractura de húmero o de costillas.
- Aumento de la presión intracraneal, cefalohematoma (acumulación de sangre debajo del cuero cabelludo), hemorragias intracraneales y daños cerebrales.
- Parálisis de Erb: un tipo de parálisis que se caracteriza por debilidad, pérdida de sensibilidad y dificultad para mover el brazo afectado, causada por una lesión en los nervios.
- **Hipoxia o disminución del aporte de oxígeno en la sangre**, que, a su vez, puede causar daños celulares dentro del sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal) que aumentan el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), así como trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos **como parálisis cerebral**, epilepsia o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Hematomas internos y externos.
- Lesiones de órganos internos.

En este caso, de acuerdo con la Historia Clínica de la Fundación Valle del Lili, el menor Ansel Santiago, presento ASFIXIA PERINATAL MODERADA/SEVERA, dificultad respiratoria del recién nacido, hipotermia, riesgos de sepsis temprana por mal adaptación neonatal. Es importante mencionar que la presión supraabdominal durante el trabajo de parto expulsivo puede potencialmente contribuir a un riesgo de asfixia perinatal.

Es así como se puede mencionar de la importancia de que los Hospitales de nivel 1, pese al entrenamiento de médicos y enfermeras para atender partos presuntamente normales y sin consecuencias para el que está por nacer, resulta importante la presencia de un equipo multidisciplinario debidamente entrenado y capacitado para atender los riesgos no prevenibles. Lamentablemente nuestros hospitales de nivel 1, no cuenta con el recurso humano necesario, citando como mínimo pediatras asistenciales en sala de parto, como tampoco cuentan con tecnología de punta que les permita atender urgencias neonatales; tal es el caso que este niño (Ansel Santiago) debió ser asistido por el medico de trauma Dr. Carlos Vargas en su proceso de entubación, que entre otros se requirió de dos intentos, restando tiempo y por supuesto oxígeno al neonato.

SOPORTE BIBLIOGRAFICO:

1. Desgarros vaginales de segundo grado (Aug. 15, 2023). MayoClinic [internet]. <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/vaginal-tears/art-20546855>
2. Lineamiento técnico para el manejo de la asfixia perinatal. Secretaría Distrital de Salud 2015



C&C Corporación

<https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20Asfixia%20Perinatal/Guía%20de%20Asfixia%20Perinatal.pdf>

3. Sufrimiento Fetal. Diccionario Medico (s.f). Clínica Universidad de Navarra 2023
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sufrimiento-fetal>
4. Jorge Eduardo Vélez A. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Caldas. Sufrimiento fetal. Un tema siempre actual. Rev. colomb. obstet. Ginecol Vol. 47 Núm. 4 (1996): OCTUBRE-DICIEMBRE 1996
<https://revista.fecolsoq.org/index.php/rcog/article/view/1460/1580>
5. Alfredo García-Alix, Miriam Martínez Biarge, Juan Arnaez, Eva Valverde, José Quero. Hospital Universitario La Paz. Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría, protocolos actualizados al año 2008. página 242-252
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/26.pdf>
6. Parálisis cerebral. Revisado: 20 diciembre, 2023. Autor: El personal de Ignite Healthwise, LLC Comité de revisión clínica. Todo el material educativo de Healthwise es revisada por un equipo que incluye médicos, enfermeras, profesionales sanitarios avanzados, dietistas registrados y otros profesionales de atención médica.
<https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/temas-de-salud/paralisis-cerebral-aa56609#:~:text=La%20par%C3%A1lisis%20cerebral%20es%20causada,del%20nacimiento%20o%20durante%20este>
7. Maniobra Kristeller. Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat Trabajo final de Grado Curso académico 2015-2016 Maniobra de Kristeller. Propuesta de estudio sobre vivencias y percepciones de ésta en madres y en profesionales. Ana Barco Caña Anna Berenguera Sant Cugat del Vallés, 20 de mayo de 201
<https://eugdSPACE.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/288/Maniobra%20de%20Kristeller.pdf>
8. El Parto es Nuestro [Internet]. Campaña Stop Kristeller: Cuestión de Gravedad. Dossier. 2013. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/dossier-stop-kristeller-definicion-y-historia> <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/dossier-stop-kristeller-riesgos-para-la-madre-y-el-bebe>
9. Brenda B. Lennox. Los peligros de la maniobra de Kristeller durante el parto (June 26, 2024). Intimina [Internet].
<https://www.intimina.com/es/blog/maniobra-kristeller/>
10. Conozca los diferentes tipos de desgarros en el parto (Mar 04 2023). Dra. Angela Escobar [Internet]. <https://draangelaescobar.com/blog/desgarro-vaginal-bogota/>



C&C Corporación

11. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 - Guías No. 11-15
Link: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Guía.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
12. Paula Camila Godoy Villamil, Catalina Acuña Pradilla, Angela Patricia Caicedo Goyeneche, Danna Rosas Pabón, Stephanie Patricia Paba Rojas. Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2022; Volumen 60, número 1: 47-70
Link: <https://ago.uy/descargar/adjunto/90-vgaq8n-ago60-1-art-4-cierre.pdf>
13. Sandra Patricia Moreno-Reyes, MSc; Paola Andrea Calvo-Bolaños; Freiser Eceomo Cruz-Mosquera; Ángela Mayerly Cubides-Munévar; Víctor Hugo Estupiñán-Pérez. ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA MINUTO DE ORO EN SALA DE PARTOS DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGUNDO NIVEL, DE CALI (COLOMBIA), JUNIO-AGOSTO DE 2017: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 70 No. 3 • Julio-Septiembre 2019 • (155-164). DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3261>
Link: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/issue/view/373/41>
14. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. Colombia.
Link: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>
15. Resolución 3280 del 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
Link: [https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039995#:~:text=\(agosto%2002\)-,por%20la%20cual%20se%20adoptan%20los%20lineamientos%20t%C3%A9cnicos%20y%20operativos,las%20directrices%20para%20su%20operaci%C3%B3n.](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039995#:~:text=(agosto%2002)-,por%20la%20cual%20se%20adoptan%20los%20lineamientos%20t%C3%A9cnicos%20y%20operativos,las%20directrices%20para%20su%20operaci%C3%B3n.)
16. Anexo Técnico de la Resolución 3280 del 2018. https://www.suin-juriscol.gov.co/imagenes//22/10/2020/1603400033408_Anexo%20técnico%20de%20la%20Resolución%20No.%203280%20de%202018.pdf

Atentamente,

RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ

C.C.: 16.621.155 de Cali

Especialista En Ginecología y obstetricia

RM 4088/85

Fecha: Santiago de Cali, 04 de octubre de 2024

Cabrera & Cerón Corporación
NIT.: 900.973.844-9
Santiago de Cali, Valle del Cauca-Colombia
www.cycorporacion.com
contacto@cycorporacion.com
57(2) 4050160 – 3153745039

PERITO: DR. RICARDO MARTINEZ
ESPECIALIDAD: GINECO OBSTETRICIA
RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-09-02-0186
RADICADO: 2022-00023-00

FOLIO

18



C&C Corporación

NI.T. 900.973.844-9

NOMBRE DEL PERITO: RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ
ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
C.C. 16621155
T/P. RM : 4088/85

octubre 2024

**LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTAMENES PERICIALES
A TRAVES DE C&C CORPORACION**

	NOMBRE DEL DEMANDANTE	APODERADO DEL DEMANDANTE	DEMANDADO	JUZGADO/ PROFESIONAL QUE SOLICITA LA PRUEBA	RADICADO
1	NELSON CAMPOS COLLAZOS Y OTROS	SIN INFORMACION	CLINICA MATERNO INFANTIL LOS FARALLONES S.A. COOMEVA EPS S.A.	JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE GUADALAJARA DE BUGA - VALLE DEL CAUCA	2010-00109-00
2	ESTELLA CASTRO OTERO Y OTROS	SIN INFORMACION	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y OTROS	JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI	2013-00276-00
3	MONICA PILAR NIÑO CAMELO Y OTROS	ABOG. ERBIN HINESTROZA PALACIOS	ESE ORIENTE - HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Y OTROS	JUZGADO DIECISEIS ORAL ADMINISTRATIVO DE CALI	2022-00023-00

(*) Los procesos identificados con el radicado R.I. es un mecanismo de control interno que emplea C&C Corporacion para archivar, organizar y dar trazabilidad a la informacion.

HOJA DE VIDA

DR. RICARDO JOSE MARTINEZ



C&C Corporación

NIT 900.973.844-9

Especialista en Ginecología y Obstetricia
(08 folios)

HOJA DE VIDA

RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ

Cédula de Ciudadanía # 16621155 de Cali

ESTUDIOS REALIZADOS

- *COLEGIO SAN JUAN BERCHMANS, bachillerato académico, 1975, Santiago de Cali.*
- *UNIVERSIDAD DEL VALLE, médico cirujano, 1983, Santiago de Cali.*
- *UNIVERSIDAD DE CALDAS, Medico Ginecoobstetra, 1988, Manizales (Caldas.*

EXPERIENCIA LABORAL

INTERNADO: septiembre de 1982, Septiembre de 1983 Hospital Universitario del Valle.

AÑO RURAL: Septiembre de 1983, Septiembre de 1984 Hospital Uribe Uribe Tulúa (Valle).

CURSOS

1. *Simposio internacional de perinatología, Bogotá Noviembre de 1986.*
2. *Simposio sobre actualización de alto riesgo Obstétrico, Cali Junio de 1987.*
3. *11 Congreso Latinoamericano y 1 Congreso Colombiano de fertilidad y esterilidad, Bogotá Octubre de 1987.*
4. *XVII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología (Pereira). Noviembre de 1987.*
5. *11 Congreso de medicina critica, (Manizales) Febrero de 1998.*
6. *Simposio clínico sobre avances en anticoncepción hormonal y endocrinología de la reproducción humana, (Bogotá) Mayo 1989.*

7. *Curso de Colposcopia Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá. Mayo de 1991 duración 1 mes.*
8. *Detección y control de cáncer del cuello uterino, Mayo 6 al 31 de 1991.*
9. *Curso de actualización de Ginecología-Obstetricia, Cali Abril 11,12 de 1992.*
10. *Simposio Internacional "El estado del arte del manejo de la pareja infértil" 4, 5 y 6 de Marzo de 1993.*
11. *11 Simposio Nacional de Menopausia 7 y 8 de Mayo de 1993 Santiago de Cali.*
12. *Simposio sobre patología benigna de mama Cali Septiembre 4 de 1993.*
13. *XIX Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología , Bogotá del 2 al 5 de Marzo de 1994.*
14. *Avances de Fisiología y evaluación fetal, Bogotá Mayo 26, 27 y 28 de 1994.*
15. *Simposio Internacional de actualización en medicina materno fetal Febrero 23, 24 y 25 de 1995.*
16. *IX Congreso Latinoamericano de Mastología, 19 al 21 de Julio de 1995.*
17. *Patología del tracto genital inferior Colposcopia y Vulvosocopia del 3 al 4 de Mayo de 1996.*
18. *Simposio Internacional de Histerectomía diagnóstica y operatoria del 9 al 10 de Agosto de 1996 Bogotá Clínica Marly.*
19. *Taller local iniciativa Hospital Amigos de la madre y del niño del 10 al 19 de Diciembre de 1996.*
20. *V Congreso Colombiano de Perinatología, Santiago de Cali 23 al 26 de Abril de 1997.*
21. *Simposio Internacional operación cesárea Santiago de Cali 20 y 21 de Junio de 1997.*
22. *Curso de Actualización incontinencia urinaria femenina 18 de Octubre de 1997 Hotel Dann Carlton Cali.*
23. *XXI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología Santiago de Cali 22,23,24,25 y 26 de Marzo de 1998.*
24. *III Congreso Colombiano de Menopausia de 19 al 21 de Marzo de 1999 de Medellín.*

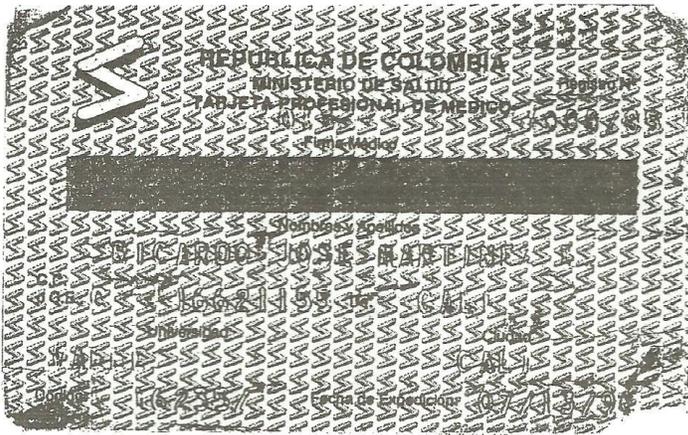
25. *VI Congreso Colombiano de Perinatología 14,15 y 16 de Mayo de 1999 de Santiago de Cali.*
26. *Simposio de Ginecología y Obstetricia Centro Médico Imbanaco 15,16 y 17 de Octubre de 1999 Santiago de Cali.*
27. *Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia realizado del 6 al 10 de Marzo del 2000 en Cartagena.*
28. *Simposio de Ginecología, Obstetricia y Perinatología Centro Medico Imbanaco 25 y 26 de Agosto de 2000.*
29. *Primer Simposio regional de Menopausia 27 y 28 de Octubre de 2000 en Santiago de Cali.*
30. *Congreso de Perinatología el 22,23 y 24 de Febrero de 2001 en Medellín.*
31. *IV Congreso Nacional de Menopausia 4, 5 y 6 de Abril de 2001 en Cartagena de Indias.*
32. *Segundo Simposio Regional de Menopausia, 25 y 26 de Enero de 2002 Santiago de Cali.*
33. *VII Congreso Colombiano de Perinatología ,Cartagena de Indias 10, 11 y 12 de Abril de 2003.*
34. *Congreso Nacional de Menopausia 17, 18 y 19 de Abril de 2003 Cartagena de Indias.*
35. *V Congreso Nacional de Menopausia, Bogota del 13 al 15 de Marzo de 2003.*
36. *VIII Congreso Colombiano de Perinatología, Cartagena, Abril 10, 11 y 12 de 2003.*
37. *VI Congreso Nacional de Ginecología, Cartagena de Indias del 11 al 15 de Mayo de 2004.*
38. *Congreso Internacional de Medicina y Enfermería Materno Perinatal, celebrado en Hotel Intercontinental Cali, 2, 3 y 4 de De Septiembre de 2004.*
39. *V Simposio Regional de Menopausia, Santiago de Cali los días 10 y 11 de Marzo de 2006, en calidad de participante.*
40. *Primer Simposio Nacional de Cáncer Ginecológico, Hospital Universitario San Vicente de Paúl 18 de Agosto de 2006, Medellín - Colombia.*
41. *7º Congreso Nacional de Menopausia, Barranquilla 8,9 y 10 de Marzo de 2007.*

42. *Aborto Una visión Integral desde la Perspectiva Actual en Colombia, 25, 26 de Mayo de 2007, Hotel Dann Carlton.*
43. *Simposio Capitulo Suroccidente "Menopausia" Hotel Dann Carlton de Cali, 24 de Noviembre de 2007, Asociación Colombiana de Endocrinología.*
44. *Simposio Internacional de Histerectomía, 29 de Febrero y 01 de Marzo de 2008 Centro Médico Imbanaco.*
45. *Congreso Mundial de Perinatología D.C. 29, 30 y 31 de Mayo de 2008, Cartagena de Indias, Colombia.*
46. *XXVI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología 29, 30 y 31 de Mayo de 2008, Cartagena de Indias, Colombia.*
47. *VII Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Terapia Prenatal 29, 30 y 31 de Mayo de 2008, Cartagena de Indias, Colombia.*
48. *Curso De Osteoporosis, Una Epidemia Silente y Pogresiva, celebrado en Cali del 26 de Marzo al 4 de Junio de 2008.*
49. *VIII Congreso Colombiano de Menopausia, Santiago de Cali, Marzo 21-24 de 2009.*
50. *Simposio de Mastología para Ginecólogos, Hotel Dann Carlton Santiago de Cali 17 y 18 de Abril de 2009.*
51. *IV Simposio Nuevas prácticas en Ginecología y Obstetricia, Centro Vacacional Lago Calima 23 y 24 de Octubre de 2009.*
52. *XXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecologia , 20,21 y 22 de Mayo de 2010 Santiago de Cali, Centro de Eventos Valle del Pacifico, Yumbo-Cali*

CONFERENCIAS DICTADAS

1. *Conferencista en el taller teórico práctico sobre incontinencia urinaria femenina y prolapsos, Santiago de Cali, 22,23 y 24 de Noviembre de 2007. Fundación Valle del Lili.*
2. *Conferencista en el Simposio de Actualización en Salud Sexual y Reproductiva. Tulua (Valle) 4 y 5 de Septiembre de 2009.*

RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ
C.C. #16.621155 de Santiago de Cali



MINISTERIO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO N° 465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

La Universidad del Valle



Confiere el Título de

Abogado y Cirujano

A

Gerardo José Martínez Martínez

LA NOTARIA QUINCE DE CALI
LA NOTARIA QUINCE DE CALI
QUE AL PRESENTE EJERCE EL CARGO DE
NOTARIA EN LA CIUDAD DE CALI
18 OCT. 1983
M.A. MERCEDES MARTÍNEZ
NOTARIA EN CALI
OPTO. DEL VALLE

HILDA M. JORDAN B.
NOTARIA ENCARGADA
DEL CANTÓN DE CALI



11 - III 85
4088

Identificado con C.C. No. 16.621.155 - Cali

En testimonio de ello le expide el presente diploma y lo refrenda con el
sello de la institución. En la ciudad de Cali, Valle del Cauca,
a los 22 días del mes de Octubre de 1983

El Rector

O. Bolo
El Rector

El Secretario de la Universidad

H. Chahua
El Secretario de Educación



EN NOMBRE DE LA
REPUBLICA DE COLOMBIA



Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

Confiere el titulo de

Ginecología y Obstetricia

Especialista en

Al Dr. Ricardo José Martínez Martínez

LA NOTARIA QUINCE DE CALI
CERTIFICA:
Que el presente documento es (1st) copia,
de su original que se encuentra en su poder
a la vista, Cali
18 OCT. 1994

MA. MERCEDES
REP. DE COLOMBIA
DPTO. DEL VALLE

HILDA M. JORDAN B.
NOTARIO 15 ENCARGADO
DEL CIRCULO DE CALI

En testimonio de ello se expide el presente titulo en Manizales, el dia 23 del mes
de Junio del año de 1988 y lo refrenda con el sello respectivo.

A. Muñoz A
RECTOR



Vice Rector Académico

Decano Facultades



Secretario General



Concedido

JEFE DEPARTAMENTO

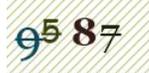
Secretario Facultades

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * Número de Identificación * Primer Nombre Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-10-09--9:47:05 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	16621155	RICARDO	JOSE	MARTINEZ	MARTINEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ identificado(a) con CC 16621155 registra La siguiente información:

2024-10-09--9:47:05 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1988-06-23	58489	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	1985-03-11	4088	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA VALLE DEL CAUCA TULUÁ	1983-11-15	1984-11-18	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)