



Medellín, marzo 12 de 2024

Doctores

**INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA
NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.**

E. S. M.

JUZGADO: JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
REFERENCIA: RESPONSABILIDAD CIVIL/ RADICADO 2021-00324-00
DEMANDANTE: CAROL YANETH RODRÍGUEZ Y OTROS
DEMANDADO: INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA -
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados doctores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en el caso de la referencia. Dicho dictamen es rendido por el CENDES -dependencia adscrita a la Facultad de Derecho de la Universidad CES (<https://www.ces.edu.co/centros-de-servicio/centro-de-estudios-en-derecho-y-salud-cendes/>) – a través del Doctor Jorge Andrés Jaramillo García, Médico, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Especialista en Valoración del Daño Corporal, Docente Universitario y Perito CENDES. Este dictamen puede ser aclarado o complementado si la solicitud se hace dentro de los 15 días siguientes a su entrega, en cuyo caso el número máximo de preguntas serán 10.

Para el caso de la referencia, se encuentra paga solamente la entrega del dictamen escrito. Por ello, de requerirse la sustentación en audiencia virtual, se deberá cancelar un valor adicional de tres (3) smlmv. En caso de programarse la contradicción de la prueba, se nos debe notificar por medios electrónicos (CGIRALDOR@CES.EDU.CO; SMARIN@CES.EDU.CO ; LTORO@CES.EDU.CO ; PCENDES@CES.EDU.CO; SGONZALEZM@CES.EDU.CO), mínimo con un mes de antelación a la diligencia. De requerirse asistencias adicionales del perito, por conductas no imputables a la Universidad, cada comparecencia tiene un costo adicional de tres (3) smlmv.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que rinde el dictamen pericial.

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES



Medellín, marzo 12 de 2024

Doctores

**INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA
NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.**

E. S. M.

JUZGADO: JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
REFERENCIA: RESPONSABILIDAD CIVIL/ RADICADO 2021-00324-00
DEMANDANTE: CAROL YANETH RODRÍGUEZ Y OTROS
DEMANDADO: INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA -
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS
ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetada doctores,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado para el proceso de referencia.

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Jorge Andrés Jaramillo García

identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 71.675.646

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

Especialista en valoración del Daño Corporal

Docente Universitario

Perito CENDES

Dirección de contacto: cgiraldor@ces.edu.co – smarin@ces.edu.co

Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia

Teléfono: 604 444 05 55 ext. 1601 – 1106

De acuerdo con el Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro. No me encuentro incurso en causal de exclusión de la lista de auxiliares de la justicia por el Consejo Superior de la Judicatura.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Expreso que en los últimos diez (10) años no he realizado publicaciones relacionadas con la materia del peritaje.



- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.
- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente a la paciente CAROL YANETH RODRIGUEZ Y SU HIJO.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

07/03/2019

8+6 semanas por amenorrea. Lcr 24.7 mms para 9+1 semanas, fcf 188

11/03/2019

36 años. Docente. FUM 04/01, 9.5 semanas por eco de la semana 9+1 (07/03), embarazo planeado deseado y aceptado. Fpp 11/10/2019. G2 P1 A1, antecedentes de preeclampsia e hipertensión arterial crónica, antecedentes familiares de diabetes e hipertensión. Talla 1.55, peso inicial 57 imc 23.73. Presión 122/80, peso 65

Ecografía 07/03: embrión con lcr 2.47 cm, fc 188, vesícula vitelina 5.8 mm, cervicometría 4.93 cm. Uroanálisis -, urocultivo -, Toxo igg +, igm -, hb ags -, A+, flujo vaginal normal, hb 10.1, leucos 8960, plaquetas 202000, glicemia 73. Refiere pirosis, no sangrado vaginal, no síntomas genitourinarios. Alto riesgo por edad, antecedente personal de hipertensión, anemia, aborto. Meta de ganancia de peso 10 a 13 kg. Plan: ácido fólico, hierro, alfametildopa 250 c/8 hr, hidróxido de aluminio. Se solicitan para clínicos. Se envía a enfermería para pruebas rápidas, odontología, recomendaciones nutricionales y de actividad física, medidas de seguridad y signos de alarma. Dx: supervisión de otros embarazos de alto riesgo, anemia que complica el embarazo, hipertensión esencial primaria.

27/03/2019

Sonolucencia nual:

11+5 semanas por amenorrea, feto de 57 mm de lcr para 11+2 semanas, fcf 140, placenta fúndica G I, sonolucencia nual 1.2 mm, hueso nasal presente, no observo signos de aneuploidías. 12+2 semanas por lcr (?)

04/07/2019

Curva de glucosa 81/145/114/84

06/07/2019

Ecografía nivel 3. 25+6 semanas, creciendo en percentiles adecuados, percentil 75-90, evaluación anatómica fetal normal.

06/07/2019

Eco obstétrica de detalle:

25+6 semanas, feto único vivo en cefálica, dorso izquierdo, placenta fúndica lateral derecha, líquido amniótico normal, fcf 148, abdomen P 90-95, dbp P 95, peso fetal estimado 1046 gr P 75-90, detalle anatómico normal



06/08/2019

Eco obstétrica:

30+2 semanas por amenorrea, feto único vivo en cefálica, placenta anterior G II, fcf 156, líquido amniótico adecuado, peso fetal estimado 1849 gr (p 50-75), abdomen P 50-75

03/09/2019

Eco obstétrica:

34+2 semanas por eco previa, feto único encefálico dorso derecho, placenta anterior fúndica grado II, fcf 148, líquido amniótico adecuado, peso fetal estimado 2520 gr, abdomen P 50-75

02/10/2019

11:40 (GO)

39 semanas. Consulta por mareo y tensión arterial baja. 3 días de sensación de vértigo acompañado de náuseas, tinnitus y fosfenos, acompañado de dolor abdominal tipo contracción esporádica, toma alfametil dopa 250 mg c/8 y asa 110 día hasta las 36 semanas. Presión 116/74, fc 88, fr 17, fcf 151, altura uterina 34, no dolor a la palpación, tv cuello semiblando, anterior, cerrado, peso 74, Ganancia de peso 18 kg en el embarazo. Inicio protocolo de maduración cervical misoprostol dar 50 mcg vo cada 6 hrs previa valoración. Perfil toxémico y vigilancia clínica estrecha.

22:36 (GO)

Multi, 39 semanas, hipertensión crónica que debuto con premonitorios, se indicó inducción del trabajo de parto con misoprostol, ahora con dinámica uterina regular y bienestar fetal, paraclínicos y clínica sin criterios para preeclampsia, debe continuar vigilancia del trabajo de parto.

03/10/2019

01:32 (GO)

37 años, 3er embarazo, 39 semanas, feto único vivo cefálico, hipertensión crónica controlada, preeclampsia interrogada, alto riesgo obstétrico. Refiere sentirse en buenas condiciones generales, contracciones aumentando en intensidad de 45 segundos de duración, 4 en 10, sin pujo. Encuentro paciente sentada, tranquila, fc 91, fr 19, presión 130/70, sat 98%, t 36°, útero grávido, contracciones de buena intensidad de 40-60 segundos de duración, fcf 146, al tacto cuello blando, acortado, posterior, dilatación 3-4 cms, borramiento del 50%, estación -2, resto examen normal. Se sigue pasar bolo de 300 cm de solución salina, continuar manejo de trabajo de parto en fase latente.

05:23 (GO)

5 contracciones en 10 minutos, sin otros síntomas asociados, facies álgica, presión 113/67, fc 79, fr 18, sat 98%, contracciones de 90 segundos de duración aproximada, al tacto cuello blando, dilatación 6-7, borramiento del 80%, estación -1, flujo transparente no fétido, resto examen físico normal. Análisis: aumento progresivo de la dilatación y del borramiento, sin embargo, continúa con estación -1, se abre partograma, paciente bajo de parto fase activa, membranas integra, movimientos fetales presentes, fcf 145. Occipito anterior izquierdo, monitoreo fetal categoría I. Medicamentos ante parto: misoprostol 25 mcg dos dosis.



08:18 (GO)

Paciente refiere aumento en el intervalo de contracciones, con salida de líquido amniótico claro, percibe movimientos fetales, presión 123/86, fc 85, fr 18, sat 98%, contracciones de buena intensidad de aproximadamente 20-30 segundos de duración, fcf 153, tacto vaginal cuello blando, central, acortado, dilatación de 6, borramiento del 60%, estación -1, membranas rotas, cefálico. Análisis: encuentren trabajo de parto, con ruptura de membranas, en fase activa, se decide continuar en vigilancia médica, no se realizan cambios al manejo.

12:15 (GO)

Paciente refiere persistencia de contracciones de aproximadamente 2 minutos de duración, percibe movimientos fetales, presión 128/81, fc 76, fr 19, sat 99%, t 36°, contracciones de buena intensidad de aproximadamente 20-30 segundos de duración, fcf 153, tacto vaginal cuello blando, central, acortado, dilatación de 7, borramiento del 60%, estación -1, membranas rotas, cefálico. Presentó a las 7:50 ruptura de membranas con líquido amniótico claro, por lo que se decide iniciar goteo de oxitocina y continuar en vigilancia médica. Monitoria fetal: fcf 155, 3 en 10 de buen tono e intensidad, aceleraciones presentes, desaceleraciones ausentes, categoría 1, oxitocina 5 en 500 cc de SS pasar a 15 cc/h.

12:29

4 contracciones en 10 minutos de 45", buena intensidad, borramiento 60%, dilatación 7, longitud 2, blando, membranas rotas, liquido normal, estación -1, occipito anterior izquierda, fcf 152. Monitoreo categoría I.

15:57 (GO)

Paciente percibe movimientos fetales y contracciones, refiere no poder realizar micción. Presión 134/80, fc 91, se palpan contracciones en fondo uterino de buena intensidad, fcf 155, cuello blando, central, acortado, dilatación de 8 cm, borramiento del 90%, estación -1, cefálico. Monitoreo de las 14:00 categoría 1, actividad uterina regular. Análisis: se encuentra en trabajo de parto, con cambios cervicales, dilatación de 9 cm, en el momento con goteo de oxitocina y continuar en vigilancia médica.

18:00 (ENF)

Se realiza monitoria fetal de control, fcf 145

20:09 (ENF)

Valorada por ginecólogo de turno quien al tacto encuentra dilatación de 9 cms, borramiento 80%, estación -1, membranas rotas, liquido claro, sin sangrado, ordena continuar con inducción y se le insisten que no debe pujar hasta que se encuentre en periodo de expulsivo, paciente poco colaboradora.

21:30 (ENF)

Presión 116/76, fc 95, fr 21, sat 100%, fcf 155, actividad uterina de buena intensidad, ms fs +, salida de líquido amniótico claro, niega premonitorios.

Registro de partograma en donde la curva de dilatación de la paciente cruza la línea de acción y una estación detenida en -1.

22:53 (MG)



Recién nacido masculino vivo, parto vaginal cefálico, meconio sí, ligadura del cordón antes del minuto, 3 vasos, estimulación y aspiración, peso 3915 grs, talla 50, ptx 34, pc 35, pa 32, fcf 145, fr 50, sat 77%. Cianótico con esfuerzo respiratorio, caput, mascara equimotica, extremidad superior derecha hipotónica, hematoma en región malar y maxilar derecha, retracciones intercostales, hidrocele izquierdo, hipotonía flacidez de miembro superior derecho, llanto adecuado, reactivo. Observaciones: recién nacido a término con retención de hombros con posterior meconio quien nace con cianosis generalizada, hipotonía, se califica apgar de 2 al minuto, se inicia oxígeno por máscara con adecuada respuesta, se estimula se seca y se pone en Cámara de calor, con una adecuada recuperación, apgar a los 5 minutos de 7. Atendido por pediatra quien realiza aspiración bajo visión directa con laringoscopio con secreciones claras, posterior presenta quejido y esfuerzo respiratorio por lo cual el servicio de pediatría considera hospitalizar en ciamar.

22:54 (GO)

Acto quirúrgico 22:45

21:30 paciente en 10 cms de dilatación, 21:40 se traslada a sala de expulsivo, paciente con pujo inadecuado, se hace episiotomía, en expulsivo de cabeza fetal paciente detiene el pujo, presenta retención de hombros, se hace maniobra de Mac Roberts más presión supra púbica, se obtiene recién nacido en cefálica, hipotónico, quién es entregado a pediatra, extracción completa de placenta, se hace episiorrafia con cromado, posterior al nacimiento y en espacio de recuperación se le explica estado clínico del bebé a la paciente y familiar. Pérdida sanguínea 300 CC. Oxitocina 30 UI en 500 de ss, pasar a 100 por hora, cefalotina 1 g cada 8 horas por 3 dosis, acetaminofén 1 gr c/8 hr, nifedipina 30 mg c/8 hr

Nacimiento a las 22:10, retención de hombros menor de 40 segundos.

23:19 (ENF)

Nota de atención del parto

21:40 paciente con D 10, B 100%, fcf 130, membranas rotas, salida de líquido amniótico claro, valorada por el Dr. Acosta quien explica a paciente como pujar y técnicas de respiración. Ordena trasladar a sala de atención del parto, se coloca en posición ginecológica y se realiza asepsia, se procede a realizar episiotomía, se explica a la paciente como realizar el pujo, pero paciente poco colaboradora con pujo inadecuado, se le educa insistentemente.

22:10 Dr. Acosta atiende parto normal, masculino en cefálica, sale cabeza pero hay retención de hombros, por lo cual se realiza presión supra púbica y maniobra de Mac Roberts, nace RN hipotónico, cianótico, sin esfuerzo respiratorio, se liga cordón umbilical precozmente, se entrega al Dr. Arévalo y la Dra. Cano quien pasan a cuna de calor radiante, se administra oxígenos por mascara a flujo libre, se inicia VPP, se realiza estimulación táctil, Dr. Arévalo realiza laringoscopia aspira secreciones oro nasales claras, responde rápidamente se torna rosado, activo, con llanto fuerte, se continua con soporte de oxígeno a flujo libre, se administran profilaxis, micción y meconio, se observa con mascara equimotica, cianosis peri bucal, hematoma en mejilla derecha, en miembro superior derecho se observa con dificultad para la movilización, sin reflejo de aprensión, en genitales se observa hidrocele izquierdo. Con quejido, aleteo nasal, desbalance toraco abdominal, se deja en cuna de calor radiante con soporte de oxígeno por micro cámara fio2 31% a 10 litros, orden de trasladar a ciamar apgar 2, a los 5 minutos 7, signos vitales presión 80/39, fc 172, saturación 98%. Peso 3915 grs, talla 50, pc 35, pt 34, pa 32.



22:15 alumbramiento dirigido con oxitocina 10 UI lentas, salida de placenta schultze a los 5 minutos, se infiltra con lidocaína y se procede a realizar episiorrafia. Se realiza masaje uterino se extrae loquios en regular cantidad, se deja goteo de oxitocina 30 UI en 500, pasar a 125 cc/hr.

23:36 (NEO)

Recién nacido a término peso adecuado para edad gestacional, depresión neonatal, bronco aspiración de meconio, hijo de madre hipertensa crónica, parálisis de erb. Se hospitaliza por dificultad respiratoria en UCI neonatal

04/10/2019

11:11 (GO)

Refiere pasar buena noche, tolera vía oral, niega dolor, diuresis +, niega sangrado activo. Alerta, tranquila, hidratada, sin dificultad respiratoria, presión 99/59, fc 76, fr 20, t 36°, sat 97%, hidratada, cp normal, abdomen con útero involucionado infra umbilical, tónico, sin dolor, no tacto vaginal. Análisis: puerperio inmediato, producto gestacional con bronco aspiración de meconio, parálisis de erb, no cuenta con 24 hr postparto, adecuadas condiciones, loquios no fétidos, útero en involución, se continua en vigilancia clínica.

05/10/2019

10:26 (GO)

Refiere sentirse bien, buenas condiciones, examen físico y signos vitales normales, abdomen blando, depresible, útero involucionado infra umbilical, loquios escasos no fétidos, sin edemas. Paciente en manejo con nifedipino con presiones en metas. Se da de alta con formula e indicaciones, signos de alarma, se inicia medroxiprogesterona, cita de control de planificación y postparto. Nifedipino por 1 mes y revaloración.

10/10/2019

7mo día de vida, hospitalizado en contexto de parálisis de erb, miembro superior derecho, secundario a trauma obstétrico, indican terapia física y ocupacional, por lo demás bebe estable, se decide dar de alta con recomendaciones, signos de alarma y conducta de fisiatría.

25/10/2019

Neuropediatria: plexopatía, probable lesión C5 C6, parálisis de Erb Duchene, tracción, avulsión o ruptura deben descartarse para ver susceptibilidad de manejo quirúrgico, se solicita rx de tx, resonancia de plexo braquial, EMG + VC en miembro superior derecho, Eco transfontanelar por asfixia. Continuar con terapias de neurodesarrollo.

07/11/2019

30 días, llega con su madre, originaria de Guapi, antecedente de HTA, la madre menciona que el parto fue bastante traumático, menciona que le aplicaron la maniobra de kristeller para expulsar el bebe, lo cual resulto en daño muscular del brazo derecho del bebe, adicionalmente la paciente menciona que el niño tuvo deposiciones en el vientre y no fue informada en el proceso. Menciona sentirse con profunda tristeza a raíz del proceso de parto. Se realiza contención emocional y guía en derechos del paciente. Persiste con parálisis de MSD, ya tiene autorización de terapia física, pendiente valoración por neuropediatria, llanto disfonico, pendiente valoración por ORL, pendiente inicio de terapia física, ss eco transfontanelar, control en 1 mes. Dx: parálisis de erb debido a traumatismo del nacimiento. Criterios para continuar en



programa de alto riesgo: asfixia perinatal leve por bronco aspiración de meconio, parálisis de Erb MSD por retención de hombro, ictericia multifactorial, disfonía vs malacia.

19/11/2019

Rx de tórax: normal

Ecografía Cerebral transfontanelar:

línea media normal, cuerpo calloso y rodilla de cuerpo calloso normales, ventrículos laterales normales, quiste de plexo coroides derecho de 9 por 6 mm, no se ven áreas de hemorragia intra ventricular, tálamo normal, cuerpos occipitales normales, no se ven zonas de leucomalacia, no se ven masas y sustancia cerebral de aspecto normal.

Conclusión: quiste de plexo coroide derecho.

22/11/2019

Tamizaje auditivo: presencia de audición en ambos oídos, audiometría e impedanciometría en 1 año a criterio médico.

05/12/2019

Segundo seguimiento psicológico, programa de alto riesgo pediátrico, 2 meses, remitido por asfixia perinatal leve, sdr, bam, parálisis de Erb, se descarta fx clavícula. Complicaciones en el parto retención de hombros, extracción difícil, además meconio, nace deprimido apgar 2/7, no meconio en laringoscopia directa. La madre reporta alto nivel de estrés por entorno conflictivo dentro del lugar donde se encuentran viviendo, informa que luego del nacimiento tuvo que quedarse residiendo donde su hermana. El padre del paciente se encuentra en Guapi y el apoyo económico ha sido escaso porque no tiene un empleo fijo. La madre manifiesta que en el lugar que residen se vivencia maltrato psicológico, pero niega tener recursos para vivir en otro lugar. Madre informa que el menor se encuentra asistiendo a terapia física 5 veces a la semana y que ha evidenciado mejoría en la movilidad de su brazo derecho, refiere que realiza estimulación en casa. Se sospecha posible episodio depresivo por la situación actual. Niega presentar rechazo o conductas lesivas hacia el menor.

19/12/2019

Electromiografía:

Neuroconducción motora de nervio mediano y ulnar derecho con amplitud disminuida, velocidad de conducción y latencia normal.

Neuroconducción sensitiva de nervio mediano y ulnar sin registro de potencial.

Electromiografía con actividad de inserción aumentada, signos de inestabilidad de membrana, reclutamiento y patrón de interferencia incompletos de músculos con raíz nerviosa C7, C8 y T1, con polifasia distal. Morfología del PUM neuropático.

Dx: estudio anormal, lesión postganglionar de plexo braquial a nivel del tronco inferior y parcial del medio, con signos tempranos de reinervación principalmente del tronco inferior.

Adecuado neurodesarrollo, hidrocele izquierdo, hallazgos ya anotados en miembro superior derecho, parálisis flácida, muñeca en flexión, moro incompleto por parálisis de Erb. Llanto disfónico se pide valoración por ORL

15/01/2020

RMN plexo braquial:



Se observan raíces neurales de C5, C6, C7, C8 Y T1 normales en forma bilateral. Tronco superior medio e inferior al igual que cordones anterior, lateral y medial izquierdo sin alteración. El plexo braquial derecho no logro demostrar los troncos superior medio e inferior ni los cordones correspondientes observándose en topografía de los cordones hematoma-colección, lo cual sugiere una ruptura completa del plexo braquial. Cordón medular sin alteración.

21/01/2020

Neurocirujano pediatra: recuperación espontanea de déficit, lo que correlaciona con estudio eléctrico, siendo así no es neuroquirurgico, es de manejo médico. Resonancia magnética del plexo del 15/01: solo hematoma, colección del tronco superior y medio. Parálisis parcial del plexo braquial derecho. Manejo por medicina física y rehabilitación. Dx: trastornos del plexo braquial.

12/02/2020

Otorrino: bebe con estridor laríngeo.

Membrana laríngea G III del 80% que requiere corrección quirúrgica endoscópica prioritaria por riesgo de muerte por obstrucción de vía aérea.

24/03/2020

2 días con fiebre, babea mucho y alzas térmicas. Dx crup. Se formula dexametasona y adrenalina, valoración por ORL. Ambulatoriamente beclometasona en puff, acetaminofén, vitamina c, prednisolona. Laboratorio y rx tx descarto proceso infeccioso, historia de membrana laríngea.

29/05/2020

7 meses de vida, operado de membrana laríngea con mejoría notoria del patrón respiratorio, ronquido y alimentación, en seguimiento multidisciplinario. Tsh 11.3, grupo O -. Hoy al examen neurodesarrollo adecuado, con riesgo de baja talla, se envía a endocrinología pediátrica. Se evidencia mal patrón de alimentación, se envía a nutrición, valoración por fonoaudiología para evaluar deglución y masticación.

Acortamiento MSD, pero eleva la extremidad, agarres fuertes, no pronosupinación, pasa de una mano a otra, gateo, buenas transiciones, erupción dental, mancha café con leche dorsal de 2 cm.

11/08/2021

Cirugía pediátrica:

Ecografía testicular: hidrocele moderado izquierdo, pequeña hernia inguinal izquierda.

Se solicita hidrocelectomía de cordón espermático vía inguinal.

Demás folios:

133-139 gastos sisben

140-146 tutela

147-149 derechos de petición

150-153 fotos

154-157 liquidación daño emergente/lucro cesante

158-164 documentos civiles

165-197 cámara de comercio y otros

198-220 conciliación y demanda



CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

La distocia de hombros se define como la dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza. Se había propuesto una definición más objetiva, considerando que debe pasar más de 1 minuto entre el parto de la cabeza y el de los hombros, pero en la práctica clínica es difícil la recogida del dato temporal y dada la necesidad de un método diagnóstico sensible, se prefiere definir como distocia de hombros cualquier caso en que la tracción mantenida no sea suficiente para el parto de los hombros y se requieran maniobras adicionales. Esta complicación se produce por la impactación de uno o los dos hombros fetales en estructuras pélvicas maternas.

La impactación del hombro anterior en la sínfisis púbica es más frecuente que la del hombro posterior en el promontorio sacro. Su incidencia según estudios que recogen un gran número de partos vaginales es de entre el 0.6% y el 0.7%. La incidencia en recién nacidos entre 2500-4000g es del 0,3% y entre 4000-4500g del 5-7%. Sin embargo, casi el 50% de casos ocurren en partos de neonatos de peso normal. Por tanto, es una emergencia obstétrica poco predecible y poco prevenible, ya que en el 50% de los casos no se asocia a factores de riesgo anteparto ni intraparto identificables.

Clásicamente, la distocia de hombros se ha asociado a numerosos factores de riesgo anteparto e intraparto, aunque ninguno de ellos ha mostrado una asociación estadísticamente significativa y tanto aislados como en combinación, su valor predictivo positivo es bajo. Aunque el peso se asocie a dicha patología, ya hemos mencionado que el 50% de las distocias de hombros ocurren en neonatos que pesaron menos de 4000 g.

Factores de riesgo anteparto:

Antecedente de distocia de hombros (recurrencia hasta 25%)

Diabetes Mellitus o Gestacional

Feto grande para edad gestacional (>p97)

Gestación cronológicamente prolongada

Obesidad materna (IMC >30)

Feto masculino.

Edad materna avanzada.

Talla materna baja.

Ganancia ponderal excesiva (>20 Kg)

Anomalía pélvica.

Factores de riesgo intraparto:

Progresión anormal del trabajo de parto.

Parto instrumentado.

Segundo periodo de parto prolongado.

Uso oxitocina.

Parto precipitado.

El manejo de la distocia de hombros consiste en la aplicación sistemática de una serie de maniobras destinadas a facilitar el desprendimiento del hombro impactado. El objetivo de las maniobras es producir el nacimiento seguro del feto antes de que ocurran las lesiones por hipoxemia (secundarias a la compresión del cordón umbilical



y a la imposibilidad de inspirar) además de evitar o minimizar el daño neurológico periférico, así como el traumatismo del tejido materno. Considerando que un neonato bien oxigenado tiene al nacer un pH AU de 7.28 de media y que éste baja en un ritmo de 0.04 unidades/minuto de asfisia, el tiempo máximo de resolución debería ser 5 minutos.

MANIOBRAS DE PRIMER NIVEL:

Son maniobras externas sobre la madre que modifican la posición de la pelvis y del feto.

- Maniobra de Mc Roberts: La mujer debe estar acostada y se deben quitar las almohadas de debajo de la espalda. Con un asistente a cada lado, las piernas de la mujer deben estar hiperflexionadas sobre el abdomen. Si la mujer está en posición de litotomía, será necesario retirar sus piernas de los soportes. La tracción de rutina (el mismo grado de tracción aplicado durante un parto normal) en una dirección axial se debe aplicar a la cabeza fetal para evaluar si los hombros se han liberado. - Esta maniobra produce la rotación cefálica de la sínfisis púbica y aplanamiento del sacro, aumentando el diámetro anteroposterior de la pelvis.

- Es una maniobra sencilla, segura y extremadamente efectiva, hasta el 90% de distocias se resuelven mediante esta maniobra.

- Complicaciones: separación de la sínfisis púbica, dislocación sacro ilíaca y neuropatía transitoria del N. cutáneo femoral lateral.

- Presión supra púbica (técnica de Mazzanti/Rubin):

Requiere la colaboración de un ayudante que realizará una fuerte presión supra púbica con la palma de la mano o la muñeca en sentido lateral y caudal sobre el hombro anterior del feto para desalojarlo de la sínfisis púbica con el fin de que penetre en la pelvis. Produce la aducción de los hombros, reduciendo el diámetro biacromial; el hombro anterior rota hacia el diámetro pélvico oblicuo facilitando su desprendimiento.

- Es importante localizar el dorso del feto para saber en qué dirección se deberá aplicar la presión (lado contrario donde tiene la boca).

- No hay ninguna diferencia clara en la eficacia entre aplicar una presión continua o presión intermitente.

- Por sí sola es una maniobra que puede resolver de un 42 a un 80% de las distocias. La presión supra púbica y la maniobra de Mc Roberts pueden combinarse para mejorar la tasa de éxito.

Es adecuado aplicarlas una segunda vez por operadores diferentes si fallan inicialmente.

Si no se consigue la liberación del hombro anterior con la maniobra de Mc Roberts y la presión supra púbica, a continuación, se deben intentar las maniobras de segundo nivel:

- Consisten en la manipulación interna fetal, y, por lo tanto, se consideran invasivas.

- Es necesario asegurar una analgesia adecuada en pacientes bajo anestesia loco regional que facilite la realización de las maniobras.

- No existen estudios randomizados que comparen la efectividad de las diferentes maniobras de segundo nivel. Su aplicación dependerá de la experiencia clínica de cada operador.

- Es adecuado aplicarlas una segunda vez por operadores diferentes si fallan inicialmente.

MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL:

Maniobra del sacacorchos (Maniobra de Woods)



Maniobra de desprendimiento del hombro posterior (Maniobra de Barnum/Jacquemier):

Tracción digital de la axila posterior.

Maniobra de Gaskin (cuatro apoyos).

MANIOBRAS DE TERCER NIVEL

Son maniobras de último recurso con una mayor tasa de morbilidad materno-fetal (hasta un 25% de secuelas). Antes de proceder a la aplicación de maniobras de tercer nivel se ha de reevaluar la situación y se deben haber repetido, por operadores diferentes, las maniobras de primer y segundo nivel.

Fractura clavicular

Maniobra de Zavanelli

Rescate abdominal

Sinfisiotomía

COMPLICACIONES.

Neonatales: 5% de lesiones neonatales.

La lesión del plexo braquial y la fractura clavicular son las más comunes.

Lesión del plexo braquial transitoria 3.0 a 16.8%

Fractura clavicular 1.7 a 9.5%

Fractura humeral 0.1 a 4.2%

Lesión permanente del plexo braquial 0.5 a 1.6%

Encefalopatía hipóxico-isquémica 0.3%

Éxito 0 a 0.35%

Maternas: Hemorragia 11%

Desgarros perineales de tercer o cuarto grado 3.8%

Atonía uterina

Laceraciones del tracto genital inferior

Lesión vesical, uterina

En el caso que nos ocupa si bien es cierto que existían unos factores de riesgo como son el IMC > 30, feto masculino, edad materna avanzada, uso de oxitocina y una progresión anormal del trabajo de parto (según partograma); esto solo constituyen factores de riesgo y no aseguran que la distocia se vaya a presentar, como condición impredecible que es. Simplemente son una alerta para estar preparados para el manejo de la distocia de hombros en caso de que se presente. Si habría que considerar que, si el personal a cargo no tiene experiencia en el manejo de esta condición, si se debería considerar la realización de cesárea, en caso de que tampoco se cuente con los elementos técnicos y de personal humano para esta, se debería considerar la remisión a otro nivel de atención.

Mencionan por otra parte la realización de una maniobra de kristeller durante el proceso de expulsivo, si esta es realizada con el objeto de acortar y facilitar el nacimiento de un bebe que ya ha superado la estación de +2 en los planos de DeLee, se puede considerar una maniobra segura, si su realización se lleva a cabo antes de llegar a dicha estación fetal si conlleva a un incremento en los riesgos de lesiones maternas y fetales, dentro de las que cabrían las lesiones neurológicas por un aumento de la presión en el canal del parto sobre dichas estructuras.



Según historia clínica, el proceso del expulsivo no fue prolongado, por lo que, por este aspecto no cabría un incremento en el riesgo de lesión neurológica en el feto.

La pérdida de bienestar fetal determinada por el apgar al minuto en este caso (apgar de 2) es propia de las maniobras a las que se vio sometido el bebé para su nacimiento, pero su recuperación rápida, determinada por el apgar a los 5 minutos (en este caso de 7) sumado al desarrollo neurológico posterior del recién nacido, descarta la presencia de un proceso asfíctico durante el parto.

Igualmente, no se puede hablar de bronco aspiración de meconio a toda cuenta de que, durante la laringoscopia realizada al recién nacido, no se apreció la presencia de este material en las vías aéreas del recién nacido.

En cuanto a la lesión de Erb padecida por el bebé, está considerada como posible en estos casos y puede haber ocurrido durante el trabajo de parto, expulsivo, maniobra de kristeller o maniobra de Mac Roberts sumada a presión supra púbica. Determinar la predictibilidad de dicha lesión se torna impredecible como lo menciona la literatura.

La evolución posterior del neonato ha mostrado mejoría de la condición neurológica de la lesión del plexo braquial sin ser posible determinar cuál será el grado final de recuperación o de secuela derivada de dicha lesión.

Es imposible determinar si la actuación es adecuada o no, de acuerdo a lo expresado en la historia, existían unos factores de riesgo, sin embargo, no hay una pauta que diga que en este caso en particular estaba contraindicado el parto vaginal.

Una vez se presenta la distocia solo cabe la realización de maniobras que efectivamente fueron llevadas a cabo, al parecer dentro del margen de seguridad, sin embargo, no se puede establecer que dichas maniobras hayan causado la lesión del plexo braquial, pues esta se pudo haber gestado en el proceso mismo del trabajo de parto.

OBJETIVO PERICIAL:

El objeto de este dictamen es demostrar la inexistencia de la responsabilidad civil médica equivocadamente atribuida por la accionante a la CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.

RESPUESTA: En el caso que nos ocupa si bien es cierto que existían unos factores de riesgo como son el IMC > 30, feto masculino, edad materna avanzada, uso de oxitocina y una progresión anormal del trabajo de parto (según partograma); esto solo constituyen factores de riesgo y no aseguran que la distocia se vaya a presentar, como condición, es impredecible. Simplemente son una alerta para estar preparados para el manejo de la distocia de hombros en caso de que se presente. Sí tendría que considerarse que, si el personal a cargo no tiene experiencia en el manejo de esta condición, sí se pudo pensar en la realización de cesárea, en caso de que tampoco se cuente con los elementos técnicos y de personal humano para esta, se debería considerar la remisión a otro nivel de atención.

Mencionan por otra parte la realización de una maniobra de kristeller durante el proceso de expulsivo, si esta es realizada con el objeto de acortar y facilitar el nacimiento de un bebé que ya ha superado la estación de +2 en los planos de DeLee, se puede considerar una maniobra segura; si su realización se lleva a cabo antes de



llegar a dicha estación fetal, sí conlleva a un incremento en los riesgos de lesiones maternas y fetales, dentro de las que cabrían las lesiones neurológicas por un aumento de la presión en el canal del parto sobre dichas estructuras.

Según historia clínica, el proceso del expulsivo no fue prolongado, por lo que, por este aspecto, no cabría un incremento en el riesgo de lesión neurológica en el feto.

La pérdida de bienestar fetal determinada por el apgar al minuto en este caso (apgar de 2) es propia de las maniobras a las que se vio sometido el bebé para su nacimiento, pero su recuperación rápida, determinada por el apgar a los 5 minutos (en este caso de 7) sumado al desarrollo neurológico posterior del recién nacido, descarta la presencia de un proceso asfíctico durante el parto.

Igualmente, no se puede hablar de bronco aspiración de meconio a toda cuenta de que, durante la laringoscopia realizada al recién nacido, no se apreció la presencia de este material en las vías aéreas del recién nacido.

En cuanto a la lesión de Erb padecida por el bebé, está considerada como posible en estos casos y puede haber ocurrido durante el trabajo de parto, expulsivo, maniobra de kristeller o maniobra de Mac Roberts sumada a presión supra púlica. Determinar la predictibilidad de dicha lesión se torna impredecible como lo menciona la literatura.

La evolución posterior del neonato ha mostrado mejoría de la condición neurológica de la lesión del plexo braquial sin ser posible determinar cuál será el grado final de recuperación o de secuela derivada de dicha lesión.

Es imposible determinar si la actuación es adecuada o no, de acuerdo a lo expresado en la historia, existían unos factores de riesgo, sin embargo, no hay una pauta que diga que en este caso en particular estaba contraindicado el parto vaginal.

Una vez se presenta la distocia solo cabe la realización de maniobras que efectivamente fueron llevadas a cabo, al parecer dentro del margen de seguridad, sin embargo, no se puede establecer que dichas maniobras hayan causado la lesión del plexo braquial, pues esta se pudo haber gestado en el proceso mismo del trabajo de parto.

Finalmente, cabe anotar que, la realización de una cesárea no evita la aparición de dichas lesiones, pues como difícil fue la extracción por vía vaginal, igualmente difícil lo puede ser la extracción por vía abdominal, sin que se pueda garantizar que por esta vía no se presente la lesión.

CONCLUSIÓN PERICIAL

Por todo lo anteriormente mencionado, no es posible establecer la existencia o no de fallas en los actos médicos realizados, pues la literatura misma establece que la distocia de hombros es una condición de carácter impredecible y que solo corresponde al personal médico las actuaciones establecidas para resolver la situación, con la diligencia que corresponde, con el objetivo de evitar o reducir en la medida de lo posible la morbilidad materna y perinatal asociada a dicha complicación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Protocolo distocia de hombros, centro de medicina fetal/neonatal de Barcelona
- Manuel Esteban Mercado Pedroza. Distocias. Capítulo 15, Obstetricia integral siglo XXI. PP. 275-300
- Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No 11-15. Min salud. 2013. Bogotá

Con toda atención,

JORGE ANDRÉS JARAMILLO GARCÍA
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia
Especialista en Valoración del Daño Corporal
Docente Universitario
Perito CENDES

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud



LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTÁMENES PERICIALES A TRAVÉS DE LA UNIVERSIDAD CES

N°	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO	OBJETO DICTAMEN
1.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Viviana Quintero/ Solicitado por Yeraldin Poveda Collazos	Ginecología y Obstetricia
2.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Katelyn Bedoya Montoya/ Solicitado por Susana Katherine Upegui Carvajal	Ginecología y Obstetricia
3.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Liliana María de la Hoz/ Solicitado por Yurainys Milena Arzuaga Garrido	Ginecología y Obstetricia
4.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-0085 / Juzgado Primero Administrativo Oral De Yopal – Casanare.	Ginecología y Obstetricia
5.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Yolanda Karina Arrieta García/ Solicitado por Sulma Guacaneme Olarte	Ginecología y Obstetricia
6.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Jessica Andrea Mesa Escudero/ Solicitado por Lina Patricia Toro Muñoz	Ginecología y Obstetricia
7.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Lina María Escobar Calderon/ Solicitado por Margarita María Serna Álzate	Ginecología y Obstetricia
8.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2015-01219 / Juzgado Primero Administrativo Del Circuito De Medellín	Ginecología y Obstetricia
9.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Melissa Andrea Jiménez Galezzo/ Solicitado por Andrea Pianeta Herrera	Ginecología y Obstetricia
10.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Marielys Andrea Pinto Julio/ Solicitado por Álvaro Alario Montero	Ginecología y Obstetricia
11.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Karen Yaneth Valoyes Rentería / Solicitado por Juan José Echavarría Quirós	Ginecología y Obstetricia
12.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0360 / Juzgado 3 Administrativo Del Circuito De Quibdó	Ginecología y Obstetricia
13.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Arley Margot Monterrosa Alvarez / Solicitado por José Luis Yances Restan	Ginecología y Obstetricia
14.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Diana Carolina Zapata Ortiz / Solicitado por Diana Patricia García Gutiérrez	Ginecología y Obstetricia
15.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-0419 / Juzgado 2 Administrativo Oral De Ibagué – Tolima	Ginecología y Obstetricia
16.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Ana Julia Barros Imparato / Solicitado por Juan Felipe Taboada Bianchi	Ginecología y Obstetricia
17.	2020	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial Radicado 2017-0177 / Juzgado Tercero Administrativo Del Circuito De Zipaquirá	Ginecología y Obstetricia
18.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial Radicado 2017-0114 / Solicitado por Juan Ricardo Prieto Peláez	Ginecología y Obstetricia
19.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Irene Isabel Heredia Sierra / Solicitado por Miguel Antonio Lerech Portacio	Ginecología y Obstetricia
20.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Julieth Tatiana Mora Quiroga / Solicitado por Duvan Cortés	Ginecología y Obstetricia
21.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial Radicado 2019 - 0014 / Solicitado por Juzgado Sexto Civil Del Circuito De Popayán	Ginecología y Obstetricia
22.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Irene Astrid Henao Peláez / Solicitado por Gabriel Jaime Álvarez Salazar	Ginecología y Obstetricia
23.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial Radicado 2017 - 00184 / Solicitado por Juzgado Cuarto Administrativo De Ibagué	Ginecología y Obstetricia
24.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Viviana Castaño Otalvaro / Solicitado por Viviana Castaño Otalvaro	Ginecología y Obstetricia
25.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Paula Andrea Ruiz Tamayo / Solicitado por Daniel Leon Calle Sierra / Litigio Estratégico	Ginecología y Obstetricia



26.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial Radicado 2017 - 00288 / Solicitado por Juzgado Tercero Administrativo De Yopal	Ginecología y Obstetricia
27.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial Caso Esperanza Suárez Suárez / Solicitado por Iván Darío Gutiérrez Guerra	Ginecología y Obstetricia
28.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial Radicado 2021-0087/ Solicitado por Juan Ricardo Prieto Peláez	Ginecología y Obstetricia
29.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial Radicado 2016-0092/ Solicitado por Juzgado Tercero Administrativo Oral De Turbo – Antioquia.	Ginecología y Obstetricia
30.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Ferneida Benavides Hoyos / Solicitado por Denise Vasquez	Ginecología y Obstetricia
31.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Alexandra Almeyda Lobo e Hijo / Solicitado por Diego Armando Moreno Abril	Ginecología y Obstetricia
32.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Eugenia Restrepo Torres / Solicitado por Andrés Felipe Uribe	Ginecología y Obstetricia
33.	2021	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso María José Pérez Goez / Solicitado por Diego Velásquez	Ginecología y Obstetricia
34.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Deisy Lorena Yarpaz /Solicitado por Sebastián Everardo López Jurado	Ginecología y Obstetricia
35.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2020-00231 00/Solicitado por Juan Carlos Vega Cadavid.	Ginecología y Obstetricia
36.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2019 – 00321 00/ Solicitado por Jessica Pamela Perea	Ginecología y Obstetricia
37.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Juliana Ortiz Morales/Solicitado por Leónidas Villegas González	Ginecología y Obstetricia
38.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Chahith Aguas Flórez/Solicitado por Sergio Yepes Restrepo.	Ginecología y Obstetricia
39.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2021-00440 00/ Solicitado por Seguros Sura Colombia // Dra. Laura Inés Martínez Balaguera	Ginecología y Obstetricia
40.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Gloria Inés Fajardo Avella/ Solicitado por Julia Patricia García López.	Ginecología y Obstetricia
41.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Idalenis Redondo Brito / Álvaro Enrique Madariaga Luna - Jurídica Gestión Y Soluciones Madariaga Luna S.A.S	Ginecología y Obstetricia
42.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 110013336036 - 2015 - 738 - 00/Solicitado por Juzgado 36 Administrativo Del Circuito De Bogotá	Ginecología y Obstetricia
43.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2016-00518 00/Solicitado por Juzgado Segundo Administrativo De Girardot	Ginecología y Obstetricia
44.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/Radicado 2017-00620 00/Solicitado por Juzgado Treinta y Cinco Administrativo De Medellín	Ginecología y Obstetricia
45.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/Caso Isabel Cristina Moreno Villa /Solicitado por Maria Isabel Zambrano Pacheco	Ginecología y Obstetricia
46.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2014-00299 00/Solicitado por Juzgado 15 Administrativo Del Circuito De Cali	Ginecología y Obstetricia
47.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/Caso Katherin Yined Triana Páez/Solicitado por Selene Montoya Chacón	Ginecología y Obstetricia
48.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/Radicado 2019-00377 00/Solicitado por Juzgado Tercero Administrativo De Pereira - Risaralda	Ginecología y Obstetricia
49.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Heidy Vargas Ramos / Solicitado por Claudia Henríquez Martínez - Jurídica Clínica La Asunción	Ginecología y Obstetricia
50.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Karen Melissa Velasquez Córdoba / Solicitado por Oscar Mario Giraldo – Giraldo y Sinisterra asesoría jurídica	Ginecología y Obstetricia
51.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2017-00789 00 / Solicitado por Juzgado Primero (01) Administrativo de Florencia	Ginecología y Obstetricia
52.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Luisa Fernanda Álzate Pinzón / Solicitado por Adriana Lisbeth Osorio Pinzón	Ginecología y Obstetricia



53.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-0013-00 /Solicitado por Miguel Antonio Lerech Portacio	Ginecología y Obstetricia
54.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2019-0082-00 /Solicitado por Juzgado octavo (08) administrativo de Villavicencio	Ginecología y Obstetricia
55.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Rosa Tulia Motaño Quiñonez E Hijo/Solicitado por Jose Luis Tenorio Rosas	Ginecología y Obstetricia
56.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2019-00180-00 /Solicitado por Constanza Acosta Casallas	Ginecología y Obstetricia
57.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Gabriela Delgado Ruales / Solicitado por Cesar Eduardo Martínez Guerrero	Ginecología y Obstetricia
58.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2019-00285-00/Solicitado Por Jessica Pamela Perea Pérez - Allianz Seguros S.A	Ginecología y Obstetricia
59.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Rubiela de Jesús Muñetón de Suárez / Solicitado por Hernán Darío Jaramillo Rendón	Ginecología y Obstetricia
60.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Heydy Yuliana Muñoz Granados / Solicitado por Luisa Fernanda Henao Vallejo – Prieto Peláez Abogados S.A.S.	Ginecología y Obstetricia
61.	2022	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Diana Marcela Vargas Ávila / Solicitado por Camila Sierra Mesa	Ginecología y Obstetricia
62.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00227-00/ Solicitado por Juan Ricardo Prieto Peláez - Prieto Peláez Abogados S.A.S.	Ginecología y Obstetricia
63.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial /Radicado 2019-00415-00/Solicitado por Juzgado Cuarto (04) Administrativo Oral de Cúcuta	Ginecología y Obstetricia
64.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Jecika Yuliana Loaiza Franco /Solicitado por Juan Sebastián Medina Ríos	Ginecología y Obstetricia
65.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2021-00164-00 / Solicitado por Juzgado Cuarto (04) Administrativo del Circuito de Ibagué	Ginecología y Obstetricia
66.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Yuli Paola Herrera Guillem / Solicitado por Erika del Pilar Wilches Hernández	Ginecología y Obstetricia
67.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado: 2016-00223-00 / Solicitado por Juzgado Séptimo (07) Administrativo del circuito de Manizales	Ginecología y Obstetricia
68.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado: 2019-00281-00 / Solicitado por Juzgado Segundo (02) Administrativo del circuito de Yopal	Ginecología y Obstetricia
69.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Catalina María Villa Botero / Solicitado por Gloria Lilyan Pérez Ríos	Ginecología y Obstetricia
70.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Liney Karina Pérez Solano / Solicitado por Roger Andrés Valverde Guzmán.	Ginecología y Obstetricia
71.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2022-00350 00 /Solicitado por Juan Ricardo Prieto Peláez	Ginecología y Obstetricia
72.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Johan Sneider Quintero Escalante / Solicitado por Mónica Escalante Suárez.	Ginecología y Obstetricia
73.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Heidy Tatiana Londoño Restrepo / Solicitado por Juan David Vallejo Restrepo	Ginecología y Obstetricia
74.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2022-00137-00 / Solicitado por Erika Jhoana Bernal Aristizábal	Ginecología y Obstetricia
75.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Laura Gonzalez Restrepo/Solicitado por Jesús David Padilla Padilla	Ginecología y Obstetricia
76.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2019-00166 00/Solicitado por Juzgado 05 Civil del Circuito de Cali	Ginecología y Obstetricia



77.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2023-00057-00/ Solicitado por Raúl Villamil Londoño	Ginecología y Obstetricia
78.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso María Camila Rodríguez González/Solicitado por Miguel Antonio Lerech Portacio	Ginecología y Obstetricia
79.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2020-00301-00 / Solicitado por Prieto Peláez Abogados S.A.S	Ginecología y Obstetricia
80.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-00493-00 /Solicitado por Juzgado 25 administrativo de Medellín	Ginecología y Obstetricia
81.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial /Caso Laura Ángel Pareja /Solicitado por Iniciativa Legal	Ginecología y Obstetricia
82.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Wendy Yajaira Mantilla Ramos / Solicitado por Gabriel Jaime Alvarez Salazar	Ginecología y Obstetricia
83.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Eugenia Narváez /Solicitado por Gloria Rodríguez Alava	Ginecología y Obstetricia
84.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2010-00309-00/ Solicitado por Jesús Salvador Tangarife Román	Ginecología y Obstetricia
85.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Lisseth Rebeca Salcedo Villadiego / Solicitado por Merlano Abogados S.A.S	Ginecología y Obstetricia
86.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria José Castañeda Martinez / Solicitado por Maria José Castañeda Martinez	Ginecología y Obstetricia
87.	2023	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Roxibel Alejandra Flores Valencillos / Solicitado por Miguel Antonio Lerech Portacio	Ginecología y Obstetricia
88.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Eidy Maria Gonzalez Caro/ Solicitado por Alfonso Manuel Gutierrez Ricardo	Ginecología y Obstetricia
89.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Deisy Johanna Cano Gaviria/ Solicitado por Deisy Johanna Cano Gaviria.	Ginecología y Obstetricia
90.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2023-0112 / Solicitado por Manuel Antonio Lerech Portacio	Ginecología y Obstetricia
91.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Eadicado 2021-0324- J2CC/ Solicitado por Instituto de Religiosas de San José de Gerona – Clínica Nuestra Señora de los Remedios.	Ginecología y Obstetricia



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION

Y EN SU NOMBRE



EL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
C E S

EN ATENCION A QUE

Jorge Andrés Garamillo García

C.C. 71.675.648 de Medellín

HA COMPLETADO TODOS LOS ESTUDIOS QUE LOS ESTATUTOS
LEGALES EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

Médico y Cirujano

EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO
SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN
MEDELLIN A LOS 15 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 1.989

[Signature]
RECTOR DEL INSTITUTO



[Signature]
DECANO DE LA FACULTAD

COPIA
23 de mayo de 1990



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES

FACULTAD DE MEDICINA

En atención a que

Jorge Andrés Jaramillo García
C.C. N° 71875.848 de Medellín

*Ha completado todos los estudios que los estatutos
legales exigen para optar al título de*

ESPECIALISTA EN

Ginecología y Obstetricia

*Le expide el presente diploma, en testimonio de ello
se firma y refrenda con los sellos respectivos en
Medellín a los 9 días del mes de Agosto de 1994*

Arias
RECTOR DEL INSTITUTO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MEDICINA

DECANO FACULTAD DE MEDICINA

Gloria M^a Vazquez D
JEFE DE POST-GRADO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MEDICINA CES



Laura Gabriela Rueda
SECRETARIO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MEDICINA CES

PERSONERIA JURIDICA No. 11154
del 4 de Agosto de 1978



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



CES

Un Compromiso con la Excelencia

Personería Jurídica 11154 de agosto 4 de 1978 del Ministerio de Educación Nacional de Colombia

EN ATENCIÓN A QUE

Jorge Andrés Jaramillo García

C.C 71.675.646 Medellín (Antioquia)

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

Especialista en Valoración del Dano Corporal

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA

EN TESTIMONIO DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN-COLOMBIA
A LOS 19 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2005.

José María Maya Mejía
Rector
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Gustavo Adolfo Castrillón Suárez
Secretario General
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Jorge Julián Osorio Gómez
Decano
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Registrado: Folio 136 Número 4131 Fecha: 19 de diciembre de 2005 Acta 6081 de 19 de diciembre de 2005 Firma: