



Medellín, marzo 1 de 2024

Doctora

DAISY CAROLINA LÓPEZ ROMERO

E. S. M.

ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES

Respetada doctora,

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-deservicio/centro-de-estudios-en-derecho-y-salud-cendes/>) – a través de la doctora Blanca María López Sepúlveda, Médica Especialista en Anestesiología, Fellow de Dolor y Cuidado Paliativo (en curso) 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), 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 1 de 2024

Doctora
DAISY CAROLINA LÓPEZ ROMERO
E. S. M.

ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO MANUELA ISABEL
CARRANZA VIDES

Respetada doctora,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado por usted en días anteriores,

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médica Especialista en Anestesiología
Fellow de Dolor y Cuidado Paliativo (en curso)
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 **MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES (Q.E.P.D)**



RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

El 10/4/2017 es valorada por Dr. Miguel Antonio Cabana Herrera ortopedista y dado que cursa con gonartrosis severa de rodilla derecha sin respuesta a manejo conservador y por persistencia sintomática y aumento de limitación física programa para reemplazo de rodilla.

Antecedentes personales: HTA. Farmacológicos: acetaminofen-losartan, furosemida, sin adherencia al tratamiento. Quirúrgicos histerectomía. Alergias: niega.

PA: 130/85 FC85 FR 22 So2: 99%

Paraclínicos normales. Se estima riesgo quirúrgico intermedio por lo que se considera apta para ser llevada a cirugía. Se indica ayuno de mínimo 12 horas antes de cirugía. Se insiste en que debe tomar el tratamiento antihipertensivo. De no encontrarse cifras tensionales el día de la cirugía se cancelará procedimiento quirúrgico.

25/4/2017: Es llevada a cirugía de reemplazo de rodilla derecha.

De acuerdo con gráfica de registro de anestesia se realiza anestesia raquídea sin complicaciones y la paciente presenta cifras tensionales alrededor de 170/90 durante todo el procedimiento. Anotan antecedente de hipertensión arterial en tratamiento médico resto normal.

Por enfermería se anota: Ingreso: PA: 162/91 PAM 114 pulso 80lpm So2: 96% si O2 Ingreso a quirófano 8:30

Salida de quirófano 10:45

Ingreso a recuperación: 10:51 Presión arterial 101/60mmHg Frecuencia cardíaca 58lpm Saturación 96% sin O2

Ultimo registro recuperación (18:14): Presión arterial: 123/74 mmHg Presión arterial media 90 Pulso 67puls/min. Movilidad conservada. Sensibilidad conservada. Reacción a la luz en ojos sí.

Dra. Kenny Decaro

Ingreso hospitalización: 22:51

Presión arterial 140/70 media 93 consciente

22:56 Se abre historia clínica por llamado de enfermería, aux de enfermería refiere que paciente presenta disártrica. Ingreso a piso 7:30 de una noche. Veo paciente con desviación de comisura del labio, epicanto izquierdo, y ceja izquierda caída, disártrica, no pronuncia 33 o ferrocarril, se le pide sostener ambas extremidades, pero deja caer brazo izquierdo y no es capaz de sonreír. Reviso Kardex actualmente sin anticoagulación además sin antecedentes, ante esto sospecho ACV, se solicita TAC simple de cerebro urgente ya que nos encontramos en ventana de trombosis.

23:39 Score de cincinnati positivo. Llamo a UCI para comentar paciente, refiere que no hay cupo y paciente contraindicada por estado pop.

Me parece que el beneficio vez riesgo amerita uso de trombolítico ya que estado postquirúrgico es contraindicación relativa. Se inicia manejo medico de paciente en piso con oxígeno suplemente, antiplaquetario con clopidogrel.

ECG (27/4/2017): FC 81lpm RITMO SINUSAL. Inversión t en precordiales. Sin elevación ST.

26/4/27, 00:24: Se ordena ecocardiograma, Doppler de vasos de cuello y ECG.

26/4/27, 5:58: seguimiento ortopedia (Dr. Miguel Cabana)

Sospecha de ACV isquémico y solicita inicialmente valoración por medicina interna pero luego anota:



Paciente con historia clínica anotada, valorada y comentada anestesiología del servicio Dr. Gonzales que al ver las imágenes sospecha de sea accidente isquémico transitorio que la recuperación motora de la paciente va a ser lenta y paulatina, que se deje en observación, continuar medicamentos igual, ahora se encuentra hemodinámicamente estable, consciente y aceptando órdenes. Se suspende valoración por medicina interna.

7:23 Dr. Miguel Cabana anota: Dr. Gonzales anestesióloga del servicio: paciente con historia clínica anotada, estable hemodinámicamente con recuperación del habla y motora de manera parcial en contexto de cirugía mayor con sospecha de accidente cerebro encefálico con TAC simple de cráneo que no se observan cambios isquémicos aparente que no se debe trombolizar ni anticoagular por lo que se sugiere dejar en observación por hoy, de acuerdo con la recuperación ver la posibilidad de alta y control. Manejo y estudios complementarios por consulta externa.

Revaloración médico general:

Examen físico persiste disártrica, desviación de comisura labial, disminución fuerza de miembro superior izquierdo.

Análisis: paciente con posible curso de ACV, no indicación de trombólisis por cirugía reciente requiere estudios complementarios para definir etiología. Se solicita valoración por medicina interna.

12:29 Dr. Manuel David Mayoral (Medicina interna): TAC de cráneo a la espera de reporte oficial: se observa zona hipodensa a nivel frontoparietal derecho en relación con posible infarto en territorio de arteria cerebral media derecha.

Objetivo TA 140/70mmHg Fc80/min FR 20/min So2 97% Fio2 32%

Somnolienta, pero responde al llamado, disártrica, plejía del MMII izquierdo, paresia facial central izquierda. Fuerza 3/5 del MMSS izquierdo, babinski izquierdo.

DIAGNÓSTICOS:

1. Accidente cerebrovascular isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha TOAST
2. POP reemplazo total derecha
3. HTA por HC

15:54 Ingreso a UCI

Regular estado general. Afasia de expresión facial central izquierdo y paresia severa 4/5 braqui /crurar izquierda.

27/4/17: Ortopedia (Dr. Miguel Cabana)

Evolución posquirúrgica de ortopédica adecuada por lo que se da salida y alta por ortopedia y control por consulta externa, continuar manejo por médicos de UCI

1/5/17: Medicina interna (Dr. Daniel Lopez) Herpes glúteo derecho inicia manejo aciclovir.

Pendiente estudios complementarios (Ecocardiograma, Doppler, RMN cerebral) se comentara con ortopedia si hay contraindicación por material metálico usado.

3/5/17: Medicina interna (Vladimir Alexander **Díaz**)

Diagnósticos:

- 1 Crisis HTA tipo emergencia resuelta
 - a. angina hipertensiva resuelta
- 2 Fibrilación auricular permanente no valvular con respuesta ventricular conservada CHADS2VASC4 y HASBLED1
3. Dislipidemia
4. Hipertensión arterial crónica estadio II



5. Cardiopatía isquémica hipertensiva FEVI 65%

6. Hipokalemia del 10% 7 EDA en resolución

Problemas: anticoagulación en rangos no terapéuticos

4/5/23. Medicina interna: (Vladimir Alexander Diaz) Diagnósticos:

1. ACV isquémico en territorio de arteria cerebral
2. postquirúrgico de reemplazo total de rodilla derecha
3. hipertensión arterial por historia clínica

Se habla con el hijo para retornar a lugar de procedencia... Debido a que la paciente esta estable **hemodinámicamente** y con estado secular definido además de tener alta por ortopedia doy orden de **contra remisión** a nivel 2.

Ingresó a Clínica del Cesar

Enfermedad actual: Paciente femenina de 66 años de edad con antecedente de hipertensión arterial y artrosis de rodilla derecha, POP reemplazo de rodilla derecha en la ciudad de Cali el 25/4/17, presentando posterior a cirugía parestasia en hemicuerpo derecho, deterioro neurológico que correspondió a ACV **isquémico** (no aporta imágenes) es contraremitida a lugar de origen Bosconia el día 9/5/17 (solicitado por sus familiares) con progresión del deterioro neurológico por lo que trasladan a manejo en UCI en esta institución, se realiza tomografía cerebral donde se evidencia de lesión ocupante de espacio de tipo neoformativo por lo que se espera reporte de resonancia magnética.

Ecocardiograma: Función sistólica conservada FR 54%, **patrón** de llenado tipo I disfunción diastólica con alteración en la relajación insuficiencia valvular mitral leve, sin alteraciones de la movilidad, insuficiencia valvular tricúspide leve sin trombos intracavitarios.

Holter 24 horas: ritmos sinusal, extrasístoles atriales ocasionales, fibrilación auricular paroxística con RVM rápida.

Doppler carotideo (15/5/17): hiperplasia mioitmal arterial leve y ateromatosis calcárea a nivel del bulbo carotideo bilateral sin cambios **hemodinámicos**.

Resonancia de cerebro: enfermedad isquémica multiinfarto con afectación de distintos territorios vasculares en estadios variables de evolución que compromete al territorio de la arteria de percheron, al territorio de la arteria cerebelosa postero superior izquierda y a los ramos terminales de la arteria cerebral media derecha, infarto en evolución subaguda con transformación **hemorrágica** a nivel de la sustancia blanca profunda y subcortical del lóbulo parietal derecho, hemorragia subaracnoidea laminar en los contornos del lóbulo parietal derecho y del lóbulo de la **ínsula**.

Durante hospitalización valorada por neurología, **psiquiatría**, psicología y nutrición.

En UCI diagnostican infección urinaria y septicemia secundaria.

21/5/17: Medicina interna (Maria Amalia **Bohórquez**) Se solicita valoración por cardiología para definir anticoagulación dada tromboembolia y ECV **hemorrágico**.

7/6/2017: Medicina familiar (Lizceth Jeraldin Badillo):

Diagnósticos de:

1. ECV isquémico múltiple con transformación hemorrágica 2 rio
 - a. FA paroxística de RVR CHADS VASC > 2
2. HTA controlada
3. POP mediato de gastrostomía endoscópica.

Paciente en regular estado general con evolución clínica favorable, afebril, tolerando **vía** oral **hemodinámicamente** estable, sin dificultad respiratoria, con diuresis



positiva, familiares refieren recuperación de estado de conciencia. En manejo por medicina interna por el cual completa tratamiento antibiótico. Paciente continua tratamiento en home care.

HISTORIA CLINICA BUENOS AIRES 10/9/2017:

- Hospitalizar Entre otros:
- Valoración medicina interna y neurología.
- Con resultado de TAC cráneo simple se evaluará inicio de antiagregantes y anticoagulantes.

11/9/2017:

Paciente en su 1 **día** de E/H en sala

Diagnósticos:

1. ECV **isquémico**

2. Hiperglicemia

3. Síndrome convulsivo.

TAC cerebral con lesión isquémica parietal derecha S/s RMN con contraste

17/9/2017: **Médico general** (Sandra Marcela Figueroa)

Paciente con enfermedad isquémica multiinfarto por RMN 17/5/2017 en manejo por sx convulsivo con soporte de **oxígeno** por ventury 50%. Paciente en malas condiciones generales, se documenta emesis en cuncho de café **fétido**, deposiciones diarreicas fétidas, sanguinolenta, con moco disentericas, se revisan laboratorios de ingreso... posible cuadro séptico de origen abdominal.

17/9/2017: Medicina critica (Ernesto Guerra Arias)... Se solicita valoración por gastroenterología y endoscopia de vías digestiva, se espera repite de gasimetría arterial para documentar estado acido base y definir pertinencia de manejo en unidad.

Manejo en UCI vigilancia **hemodinámica** continua, soporte vasodilatador, cobertura antibiótica ampliada... en paciente con ECV isquémico secuelar en manejo por sx convulsivo intercurriendo con sepsis de origen abdominal + hemorragia de vías digestivas por colitis en contexto de crisis hipertensiva.

18/9/17: **anestesióloga** (Carmen Cecilia Caviades)

... se **realizó** TAC de cráneo con lesiones crónicas secuelares sin evidencia de cambios agudos.

CLINICA SINAIS VITAIS 11/11/2017:

Enfermedad actual: paciente femenina de 67 años de edad, ingresa al servicio de urgencias de la institución por cuadro de 4 **días** de evolución dado por tos **húmeda** emetizante, dificultad respiratoria asociado a picos febriles motivo por el cual consulta.

Diagnósticos:

1. IRA
2. Epilepsia por HC
3. ACV isquémico por HC

11/11/2017:

...Presenta múltiples episodios emético tipo chancro de café.

... Se inicia **remisión** a II nivel paciente amerita Uci adulto por riesgo de falla ventilatoria.

12/11/2017:

Medicina interna:

Paciente quien ingresa al servicio en malas condiciones con múltiples comorbilidades y tratamientos con dificultad respiratoria, datos de hipotensión por shock séptico,

asociado a dificultad respiratoria presenta cuadro de hemorragia de vías digestivas, lo que complica su condición, quien presenta de forma súbita paro **cardiorrespiratorio**, iniciándose maniobras de resucitación e intubación sin respuesta por lo que se declara fallecimiento de la paciente.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

La paciente se presentó a cirugía de reemplazo de rodilla el 25/4/2017 por gonartrosis. No se tiene la historia clínica de la valoración preanestésica, únicamente se dispone del registro de anestesia. Se conoce antecedente de hipertensión arterial por valoración previa de ortopedia y el día de la cirugía en registro de anestesia, sin mención de otros antecedentes ni síntomas cardiovasculares. En el posoperatorio inmediato presenta accidente cerebrovascular isquémico en territorio de arteria cerebral media y entre estudios se diagnostica fibrilación auricular paroxística que sería una causa probable de este evento. Durante intraoperatorio y postoperatorio con frecuencia cardíaca y pulso dentro de límites normales y presión arterial levemente elevada en algunos periodos, sin mención de déficit neurológico hasta el momento de vigilancia en recuperación de cirugía.

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más común en el mundo¹. La prevalencia global estimada fue de 50 millones de personas para el 2020. Sin embargo, la prevalencia de fibrilación auricular no diagnosticada en la comunidad es desconocida; en un estudio de cohorte retrospectivo de 2012 al 2017 se identificaron pacientes con fibrilación auricular en la comunidad por quienes debutaron con accidente cerebrovascular isquémico o embolismo sistémico con una prevalencia estimada del 11%.²

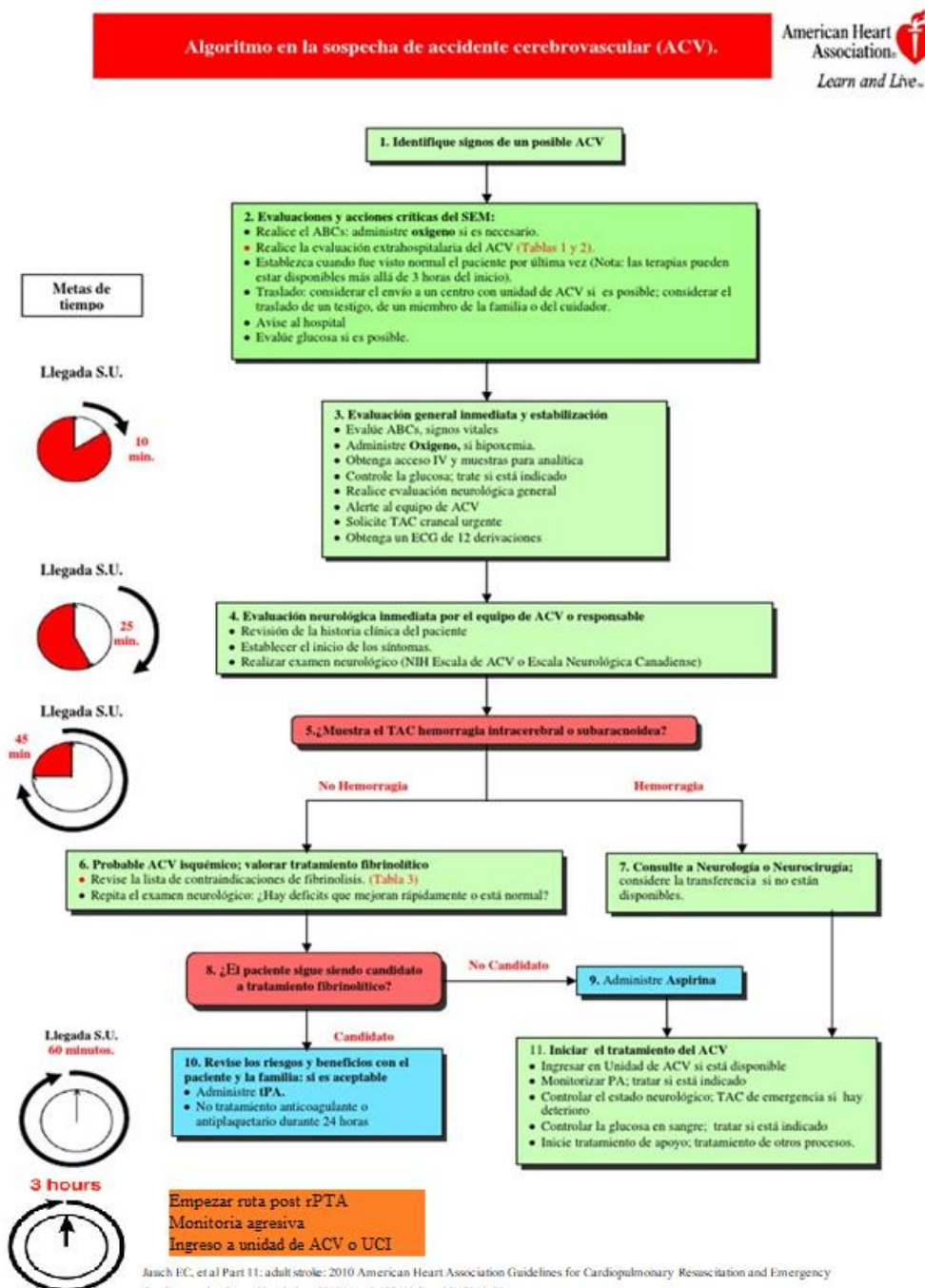
La fibrilación auricular se asocia con 1.5 – 2 veces más riesgo de muerte³; estudios sugieren mayor riesgo de muerte podría ser mayor en mujeres que en hombres.⁴ Adicionalmente aumenta riesgo de 2.4 veces más de riesgo de accidente cerebrovascular³, 1.5 en riesgo de déficit cognitivo o demencia, 1.5 veces más riesgo de infarto agudo de miocardio, 2 veces más riesgo de muerte súbita, 5 veces más riesgo de falla cardíaca, 1.6 veces más de riesgo de enfermedad renal crónica y 1.3 veces más riesgo de enfermedad arterial periférica.¹

De acuerdo con las guías de valoración preanestésica, en paciente llevados a cirugía no cardíaca de riesgo bajo a intermedio se recomienda una valoración preoperatoria por anestesiólogo para evaluación cardíaca y optimización médica. La cirugía de reemplazo total de rodilla se considera de riesgo intermedio. Se recomienda electrocardiograma preoperatorio en pacientes con factores de riesgo (Enfermedad cardíaca isquémica, falla cardíaca, accidente cerebrovascular, disfunción renal o diabetes insulinoquiriente) y son programados para cirugía de riesgo intermedio a alto. No se recomienda electrocardiograma de rutina en pacientes sin factores de riesgo programados para cirugía de bajo riesgo. No se recomienda ecocardiograma de rutina en pacientes llevados a cirugía de riesgo bajo a intermedio.

Considerar discontinuación inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina II puede ser considerado. Anestesia neuroaxial en la ausencia de contraindicaciones y después de estimación riesgo beneficio reduce el riesgo de mortalidad y morbilidad comparada con la anestesia general y debe ser considerada.⁵

Teniendo en cuenta los antecedentes personales de la paciente descritos en la historia clínica, no requería estudios complementarios para la cirugía que se considera de

riesgo intermedio en paciente sin factores de riesgo. Sin embargo, posiblemente cursaba con una fibrilación auricular paroxística no diagnosticada que dado los factores de estrés y procoagulantes de una intervención quirúrgica⁶ predispusieron a que presentara un accidente cerebrovascular isquémico que es una de las complicaciones más temidas de esta enfermedad y por la cual muchos pacientes debutan. Una vez presentó síntomas se solicitaron los estudios pertinentes, incluyendo tomografía cerebral en el tiempo de ventana para manejo intervencionista o trombólisis que dicta este escenario^{7,8}, pero dado que cursaba en postoperatorio de cirugía ortopédica mayor con riesgo de sangrado tenía una contraindicación relativa o precaución para esta última terapia⁷. Se desconoce la posibilidad de la institución de manejo intervencionista para trombectomía mecánica para ser llevada a cabo dentro de las primeras 6 horas del evento de acuerdo con las guías de práctica médica en este escenario⁸. La evolución de la paciente corresponde a secuelas asociadas a este episodio luego de una lesión neurológica establecida. Se le brindaron los cuidados de soporte pertinente en cada institución después del evento.





Considero importante solicitar un concepto de médico internista para determinar si el manejo durante el curso del accidente cerebrovascular se realizó de acuerdo con las guías médicas y si el tratamiento de fibrilación auricular en paciente con accidente cerebrovascular fue el apropiado o no dado que no es el área en que me desempeño.

RESPUESTAS A CUESTIONARIO PROPUESTO

1. *Defina si la paciente presentaba cifras de tensión arterial, que desde el punto de vista científico resultaran incompatibles con la realización de la cirugía de reemplazo de rodilla.*

RESPUESTA: Las cifras tensionales con las que se presentó la paciente no contraindicaban continuar con el acto anestésico. Se permite presión arterial sistólica hasta 180 y diastólica hasta 110mmHg para que un paciente pueda ser llevado a cirugía.⁹

2. *Defina si clínicamente era procedente realizar la cirugía, considerando la tensión arterial de la paciente y como se comportó aquella durante y después del procedimiento. Qué dice la literatura médica y guías de anestesiología al respecto.*

RESPUESTA: El accidente cerebrovascular de origen isquémico que presentó la paciente no está relacionado con sus cifras tensionales y por el registro que se tiene de enfermería los signos de ingreso eran: presión arterial 162/91 pulso 80 latidos por minuto lo cual no contraindica cirugía ni requiere manejo adicional previo a cirugía.^{5,9}

3. *Defina si el ACV que presentó la paciente es un riesgo inherente a este tipo de procedimiento quirúrgico o a la enfermedad de base de la paciente. O si por el contrario constituye una consecuencia derivada de algún error médico que pudo ser evitable.*

RESPUESTA: El accidente cerebrovascular isquémico es una de las complicaciones de la fibrilación auricular³ que fue un diagnóstico que se hizo de la paciente posterior al evento. Antes de la cirugía se desconocía esta condición y de rutina no se realizan estudios para esta condición antes de cirugía.

El accidente cerebrovascular no es un evento que se presente asociado a cirugía de reemplazo de rodilla, pero el estrés de la cirugía y estado hipercoagulante⁶ que puede generarse por cualquier cirugía ortopédica mayor expone a mayor riesgo de eventos protrombóticos o embólicos en pacientes con patologías predisponentes como fue el caso de la paciente.

4. *Indique si existe una relación entre la causa de muerte de la paciente y la atención médica derivada de la cirugía de rodilla y control del evento isquémico (se precisa que estos dos últimos acontecimientos ocurrieron en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios en Cali por convenio con Orthopedic Join. Por su parte la muerte de la paciente ocurre en Cesar, por lo que se adjunta la historia clínica de la atención donde ocurre el fallecimiento para su revisión.)*

RESPUESTA: No se tienen datos de la valoración preanestésica, pero con la información revisada se considera que la atención médica durante la cirugía y en postoperatorio inmediato fueron las adecuadas.

Considero importante solicitar un concepto de médico internista para determinar si el manejo durante el curso del accidente cerebrovascular se realizó de acuerdo con las guías médicas y si el tratamiento de fibrilación auricular en paciente con accidente cerebrovascular fue el apropiado dado que no es el área en que me desempeño



El fallecimiento de la paciente ocurre como consecuencia de una insuficiencia respiratoria aguda asociada a posible cuadro infeccioso en una paciente con factores de riesgo dados por trastornos de la deglución (predispone a broncoaspiración) secundarios a accidente cerebro vascular.

CONCLUSIÓN PERICIAL

Con los datos de las historias clínicas revisadas no era posible predecir la presentación de un accidente cerebrovascular en esta paciente en el postoperatorio de su cirugía. Inmediatamente se tuvo la sospecha diagnóstica se iniciaron los estudios necesarios en los tiempos correspondientes. Dado que la paciente tenía contraindicación relativa para trombólisis, esta no se realizó y queda a criterio de los médicos esta decisión. Se desconoce si la institución tenía acceso a manejo intervencionista. Considero importante solicitar un concepto de médico internista para determinar si el manejo durante el curso del accidente cerebrovascular se realizó de acuerdo con las guías médicas y si el tratamiento de fibrilación auricular en paciente con accidente cerebrovascular fue el apropiado dado que no es el área en que me desempeño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joglar, J. A., Chung, M. K., Armbruster, A. L., Benjamin, E. J., Chyou, J. Y., Cronin, E. M. & Van Wagoner, D. R. (2024). 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 149(1), e1-e156.
2. Turakhia MP, Guo JD, Keshishian A, Delinger R, Sun X, Ferri M, Russ C, Cato M, Yuce H, Hlavacek P. Contemporary prevalence estimates of undiagnosed and diagnosed atrial fibrillation in the United States. *Clin Cardiol*. 2023 May;46(5):484-493
3. Dieleman JL, Cao J, Chapin A, et al. US health care spending by payer and health condition, 1996-2016. *JAMA*. 2020; 323:863–884.
4. Dai H, Zhang Q, Much AA, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, mortality, and risk factors for atrial fibrillation, 1990-2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2021; 7:574–582.
5. Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Bøtker HE, Hert SD, Ford I, Gonzalez-Juanatey JR, Gorenek B, Heyndrickx GR, Hoeft A, Huber K, Iung B, Kjeldsen KP, Longrois D, Lüscher TF, Pierard L, Pocock S, Price S, Roffi M, Sirnes PA, Sousa-Uva M, Voudris V, Funck-Brentano C; Authors/Task Force Members. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J*. 2014 Sep 14;35(35):2383-431.
6. Bande BD, Bande SB, Mohite S. The hypercoagulable states in anaesthesia and critical care. *Indian J Anaesth*. 2014 Sep;58(5):665-71
7. Jauch EC, et al. American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013 Mar;44(3):870-947
8. Powers WJ, et al. American Heart Association Stroke Council. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals
From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke.
2015 Oct;46(10):3020-35.

9. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbiagele B, Smith SC Jr, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 2017

Con toda atención,

BLANCA MARÍA LÓPEZ SEPÚLVEDA

C.C. 1.037.575.232

Médica Especialista en Anestesiología

Fellow de Dolor y Cuidado Paliativo (en curso)

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	2024	BLANCA MARÍA LÓPEZ SEPÚLVEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Lina Maria Teheran Garcia / Solicitado Julio César Yepes Restrepo	Anestesiología y medicina del dolor
2	2024	BLANCA MARÍA LÓPEZ SEPÚLVEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Manuela Isabel Carranza Vides/ Solicitado Daisy Carolina López Romero	Anestesiología y medicina del dolor

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud





UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Consejo de Administración No. 1077 del 22 de marzo de 2007

EN ATENCIÓN A QUE

Blanca María López Sepúlveda

C.C. 1.037.575.232 Envigado (Antioquia)

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

Médica y Cirujana

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA
A LOS 17 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2009.

José María Maya Mejía
Rector
Universidad CES

Patricia Chejne Fayad
Secretaría General
Universidad CES

Jorge Julián Osorio Gámez
Decano
Universidad CES

Registrada: Folio 211. Número 6403. El 17 de diciembre de 2009. Acta 8325 de 17 de diciembre de 2009. Firma:

República de Colombia



Universidad de
La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes

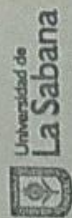
Blanca Maria López Sepúlveda

C.C. Nº 1.037.575.232

cursó y aprobó los estudios y cumplió los demás requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

Especialista en Anestesiología

Dado en el Campus Universitario de Chía, a los 12 días del mes de Abril de 2016.



Pectora

[Firma]
Rector

[Firma]

Director de Unidad Académica

[Firma]
Secretaría General
Universidad de La Sabana

Presencia jurídica otorgada por la resolución 130 de Enero 14 de 1980, Ministerio de Educación Nacional.

Anotado al folio 753 del libro de registro No. 8 a los 12 días del mes de Abril de 2016.



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia