

**ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL EN GINECO-OBSTETRICIA / RADICADO: 2019-00282-00**

Diana Katherine Rodriguez Gomez <DRODRIGUEZ@ces.edu.co>

Mié 11/09/2024 8:11

Para: Juzgado 01 Administrativo - Putumayo - Mocoa <j01admmoc@cendoj.ramajudicial.gov.co>  
CC: Leon Mario Toro Cortes <lto@ces.edu.co>; Carolina Giraldo Ramírez <cgiraldor@ces.edu.co>

 1 archivos adjuntos (662 KB)

DICTAMEN 2019-0282.pdf;

No suele recibir correos electrónicos de drodriguez@ces.edu.co. [Por qué esto es importante](#)

Medellín, septiembre 11 de 2024

Señores

**JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MOCOA**

E. S. D.

**REFERENCIA:** REPARACIÓN DIRECTA / RADICADO **2019-0282**  
**DEMANDANTE:** LUZ FERNANDA AYERVE T Y OTROS  
**DEMANDADO:** ESE HOSPITAL ORITO Y OTROS  
**ASUNTO:** ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL EN GINECO-OBSTETRICIA

Respetados señores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial en Gineco-Obstetricia solicitado en el proceso de la referencia.

Cordialmente,

Diana Katherine Rodríguez Gómez | Gestor Jurídico - CENDES  
Universidad CES | Calle 10A # 22-04 | Medellín, Colombia  
Tel: (60) (4) 444 0555 Ext. 1278  
[drodriguez@ces.edu.co](mailto:drodriguez@ces.edu.co) | [www.ces.edu.co](http://www.ces.edu.co)



Medellín, septiembre 11 de 2024

Señores

**JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MOCOA**

E. S. D.

**REFERENCIA:** REPARACIÓN DIRECTA / RADICADO 2019-0282  
**DEMANDANTE:** LUZ FERNANDA AYERVE T Y OTROS  
**DEMANDADO:** ESE HOSPITAL ORITO Y OTROS  
**ASUNTO:** ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL EN GINECO-OBSTETRICIA

Respetados señores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en el proceso 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.

Para el proceso de la referencia, se encuentra paga la entrega del dictamen escrito y la sustentación en audiencia virtual. En caso de programarse la contradicción de la prueba, se nos debe notificar por medios electrónicos ([CGIRALDOR@CES.EDU.CO](mailto:CGIRALDOR@CES.EDU.CO); [SMARIN@CES.EDU.CO](mailto:SMARIN@CES.EDU.CO) ; [LTORO@CES.EDU.CO](mailto:LTORO@CES.EDU.CO) ; [DRODRIGUEZ@CES.EDU.CO](mailto:DRODRIGUEZ@CES.EDU.CO) ; [PCENDES@CES.EDU.CO](mailto:PCENDES@CES.EDU.CO) ), mínimo con un mes de antelación a la diligencia, para lo cual se solicita, respetuosamente, **tener en cuenta que el perito cuenta con disponibilidad, solamente, en horas de la mañana para atender 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, septiembre 11 de 2024

Señores

**JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MOCOA**

E. S. D.

**REFERENCIA:** REPARACIÓN DIRECTA / RADICADO 2019-0282  
**DEMANDANTE:** LUZ FERNANDA AYERVE T Y OTROS  
**DEMANDADO:** ESE HOSPITAL ORITO Y OTROS  
**ASUNTO:** DICTAMEN MÉDICO PERICIAL EN GINECO-OBSTETRICIA

Respetados señores,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado en el proceso de la 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](mailto:cgiraldor@ces.edu.co) – [smarin@ces.edu.co](mailto: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 CPACA y el CGP:

- 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 LUZ FERNANDA AYERVE TIERRADENTRO y sus neonatos.

## RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

14/01/17 (MG)

Primigestante, pie + del 16/12, O+, sin antecedentes personales ni familiares, fum 10/09/16, fpp 17/06/17, amenorrea 18 semanas, peso 47.8 kg, presión 90/60, fc 80, fr 20, altura uterina 17, movimientos fetales +, t 36°, no edemas, examen físico normal. ARO. Se ordenan paraclínicos y micronutrientes, eco obstétrica, remisión a psicología, nutrición, odontología, vacunación.

24/02/17 (MG)

Control prenatal: 23+3 semanas de amenorrea, peso 51.3 kg, talla 148, imc 23.3 presión 100/60, fc 80, fr 20, altura uterina 24, fetos cefálicos, fcf 150-152, movimientos fetales +, t 36°, flujo vaginal blanco escaso, no edemas, ARO. Laboratorio 14/02: Hepatitis b ags -, VIH -, flujo vaginal con vaginitis inespecífica, parcial de orina normal, glicemia 71, hb 14.3, leucos 9800. Eco del 14/02 reporta gemelar bi/bi de 22 semanas Tto: micronutrientes, clotrimazol vaginal, prueba rápida para sífilis, remisión a GO, signos de alarma

11/03/17

Ese local Puerto Asis (GO)

26.1 semanas, eco del 14/02: gemelar 22 semanas, O+, ms fs, sin sangrado, sin dolor, vdrl y VIH -, ARO. Talla 150, peso 51, AU 22. Plan: doppler obstétrico y control GO en 4 semanas

## Hospital de Orito

16/03/17

20:13 triaje 2

Ingresa por dolor tipo contracción de 6 hrs de evolución, ms fs +, dx: embarazo doble, ordena: lev, betametasona 12 mg im, nifedipino 30 mg, paraclínicos, comentar con GO

21:40

Dolor tipo contracción, primi, cuadro de 6 hr de dolor tipo contracción, ms fs +, no perdidas vaginales, acude ya que el dolor se ha intensificado y es más frecuente. Controles prenatales 2, 26 semanas por eco tardía del 14/02 con 22 semanas. Fc 108, fr 22, t 36°, presión 110/80, álgida, ansiosa, útero grávido, altura uterina 28, fcf 150 y 161, cuello posterior, oci cerrado

22:43

Se comenta caso con Dr. Tordecilla GO, quien no acepta paciente, informa que debe ser remitida a III nivel y solicitar valoración por perinatología



23:23

Se comenta paciente a hospital departamental donde refieren que el hospital no cuenta con servicio de perinatología por lo que no acepta paciente

17/03/17

00:04

Se notifica paciente a la clínica UROS de Neiva, la doctora Nini Cutiva informa estar paciente a las 10 am

01:24

Egresada paciente del servicio junto a familiar y personal de remisión, paciente estable, sale en ambulancia medicalizada con destino a la ciudad de Neiva clínica Uros. Refiere continuar con dolor tipo contracción

### **Clínica UROS**

17/03/17

10:17

Remitida de Orito Putumayo, en compañía del médico, 20 años, 26.3 semanas por eco II trimestre, cuadro de inicio el 16/03 de dolor pélvico de moderada intensidad asociado a secreción vaginal chocolatosa escasa, niega otra sintomatología, niega administración de medicamentos, refiere percibir movimientos fetales, antecedentes patológicos negativos, familiares negativos, fum 10/09 ciclos regulares, no refiere planificación, 2 cpn, inicio a las 18 semanas

Laboratorio:

14/02: VIH -, agshb -

Ecografías:

14/02: embarazo gemelar monocorial biamniótico

Mucosa húmeda, cp normal, útero grávido, no se palpa actividad uterina, fcf 145 y 138, tv cuello posterior, corto, oca abierto, sangrado genital escaso serosanguinolento, resto de examen sin alteraciones.

Dx: embarazo doble, falso trabajo de parto antes de las 37 semanas, supervisión de embarazo con historia de insuficiente atención prenatal

Ordenan: lactato de ringer, nifedipina c/6 hr

12:04 (GO)

Gemelar mono/bi, 26.3 semanas, app, fetos vivos, actividad uterina esporádica por palpación, refiere ms fs presentes, refiere haber presentado sangrado el día de ayer a las 14:00 único episodio. Presión 120/65, fc 76, fr 18, au 30, fcf 141 der 135 izq, tv: cérvix posterior, corto, oca entreabierto con escasa secreción serosanguinolenta no fétida.

Análisis: estable con cambios cervicales, ante no confirmación de UCIN y que no hay disponibilidad, se decide tramite de remisión, se indica valoración por perinatología, ya recibió esquema de maduración según médico acompañante y la paciente.

Solicitan paraclínicos (cuadro hemático, serología, parcial de orina, pcr, frotis de flujo vaginal) eco obstétrica con evaluación de circulación placentaria y fetal y eco tv

12:15

Presión 110/70, fc 80, fr 18, fcf 145 y 138

13:16 (GO)



Refiere estar bien, presión 100/60, fc 90, cp nl, fcf 145 y 140, sin actividad, sin pérdidas vaginales. Cuadro de APP y cambios cervicales mínimos, sin disponibilidad de UCIN se ordena inicio de trámite de remisión a red externa. Lev, nifedipina, reposo, valoración por perinatología

18:19

Presión 110/70, fc 74, fr 20, t 36.5°, fcf 140 y 136

20:31 (GO)

Gemelar mono/bi de 26.3 semanas, cuadro de APP y cambios cervicales mínimos, en el momento sin disponibilidad de ucin, se ordena inicio de trámite de remisión a red externa, se hospitaliza para vigilancia. Oxitocina (lapsus por nifedipina) 10 mg c/6 hr, laboratorio, ecografía

20:50 (GO)

Refiere que ha disminuido su dolor hipogástrico y que percibe movimientos fetales. En buen estado general, afebril, consciente, orientada, hidratada, útero grávido, no se perciben contracciones uterinas, fcf 140 y 138. Análisis: app con actividad uterina controlada parcialmente a la espera de aceptación de trámite de remisión.

21:57

Presión 120/70, fc 78, fr 19, t 36.1°

18/03/17

06:23

Presión 106/60, fc 78, fr 19, t 36.2°, fcf 140 y 144

07:00

Refiere estar bien, Presión 110/70, fc 74, fr 20, t 36.5°, fcf 140 y 136, tranquila, estable, afebril.

08:39 (GO)

Ocasional dolor pélvico, no pérdidas vaginales, percibe ms fs. Presión 100/60, fc 78, fr 17, afebril, cp normal, abdomen útero grávido, fcf 150 y 147, no actividad uterina en este momento, tv: cérvix posterior, largo, cerrado, no hay pérdidas vaginales. Hemograma: blancos 25680, N 92.8%, plaquetas 328000, hb 12.8, PO negativo, FFV negativo, VDRL NR. Análisis: se halla leucocitosis con neutrofilia, orina -, sin historia de fiebre u otros síntomas, no ha recibido dosis de esteroides para maduración pulmonar, se inicia esquema betametasona 12 mg cada 24 hr. SS hemograma y pcr control

09:30 (GO)

Se solicita eco tv, eco obstétrica con detalle anatómico, eco obstétrica con evaluación de circulación placentaria y fetal y perfil biofísico

11:19 (PERINATO)

Presión 108/75, fr 19, fc 81, t 36°, mucosas húmedas, cp normal, abdomen globoso por útero grávido, fcf 170 y 169, ms fs +. No actividad uterina, no TV. Análisis: emb gemelar 26.4 semanas con APP por actividad no confirmada sin cambios cervicales, con valoración ecográfica que evidencia 2 gemelos en cefálica, llama la atención ambos gemelos taquicárdicos, biometría para 24.5 y 2 semanas respectivamente



concordantes, con peso fetal > 800 gr, doppler feto placentario normales para ambos fetos, cervicometria 34 mm. Se conceptúa APP por actividad uterina sin cambios cervicales, llama la atención la hipersensibilidad uterina en el momento de la palpación y estudios ecográficos, leucocitosis 25000, neutrofilia 90% y taquicárdicos. Se sospecha corioamnionitis, se ordenan paraclínicos complementarios para estudio de otros focos infecciosos, de persistir leucocitosis, PCR + y taquicardia fetal se realizara punción amniótica para descartar corioamnionitis

12:49

Presión 110/70, fc 74, fr 20, t 36.5°, fcf 140 y 136

13:16

Presión 103/75, fc 78, fr 19, t 36.2°, fcf 135 y 132

18:31

Presión 115/70, fc 78, fr 19, t 36.2°, fcf 130 y 135

19:04 (ENF)

Se observa en estables condiciones generales, refiere estar bien, mucosas húmedas, buen patrón respiratorio, abdomen con útero grávido ms fs +, no actividad uterina, no sangrado vaginal.

19:45 (GO)

En el momento sin dolor pélvico, no amniorrea no sangrado, sin fiebre ni escalofríos, dice sentir los ms fs, leucocitosis, neutrofilia y fetos taquicárdicos, se sospecha corioamnionitis. Presión 110/70, fc 80, fr 16, afebril, útero grávido, fcf 160 y 156, ms fs +, no actividad uterina, tv se omite. Continua vigilancia materno fetal.

20:44

Presión 118/68, fc 68, fr 20, t 36°, fcf 145 y 146

19/03/17

06:00

Presión 110/68, fc 78, fr 19, t 36°, fcf 145 y 146

07:19

Se observa en estables condiciones generales, ms fs+, no actividad uterina, no perdidas vaginales. Presión 89/50, fc 78, fr 19, t 36.2°, fcf 134 y 140

09:22 (GO)

Dx: dolor abdominal a estudio, APP?, corioamnionitis??, embarazo gemelar mono/bi. Refiere persistencia y aumento del dolor abdominal, niega fiebre, ms fs +. Al examen en regular estado general, alerta, afebril, sin sdr, presión 97/52, fc 96, fr 20, mucosa oral hidratada, cp normal, abdomen blando, doloroso a la palpación de predominio en hemiabdomen derecho, blomberg +, útero grávido, ms fs +, fcf 147 y 126, actividad uterina -, no perdidas vaginales. Monitoria fetal categoría I sin actividad uterina. Análisis: cuadro de dolor abdominal a estudio de 3 días de evolución asociado a leucocitosis neutrofílica, no síntomas urinarios, no cambios cervicales, actualmente con signos de irritación peritoneal, se considera se debe descartar patología quirúrgica (apendicitis). Solicita valoración por cirugía general, nada vía oral, hemograma y PCR control



10:00 (ENF)

Paciente con orden de valoración por QX, se llama al Dr. y se le informa (manifiesta pasar ahora)

12:28

Presión 100/65, fc 78, fr 19, t 36.2°, fcf 132 y 138

12:59 (ENF)

Usuaría refiere tener mucho dolor, se observa álgida, adolorida, quejumbrosa, GO la valora quien realiza tacto quien informa que el cuello uterino está cerrado. P/valoración por QX para descartar una posible apendicitis

13:50 (QX)

Gemelar 26.5 semanas, remitida por APP, se administró maduración pulmonar, desde anoche intensificación del dolor en FID asociado a vomito. Paciente muy adolorida, mucosas húmedas, dolor a la palpación en FID, blumberg positivo, mc burney positivo, Rovsing negativo, extremidades bien perfundidas, ansiosa por dolor. Análisis: emb gemelar 26.5 sem, cursa con cuadro de apendicitis aguda, 3 días de evolución, se informa a la paciente necesidad de cirugía, posibles riesgos como trabajo de parto pretérmino, pérdida del embarazo, necesidad de reintervención, choque, sepsis y muerte. Formulan ampicilina sulbactam 3 gr c/6 hr, trasladar a cirugía para realización de apendicectomía.

14:08 (ENF)

Presión 120/70, fc 78, fr 20, t 36.2°, fcf 136 y 132

14:15 (ENF)

Por orden de QX se prepara para apendicectomía, se pasa sonda vesical y se traslada al servicio de cirugía

15:40 (ENF)

Ingresa a sala de cirugía

15:45 (ENF)

Anestesia realiza punción con spinocan # 27

15:50 (ENF)

Lavado de zona quirúrgica, se colocan campos

15:55 (ENF)

Inicia procedimiento quirúrgico

16:20 (ENF)

Cirujano decide realizar laparotomía

16:45 (ENF)

Se hace llamado a GO de turno, administran anestesia general e intuban

15:25 (ENF)

GO realiza ecografía sin complicaciones



17:50 (GO)

Paciente de 20 años con gemelar que fue trasladada a cirugía por abdomen agudo, encontrando peritonitis de los 4 cuadrantes, recibió anestesia regional en primera intervención con posterior cambio a general por complejidad de cirugía, se hace llamado para corroborar vitalidad de los fetos. Se hace subir eco a sala de cirugía, encontrando ambos fetos con fetocardia +, placenta normo inserta. Análisis: pronóstico de fetos reservado, se ha explicado alta probabilidad de pérdida. Sugiero Traslado Uci obstétrica por proceso séptico de origen abdominal, confirmar reserva UCIN, eco obstétrica mañana. Adiciono nifedipina 10 mg a tto

18:10 (ENF)

Termina procedimiento quirúrgico de apendicectomía + laparotomía

18:36 (QX)

Dx pre: apendicitis aguda, emb gemelar

Dx pos: ídem + peritonitis generalizada de 4 cuadrantes

Hallazgos: apéndice retroperitoneal perforada en su tercio medio con peritonitis generalizada de 4 cuadrantes, fetocardia + de ambos gemelos al momento del cierre.

Procedimiento: laparotomía exploratoria, apendicectomía, drenaje de peritonitis + lavado peritoneal

Plan: traslado a uci quirúrgica, seguimiento de bienestar materno fetal por GO

20:26 (QX)

Postoperatorio de LE+apendicectomía+drenaje de peritonitis+lavado peritoneal. Intraoperatorio se comprueba feto 1 cefálico vivo, feto 2 transverso vivo, placenta normo inserta. En regular estado general, cp normal, útero grávido, herida de laparotomía supra e infraumbilical sin sangrado ni secreción, drenes con producción serosa escasa, alerta orientada. Análisis: gemelar 26.5 sem, pop inmediato, ingresa a UCI para vigilancia de pop y bienestar fetal. Formulan morfina 3 mg c/4 hr

20/03/17

01:37 (QX)(UCI)

Pop inmediato, paciente en regular estado general, presión 97/54, fc 140, fr 20, sat 96%, cp normal, útero grávido, herida de LE sin sangrado ni secreción, drenaje con producción serosa escasa, sonda vesical a cistoflo, orina concentrada, alerta orientada.

Análisis: emb 26.5 semanas, pop de LE, continua en UCI, p/eco control. Bolo de 1000 cc de salino, luego a 150 cc hora

05:51 (QX)

Madre refiere salida de líquido en abundante cantidad por vagina y moco, dolores bajitos. Al examen en regular estado general, presión 127/78, fc 140, fr 20, sat 99%, cp normal, útero grávido, herida qxca sin sangrado ni secreción, drenaje seroso escaso, sonda a cistoflo. Probable ruptura de membranas, se inicia monitoria fetal asociado a dolor bajito, se avisa a GO de turno.

07:42 (QX)

Paciente que se encuentra desde las 5 am en fase activa de trabajo de parto, llamándose al GO de turno en múltiples ocasiones desde las 5 a las 7 am, presentando expulsivo a las 07:40 am, se informa a Ginecología a Pediatría quienes asisten a los 10 minutos del primer producto de la gestación viable llanto activo vigoroso, se traslada a UCIN, en presencia de ginecólogo y pediatras se asiste el segundo producto de la gestación



el cual nace hipotónico, continua asistencia por los servicios de GO y NEONATOLOGIA. Paciente estable, escaso sangrado, presión 113/78, fc 114, sat 97%, fr 30, cp normal con discreto aumento del trabajo respiratorio, taquipneica, buena saturación, trastorno de la oxigenación, PO2 86, pafi 172, con alcalosis respiratoria compensatorio Pco2 29. Acidosis metabólica, compensada, EB -8, bicarbonato 16. Diuresis 840, GU 1.3, balance +1620, creatinina 0.4, bun 16. Análisis: postparto inmediato, sepsis de origen abdominal, peritonitis de 4 cuadrantes, apache II de 6, Go decidió pasar a revisión postparto, reanimación postoperatorio, paraclínicos de control en 6 hr.

Nada vía oral, fio2 33%, registro de partograma con vigilancia de sangrado cada 15 min las primeras 4 hrs, cada media hora las siguientes 24 hr, oxitocina 1 amp en bolo, y 2 ampollas en 500 de Hartman pasar a 21 cc, paraclínicos de control, se insiste en necesidad de rx de tx, seguimiento por GO

08:56 (GO)

Se recibe llamado de UCI, informando que desde las 05:30 esta con salida de líquido por vagina e inicio de dolores de parto, al recibir la información se llama a UCIN para confirmar reserva de cama, para intervención quirúrgica, con respuesta de que no hay disponibilidad, en ese momento se pasan 2 pacientes a quirófano por estado fetal no satisfactorio y parto con presencia de meconio por lo que no se logra acudir al llamado inmediato. En cama de UCI QX paciente alerta con actividad uterina regular, dilatación de 10 cm, B 100%, primer feto en cefálica. No complicaciones en atención del parto. Ringer + 20 UI oxitocina a 100 cc/hr, oxitocina 10 UI IM intraparto, vigilar tono uterino y sangrado genital, preparar para revisión uterina bajo anestesia.

09:22 (GO)

Se recibe llamado de UCI, informando que desde las 05:30 esta con salida de líquido por vagina e inicio de dolores de parto, al recibir la información se llama a UCIN para confirmar reserva de cama, para intervención quirúrgica, con respuesta de que no hay disponibilidad, en ese momento se pasan 2 pacientes a quirófano por estado fetal no satisfactorio y parto con presencia de meconio por lo que no se logra acudir al llamado inmediato. En cama de UCI QX paciente alerta con actividad uterina regular, dilatación de 10 cm, B 100%, a las 08:20 se recibe primer feto masculino, apgar 4-6-8 en cefálica, peso 900 gr, talla 36, pinzamiento diferido del cordón, a las 08:30 segundo feto, masculino, en cefálica, Apgar 2-4-6, peso 750 gr, talla 35. Pediatra recibe y apoya reanimación de ambos fetos. Alumbramiento activo de placenta a los 10 minutos, completa, cordón 3 vasos, liquido claro eutérmico, canal del parto sin lesiones, útero tónico, no sangrado activo. No complicaciones en atención del parto. Ringer + 20 UI oxitocina a 100 cc/hr, oxitocina 10 UI IM intraparto, vigilar tono uterino y sangrado genital, preparar para revisión uterina bajo anestesia.

10:48 (GO)

Revisión uterina bajo anestesia general, útero aumentado de tamaño bien contraído, cérvix abierto, no sangrado activo, restos placentarios escasos, cavidad uterina eutérmica, no complicaciones. Traslado a UCI QX. Solicitud de estudio patológico de placenta

13:51 (QX)

Estable, tranquila, dolor controlado, presión 120/80, fc 80, fr 30, sat 97%, taquipneica, buena saturación, sin agregados pulmonares, hda qxca cubierta con escasa secreción en ángulo inferior, blando, doloroso a la palpación. Análisis: post parto inmediato de



gemelar pretérmino, sepsis de origen abdominal, peritonitis, apache II de 6, se mantiene vigilancia, reanimación del postoperatorio.

21/03/17

00:08 (QX)

Paciente estable, presión 99/61, fc 109, sat 975, glu 89, mejoría de taquipnea, balance +919, buen gasto urinario, herida cubierta, buen control del dolor, escaso sangrado genital. Evolución pop adecuada.

09:01 (GO)

Dolor en sitio operatorio tolerable, sangrado por vagina escaso, no fiebre, tolera VO, presión 112/63, fc 115, fr 20, abdomen blando, depresible, hda qxca sin signos inflamatorios, peristaltismo +. Lab: leucos 21660, N 88.3%, hb 11.1, plaquetas 314000, pcr 198, ionograma y función renal normales. Taquicárdica con marcadores inflamatorios en ascenso, cubierta con ampicilina sulbactam, sugiero escalar a piperacilina tazobactam. Suspender oxitocina y nifedipina.

09:22 (UCI)

Regular estado general, presión 97/60, fc 103, fr 24, t 36°, sat 99%, glucos 183/69/90/89/98, gasto urinario adecuado, mucosa oral seca, conjuntivas hipocrómicas, cp normal, abdomen blando, depresible, hda qxca limpia, dren con escasa secreción, loquios escasos no fétidos, no edemas. Análisis: paciente pop de LE por apéndice perforada con peritonitis, complicación de parto gemelar pretérmino con posterior revisión uterina. Sigue en vigilancia clínica, alto riesgo de complicaciones. Dieta líquida, hemocultivos #2, suspender morfina y nifedipina, ampicilina sulbactam igual, lactato ringer 50 cc/hr, manejo conjunto con GO

19:00 (UCI)

Regular estado general, presión 100/60, fc 105, fr 24, t 36°, sat 99%. Con evolución estacionaria sin registros de fiebre, taquicárdica. Se adiciona enoxaparina 40 mg c/24 hr. Laboratorios de control

22:53 (UCI)

Regular estado general, presión 100/65, fc 97, fr 22, t 36°, sat 99%, mucosas secas, resto de examen sin cambios. Análisis: aceptables condiciones, evoluciona bien

22/03/17

08:27 (GO)

Refiere estar mejor, tolera el dolor, orina normal, deambula, presión 114/70, fc 96, fr 20, afebril, resto de examen normal. Laboratorio: leucos 13200, N 84%, hb 10.5, plaquetas 345000, PCR 184. Mejoría de línea blanca, modulando signos de respuesta inflamatoria.

09:12(UCI)

4to día pop. Examen físico estable, laboratorio con modulación de respuesta inflamatoria. Retiro sonda vesical, manejo en hospitalización por GO y QX. Valoración por psicología. Deambular.

09:37 (infectología)

Recomienda amikacina 1 gr c/24 hr. Tomar hemograma mañana para definir posible retiro de terapia antimicrobiana.



18:14

Presión 113/76, fc 87, fr 20, t 36.5°

19:18 (QX)

Adecuada evolución del pop, sin soportes, tolerando dieta líquida. P/ traslado al piso

23/03/17

06:00

Presión 116/83, fc 87, fr 18, t 36°

10:25 (GO)

Paciente en aceptables condiciones, afebril, hidratada, tolerando vía oral, sin dolor. Presión 118/75, fc 19, fc 88, útero tónico, hda qxca limpia, loquios escasos no fétidos. Análisis: resolución de proceso infeccioso.

Suspender enoxaparina, continua antibióticos, p/hemocultivos, manejo conjunto por QX e infectología

10:44 (Infectología)

Control de hemograma muestra resolución de leucocitosis, asintomática, infección intraabdominal resuelta. Recomienda retiro de terapia antimicrobiana.

11:53 (QX)

Paciente con evolución adecuada, se moviliza el dren sin complicaciones. Si continua evolución adecuada mañana egreso

Suspender amikacina, cuidados del dren, acetaminofén 1 gr c/8 hr

24/03/17

09:15(GO)

Aceptables condiciones. Refiere sentirse bien. 5to día de ampicilina sulbactam

Estimular lactancia materna cada 2 hr, vigilar involución uterina y sangrado genital, cuidados de dren

12:23 (PSI)

Refiere sentirse bien, en proceso de duelo y aceptación por pérdida de uno de los gemelos, se realiza acompañamiento psicológico por pérdidas y duelo.

25/03/17

09:33 (GO)

Aceptables condiciones. Refiere sentirse bien. 6to día de ampicilina sulbactam

Estimular lactancia materna cada 2 hr, vigilar involución uterina y sangrado genital, cuidados de dren

10:07 (QX)

Buena evolución clínica, dren con secreción escasa, se ordena su retiro.

26/03/17

08:08(GO)

Buena evolución, reporte de hemocultivo #2 negativo a las 72 hr

Alta por GO, continua por QX e infectología



11:32 (QX)

Día 7mo pop, sin sirs, se considera dar salida en la tarde luego de ultima dosis de antibiótico, control en 10 días con QX

Anexan documentación de otra atención obstétrica el 30 de junio de 2020, en el contexto de pandemia por Covid, con gestación a término (40.3 semanas), con dx de sífilis gestacional y sospecha de macrosomía, atendida en Orito, sale en remisión para Clínica Putumayo Puerto Asís

## **CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL**

La paciente que nos ocupa es una primigestante con una gestación de alto riesgo determinado por ser una gestación gemelar y haber iniciado los controles prenatales tardíamente y de manera insuficiente para lo que se recomienda en las guías (un control prenatal cada mes)

Igualmente no se cumplió con lo recomendado en las guías que dichas gestaciones deben ser supervisadas al igual que su parto por un especialista en ginecología y obstetricia. Habría que considerar las condiciones de tiempo y lugar para determinar la factibilidad de cumplimiento de esta recomendación.

El día 16/03 inicia con un cuadro de dolor pélvico, referido como contracción uterina, sin embargo, es difícil determinar e identificar a esta edad gestacional si hay o no contracciones del útero, por lo tanto es pertinente en una gestación y más gemelar considerar como primera posibilidad diagnóstica la de una amenaza de parto prematuro.

En consecuencia con el diagnostico, las recomendaciones de las guías son realizar uteroinhibición durante 72 horas, las cuales deben ser aprovechadas para realizar la maduración fetal con esteroides, ante la eventualidad de un posible nacimiento prematuro. Dichas recomendaciones fueron aplicadas, aunque no hay claridad del momento en que se realizaron según las notas clínicas.

Igualmente en estos casos, ante el riesgo que conllevaba la condición, de que se presentara un parto prematuro, debía procederse a la remisión a un centro de mayor complejidad donde se contara con lo necesario para la atención de los prematuros en caso de que se diera el parto. Actuación que también fue llevada a cabo.

Si no hay claridad respecto a por qué, sin haber cambios cervicales, no se consideraron inicialmente otras posibilidades diagnósticas (diagnósticos diferenciales) como los son las patologías urinarias y gastrointestinales que también presentan estos síntomas

La apendicitis aguda es el padecimiento quirúrgico no obstétrico, más común durante el embarazo. Se estima en 1 por cada 1500 embarazos, aunque hay reportes que refieren hasta 1 por cada 6,600 lo que representa 0.05% a 0.07% (aunque hay datos que la estiman entre 0.1 y 1.4 por cada 1000 embarazos). Es más frecuente en el segundo trimestre.



La pérdida fetal independientemente del trimestre en el que se encuentre se presenta en 3-5% en las pacientes con apendicitis no perforada y puede elevarse hasta 20% cuando se ha roto el órgano.

En el segundo trimestre condiciona parto pretérmino hasta en 11%.

La náusea, vómito y anorexia, frecuentes durante el cuadro de apendicitis aguda, son también, manifestaciones habituales del embarazo sobre todo durante el primero y segundo trimestre. La fiebre y la taquicardia se presentan en cuadros apendiculares complicados con perforación o absceso apendicular aunque en algunos casos pueden estar ausentes, Por lo anterior, el dolor del cuadrante derecho es el signo más confiable en el diagnóstico de apendicitis y embarazo sin embargo está presente solo en 57% de los casos. Sin embargo las modificaciones anatómicas ocasionadas por el embarazo pueden alterar estos síntomas o hacerlos interpretar de manera equivocada.

La leucocitosis suele estar presente de manera normal en el embarazo llegando a niveles hasta 16 mil leucocitos o más durante el parto, por lo que no es considerada como específica; la presencia de neutrofilia y bandas que acompañan a la leucocitosis en niveles hasta por arriba de 16 mil cel/ml puede hacernos sospechar del diagnóstico pero no es confirmatorio del mismo. Lo que, si llama la atención, fue el no considerar otras alteraciones diferentes a las del embarazo como causantes de un cuadro de dolor pélvico sin cambios cervicales, con leucocitosis y neutrofilia marcada y con examen de orina normal.

La elevación de los niveles de proteína C reactiva tampoco es específica para diagnóstico de apendicitis; sin embargo, se han encontrado niveles por arriba de 55mg/l en pacientes con apendicitis perforada, sin embargo, no se contó con dicho examen de forma inicial.

La ultrasonografía tiene una sensibilidad de 86% para el diagnóstico de apendicitis aguda, por seguridad es el método ideal para utilizar en la paciente embarazada principalmente durante el primero y segundo trimestre aunque se limita durante el tercer trimestre por el crecimiento uterino. Sin embargo, se desconocen los motivos por los que no se recurrió a dicho examen (¿disponibilidad o no considerar otros diagnósticos como probables?) ante un cuadro de dolor pélvico abdominal no claro y con reactantes elevados (leucocitosis, neutrofilia).

Si el cuadro clínico es dudoso y la gestación es mayor de 20 semanas, se puede realizar tomografía computarizada helicoidal como método diagnóstico, sin embargo se requiere primero la sospecha diagnóstica y segundo la disponibilidad del recurso en su momento.

El diagnóstico correcto de apendicitis aguda durante la gestación representa un gran desafío, puesto que los signos y síntomas pueden variar dependiendo del trimestre en el cual se presenta la enfermedad, requiere un alto nivel de sospecha y destreza clínica y no confiar solamente en los signos clásicos y pruebas diagnósticas.



En el caso de la paciente embarazada, los vómitos son referidos por el 70% de las mujeres y las náuseas por hasta el 85%, pero estos problemas son comunes para todas las mujeres en estado gestante sin sospecha de apendicitis aguda, especialmente aquellas que se encuentran en el primer trimestre, por lo que estos síntomas se tornan inespecíficos para un diagnóstico certero de apendicitis en el embarazo. La fiebre puede estar presente en el 50% de los casos.

Entre los hallazgos al examen físico, el abdomen puede presentar sensibilidad a la palpación sobre el lado derecho, y puede haber signos de defensa muscular o rigidez ya descritos. Sin embargo, es de vital importancia recordar que el apéndice y el ciego se encuentran desplazados hacia arriba debido al útero grávido y, por lo tanto, el dolor referido sobre el punto de McBurney puede estar ausente o disminuido. Además, debido a esta mayor distancia entre la pared abdominal y el apéndice inflamado, los signos de Rovsing y Psoas pueden estar disminuidos y no son clínicamente significativos. Un estudio retrospectivo de 900 pacientes con apendicitis en el embarazo indicó que el 96% se presentaron con dolor abdominal, el 75 a 78% en el cuadrante inferior derecho (más común) y un 20% con dolor en el cuadrante superior derecho.

La sola condición del embarazo no aumenta el riesgo de padecer apendicitis aguda, incluso hay reportes que sugieren un posible efecto protector del embarazo para padecer esta enfermedad. Sin embargo, la no sospecha de esta enfermedad, así como el retraso en su diagnóstico, por las modificaciones fisiológicas y anatómicas presentes durante la gestación, tales como náusea, leucocitosis y desplazamiento progresivo del apéndice hacia una posición más cefálica, hacen que este grupo de pacientes esté expuesto a sufrir un mayor índice de complicaciones, tales como perforación, infección y trabajo de parto pretérmino y en algunas ocasiones la pérdida del embarazo, incluso la muerte materna y fetal.

Desafortunadamente el dolor de la paciente no se ubicó inicialmente en la región más común de un cuadro de apendicitis, lo que hace difícil su interpretación y los otros síntomas o no se presentaron o aparecieron tardíamente cuando la complicación de la perforación ya se encontraba instaurada.

Dada la gran laxitud de la pared abdominal conforme el útero aumenta de tamaño, y separa esta de los otros órganos abdominales, es difícil encontrar una contractura manifiesta o una hipersensibilidad de rebote de manera clásica, sobre todo si el apéndice se encuentra por detrás del útero grávido o en posición retrocecal.

Encontrarlas dependerá en gran medida de la experiencia del examinador y de la sospecha del diagnóstico, así como del tiempo de evolución del cuadro clínico. Esto ha llevado a algunos autores como Bailey y otros a plantear que la hipersensibilidad de rebote y contractura no sean específicos, así como en la serie de Weingold no se detectaron defensa ni dolor a la descompresión en más de la mitad de los casos de apendicitis durante el tercer trimestre. Aunque también refieren un gran porcentaje de apéndices normales en la laparotomía. Lo que a su vez ha llevado a ser cautos con la conducta quirúrgica en pacientes embarazadas, sobre todo por las implicaciones que puede tener un procedimiento quirúrgico para el embarazo.



El diagnóstico diferencial de la apendicitis en una embarazada hay que realizarlo con: pielonefritis, cólico renal por litiasis, absceso tubo ovárico, colecistitis aguda, inflamación pélvica, neumonía de base derecha, embarazo ectópico, abrupcio placentae, síndrome del ligamento ancho, síndrome de la vena ovárica derecha, torsión de un anexo, pancreatitis aguda, síndrome oclusivo, infarto de tumores anexiales.

En ocasiones en las apendicitis supuradas o perforadas se producen contracciones uterinas que nos pueden confundir con el trabajo de parto, por lo que debe explorarse el cuello del útero.

**En resumen**, el diagnóstico es difícil y puede pasar inadvertido muchas veces y con ello se pierde la oportunidad y momento óptimo para el tratamiento quirúrgico.

Dentro de las complicaciones se encuentran: plastrón apendicular, Absceso localizado, Peritonitis difusa, Pileflebitis, Aborto, Parto pretérmino, Muerte fetal, Muerte materna.

El tratamiento definitivo para la apendicitis aguda es la apendicectomía, ya sea abierta o laparoscópica, asociado a la administración de antibióticos profilácticos de amplio espectro. Esta patología debe ser abordada de forma oportuna, ya que el retraso en su manejo se asocia con resultados adversos, tanto maternos como fetales, los cuales desafortunadamente se presentaron en este caso, dada la dificultad por diferentes motivos, para llegar a un diagnóstico con mayor antelación, para lo cual se requiere un alto grado de sospecha.

## RESPUESTAS A CUESTIONARIOS PROPUESTOS

### JUZGADO DE OFICIO:

- 1. Teniendo en cuenta que la señora Luz Femanda Ayerve Tierradentro fue diagnosticada con un embarazo de alto riesgo y al ingresar a la entidad de salud (16 de marzo de 2017) con fuertes dolores e hinchazón, ¿cuál era el protocolo a seguir por parte de los profesionales de la salud? ¿Qué medicamentos, exámenes o procedimientos debían adelantar?*

**RESPUESTA:** determinar la causa de dichos dolores. Si se presentan cambios cervicales los cuales se determinan idealmente por cervicometría (ecografía realizada por vía vaginal para determinar el acortamiento y dilatación del cuello uterino) o en su defecto por exploración vaginal digital, se debe considerar el diagnóstico de amenaza de parto prematuro. En caso de no encontrar cambios en el cuello, se deben descartar principalmente patologías urinarias y gastrointestinales, para lo cual se debe recurrir a estudios diagnósticos de laboratorio e imágenes (hemograma, proteína C reactiva, uroanálisis con urocultivo, ecografía abdominal/pélvica y de vías urinarias) para determinar la posible causa y actuar en consecuencia. El uso de analgésicos hay que efectuarlo con cuidado, pues puede enmascarar los síntomas y retardar el diagnóstico de patologías importantes. En cuanto a la clínica, la aparición de algunos síntomas como fiebre, vomito, diarrea, cambios en la orina o síntomas



urinarios pueden ayudar al enfoque, aunque estos pueden ser modificados por el estado de gestación

2. *Debido a su estado de embarazo y el diagnóstico que la señora Luz Fernanda Ayerve Tierradentro presentaba al momento de ingresar a Hospital Orito ESE ¿era posible determinar que se trataba de una apendicitis o por el contrario que se trataba de una complicación propia de su embarazo? ¿por parte del personal médico era posible realizar un diagnóstico temprano? ¿Qué exámenes y valoraciones permiten determinar ese tipo de patología de manera precisa?*

**RESPUESTA:** debe estar dentro de las consideraciones diagnósticas. En la etapa temprana cuando se presentó al hospital era difícil realizar el diagnóstico. La realización de las ayudas diagnósticas (hemograma, ecografía, uroanálisis, proteína c reactiva) sumado a la sospecha diagnóstica podrían ayudar a la determinación del diagnóstico.

3. *Atendiendo al estado de embarazo de la señora Luz Fernanda Ayerve Tierradentro y frente a la situación presentada (ruptura de apéndice) ¿cuál era el tratamiento a seguir y qué medicamentos eran los que se debían suministrar?*

**RESPUESTA:** tratamiento quirúrgico, cubrimiento con antibióticos y antiinflamatorios, sumado a medidas tendientes a evitar complicaciones de este tratamiento para el embarazo (ruptura de membranas, parto pretérmino) como son el uso de sulfato de magnesio y nifedipina.

4. *Los servicios, exámenes y valoraciones prestados a la señora Luz Fernanda Ayerve Tierradentro por parte del Hospital Orito ESE y luego por la Clínica UROS S.A. fueron los idóneos y adecuados de acuerdo con la sintomatología que presentaba?*

**RESPUESTA:** fueron los que se deben realizar, salvo por la no realización de estudios de imágenes a nivel pélvico y abdominal que no fueron realizados (diferentes a los que se realizan para valorar el embarazo) como son una ecografía pélvica y abdominal y de vías urinarias.

5. *¿Fue correcto el diagnóstico suministrado por Hospital Orito ESE y luego por la Clínica UROS S.A., teniendo en cuenta las condiciones de salud en las que se encontraba la señora Luz Fernanda Ayerve Tierradentro?*

**RESPUESTA:** el diagnóstico inicial era pertinente tratándose de un embarazo y gemelar, pero no se puede olvidar que existen otras patologías que establecen los denominados diagnósticos diferenciales, entre los que se encuentran las patologías intestinales y de vías urinarias. Al no presentarse cambios cervicales había que considerar otros diagnósticos ya que no se cumplía con los criterios establecidos para considerar una amenaza de parto pretérmino.

## PARTE DEMANDANTE

1. *Estado de salud de la señora LUZ FERNANDA AYERVE TIERRADENTRO al momento en que fue atendido por primera vez por un médico.*



**RESPUESTA:** primigestante, amenorrea de 18 semanas, alto riesgo obstétrico, embarazo gemelar (esto en el primer control prenatal). En el episodio que nos ocupa: Dolor tipo contracción, primi, cuadro de 6 hr de dolor tipo contracción, ms fs +, no perdidas vaginales, acude ya que el dolor se ha intensificado y es más frecuente. Controles prenatales 2, 26 semanas por eco tardía del 14/02 con 22 semanas. Fc 108, fr 22, t 36°, presión 110/80, álgida, ansiosa, útero grávido, altura uterina 28, fcf 150 y 161, cuello posterior, oci cerrado

*Intervenciones médicas, hospitalarias realizadas a la señora LUZ FERNANDA AYERVE TIERRADENTRO en cada centro médico?*

**RESPUESTA:** maduración pulmonar y remisión a un centro médico de mayor complejidad. En el centro de mayor complejidad, nifedipina como uteroinhibidor e intento de remisión a un centro médico que contara con unidad intensiva neonatal disponible, posteriormente estudios de laboratorio clínico y ecografía obstétrica, luego intervención quirúrgica del apéndice, luego atención del parto y manejo de los recién nacidos prematuros

2. *Indicar cuál fue el diagnostico efectuado a la señora LUZ FERNANDA AYERVE TIERRADENTRO durante su hospitalización y cuál fue el tratamiento suministrado a la misma en cada centro médico?*

**RESPUESTA:** primero: embarazo doble y amenaza de parto pretérmino, luego apendicitis con peritonitis. Los tratamientos ya fueron relacionados en la respuesta anterior. Uteroinhibición con nifedipina, maduración pulmonar, valoración fetal ecográfica, manejo quirúrgico, antibióticos y analgésicos, atención del parto.

3. *¿De acuerdo al proceso de embarazo que llevaba la señora LUZ FERNANDA AYERVE TIERRADENTRO hasta el día 16 de marzo de 2017 ultima ecografía tomada se puede considerar normal?*

**RESPUESTA:** era de alto riesgo por ser un embarazo múltiple, pero dentro de lo informado, de evolución normal.

4. *¿Indicar si al momento en que la señora LUZ FERNANDA AYERVE TIERRADENTRO acude el 16 de marzo de 2017 al Hospital Orito por presentar falso trabajo de parto, se podía haber dejado en observación y realizarle los exámenes médicos o monitoreos de rigor con el fin de mitigar cualquier eventualidad que se llegara a presentar con sus bebés?*

**RESPUESTA:** debía ser remitida a un centro de mayor complejidad por el riesgo de un parto prematuro, obviamente acompañado de los estudios tendientes a determinar la causa del cuadro clínico presentado, esto dentro de las posibilidades del centro médico.

5. *¿Indicar si con un examen médico oportuno se podía detectar alguna anomalía presentada en los bebés de la señora LUZ FERNANDA AYERVE TIERRADENTRO?*



**RESPUESTA:** la valoración fetal en sus diferentes formas es la única que permite establecer si hay compromiso en ellos, esta valoración se dificulta dada la edad gestacional temprana y la condición de embarazo gemelar, pero en efecto en su momento se detectó la presencia de una taquicardia fetal en ellos, acá no se puede hablar de oportunidad, pues el compromiso fetal apareció cuando se presentaba ya el compromiso materno por la peritonitis asociada a la apendicitis.

6. *¿Se puede afirmar que hubo retraso en el diagnóstico y la atención en el presente caso para el manejo de complicaciones graves, según protocolos y guías de atención para la salud maternofetal*

**RESPUESTA:** con el cuadro presentado de dolor pélvico no asociado a cambios cervicales, se debía proceder a buscar otras causas que explicaran el cuadro clínico, dicha búsqueda si presento algo de retraso, puesto que si bien se ordenaron los paraclínicos el 17/03 a las 12:04, solo se contó con los resultados (al menos consignados en la historia) hasta el 18/03 a las 08:39. Igualmente una vez establecidos estos resultados no se tomó inmediatamente la conducta de considerar otras posibilidades diagnósticas diferentes a la corioamnionitis.

7. *Indicar cuál sería el tratamiento adecuado que se podía haber hecho para evitar la muerte prematura de sus bebés gemelos IHONATAN AYERVE TIERRADENTYRO y IAN JOSUE AYERVE TIERRADENTRO.*

**RESPUESTA:** una identificación más temprana de la apendicitis hubiese podido evitar la perforación de este con la aparición de peritonitis y a su vez reducido el riesgo de parto prematuro como posible causa de la muerte de los bebés, sin embargo, cabe anotar que el embarazo es una condición que dificulta y retrasa este diagnóstico y que, aunque sea identificado y tratado, la patología en sí y el tratamiento quirúrgico necesario para su manejo, también podrían haber causado el parto prematuro.

8. *Se puede afirmar que con una intervención quirúrgica oportuna de cesárea se podía haber recuperado las condiciones de salud de sus menores gemelos.*

**RESPUESTA:** no, por lo mencionado en la respuesta anterior.

9. *El diagnostico efectuado inicialmente como falso trabajo de parto con apendicitis hizo que presentara peritonitis y ocasionara afectación en los neonatos*

**RESPUESTA:** el diagnóstico no, la no identificación de la apendicitis por un cuadro que no era de fácil diagnóstico llevó a la perforación del apéndice con presentación de peritonitis y esto obviamente ocasiona un riesgo alto de pérdida fetal, sumado al riesgo implícito de pérdida fetal que genera cualquier intervención quirúrgica en el abdomen y pelvis durante la gestación.



10. *Se puede considerar que hubo error en el diagnóstico médico y tardanza en la atención médica de la señora LUZ FERNANDA AYERVE TIERRADENTRO y sus neonatos.*

**RESPUESTA:** error no, omisión en los posibles diagnósticos diferenciales que tiene un cuadro de dolor pélvico, que a su vez se dificultan en algunas ocasiones por la presencia concomitante de una gestación, además gemelar. Retraso en la consecución de resultados paraclínicos sí, pues estos determinaban la presencia de una respuesta inflamatoria que había que esclarecer

11. *Las demás que se considera pertinentes.*

**RESPUESTA:** establecidos en la correlación médico legal y conclusión pericial.

## CONCLUSIÓN PERICIAL

Se trata de una paciente de alto riesgo por su condición de primigestante, embarazo gemelar y falta de controles prenatales adecuados, situaciones estas que no tienen ninguna injerencia en el caso que nos ocupa.

Presenta un cuadro de dolor pélvico abdominal, que en el contexto de la paciente hacia presumir como primera posibilidad el de una amenaza de parto prematuro, diagnóstico que se adoptó como objetivo de manejo y que fue realizado de acuerdo con lo que las guías establecen en estos casos.

Sin embargo, ante la no presencia de cambios cervicales, habría que considerar otras posibilidades diagnósticas, para lo que había que recurrir a ayudas de laboratorio e imágenes, ya que el embarazo entorpece la evolución clínica de otras condiciones, lo que dificulta su diagnóstico.

Desafortunadamente, aunque se recurrió a los paraclínicos, estos fueron reportados con cierta demora (habría que determinar la agilidad con la que se procesan estos exámenes en el sitio de atención) y además una vez conocidos no hubo una búsqueda activa de condiciones que explicaran las alteraciones presentadas (leucocitosis, neutrofilia).

Una vez el cuadro evolucionó como consecuencia de la complicación de la perforación apendicular con la consabida peritonitis, este se tornó más claro en lo que respecta al posible origen de la sintomatología y se actuó en consecuencia con el diagnóstico de apendicitis y de acuerdo con lo que determinan las guías para estos casos, sin embargo allí también se presentó una demora adicional que se desconoce si se dio por cuestiones administrativas (disponibilidad del recurso) o médicas.

Esta complicación tuvo como consecuencia la posterior ruptura de membranas y parto prematuro de los gemelos, con la concretización del riesgo alto de estos casos como lo es la muerte de ambos por prematuridad extrema.



Lo que no es posible determinar es si un diagnóstico más temprano de la condición con su respectivo manejo (cirugía y antibióticos) hubiese cambiado el curso de la gestación, pues es sabido que la sola apendicitis sin perforación también podría ocasionar el resultado gestacional que se presentó.

Se estable entonces una pérdida de oportunidad que nos establece incertidumbre para un resultado favorable.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Salvador Flores-Ramírez, José Luis Flores-Morales, Adolfo Fuentes-Rivas Apendicitis durante el embarazo. Experiencia en el Hospital General Toluca Dr. Nicolás San Juan. Cir. gen vol.33 no.4 Ciudad de México oct./dic. 2011

Wilson Laffita Labañino, William Jiménez Reyes. Apendicitis aguda en el embarazo Rev. Cubana Obstet Ginecol v.37 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2011

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda. Instituto mexicano del seguro social. 2009

Dra. Valeria Garro Urbina, Dra. Mónica Thuel Gutiérrez. Apendicitis en el embarazo. Revista Médica Sinergia. Vol. 5 Núm. 7. Julio 2020

Con toda atención,

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

**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 Maria 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 Miguel Antonio Lerech Portacio	Ginecología y Obstetricia
91.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2021-0324- J2CC/ Solicitado por Juana Carolina Pernía Osorio	Ginecología y Obstetricia
92.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Brilly Jhohana Ruales Sanchez/ Solicitado por María Alexandra Franco Mera	Ginecología y Obstetricia
93.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Paola Alejandra Alcaraz Cano / Solicitado por Yuliana Correa Oquendo	Ginecología y Obstetricia
94.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-00559-00 / Solicitado por Juzgado Octavo Administrativo del Circuito de Montería	Ginecología y Obstetricia
95.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Bibiana Marcela Castañeda (Q.E.P.D) / Solicitado por Juan Diego Sánchez Arbeláez	Ginecología y Obstetricia
96.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Deiscy Natalia Gomez Yepes / Solicitado por Dawrin Fernando Escobar Rincón	Ginecología y Obstetricia
97.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Carolina Cortés Castaño (Q.E.P.D) / Solicitado por Leidwar Quinto Mosquera	Ginecología y Obstetricia
98.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Luz Dary Sotto Carvajal / Solicitado por Luz Dary Sotto Carvajal	Ginecología y Obstetricia
99.	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2024-00047-00 / Solicitado por Julio Cesar Yepes Restrepo – Clínica las Américas	Ginecología y Obstetricia



<b>100.</b>	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2023-00381-00 / Solicitado por Alberto León Duque Osorio	Ginecología y Obstetricia
<b>101.</b>	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Claudia Milena Clavijo Camargo / Solicitado por Juan Carlos Gaviria Gómez	Ginecología y Obstetricia
<b>102.</b>	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Caso Camila Andrea Saavedra Cañon / Solicitado por Preciado & Olivos Abogados Consultores	Ginecología y Obstetricia
<b>103.</b>	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2022-00129-00 / Solicitado por Juzgado Segundo Administrativo de Pasto	Ginecología y Obstetricia
<b>104.</b>	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-00622-00 / Solicitado por Juzgado Veintiuno (21) Administrativo del Circuito de Cali	Ginecología y Obstetricia
<b>105.</b>	2024	JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2019-00282-00/ Solicitado por Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Mocoa	Ginecología y Obstetricia

**CENDES**  
Centro de Estudios en Derecho y Salud



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. 71.675.646 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 1989

*Hernán C...*  
RECTOR DEL INSTITUTO

*...*  
SECRETARIO GENERAL



*...*  
DECANO DE LA FACULTAD

COLOMBIA  
29 de Diciembre de 1989



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° 77879.848 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*

*Ariauel*  
RECTOR DEL INSTITUTO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MEDICINA

DECANO FACULTAD DE MEDICINA

Gloria M<sup>o</sup> Vargas  
JEFE DE POST-GRADO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CES



*Luisa Adelaida Rueda*  
SECRETARIA  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CES

REGISTRO DE LA CIENCIA N° 11154  
del 4 de Agosto de 1994



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



# CES

*Un Compromiso con la Excelencia*

*Personería Jurídica 10254 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: Beatriz E. Sierra