
RV: 2024-00095 APORTO DICTAMEN PERICIAL

Desde Juzgado 01 Civil Circuito - Antioquia - Rionegro <rioj01cctoj@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Fecha Mar 21/01/2025 14:45

Para Oficina Reparto Centro Servicios Judiciales - Antioquia - Rionegro <csarionegro@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC Notificaciones <notificaciones@prietopelaez.com>

 2 archivos adjuntos (839 KB)

2024-00095 APORTO DICTAMEN PERICIAL.pdf; DICTAMEN 2024-0095.pdf;

Cordial Saludo,

Me permito remitir memorial para radicar en el proceso 2024-00095.

Cordialmente,

Lady Magali Martínez H.

Escribiente



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Primero Civil del Circuito

rioj01cctoj@cendoj.ramajudicial.gov.co

Teléfono: +57-4 561 13 79

Cra. 47 60 - 50 Palacio de Justicia José Hernández Arbeláez
Rionegro-Antioquia

De: Notificaciones <notificaciones@prietopelaez.com>

Enviado: martes, 21 de enero de 2025 13:45

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Antioquia - Rionegro <rioj01cctoj@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: ferney antonio jaramillo jaramillo <acafajj@hotmail.com>

Asunto: 2024-00095 APORTO DICTAMEN PERICIAL

Señores,

JUZGADO 01 CIVIL DEL CIRCUITO DE RIONEGRO ANTIOQUIA

E.S.D.

PROCESO : VERBAL
DEMANDANTE : AURA CRISTINA MONTOYA Y OTROS
DEMANDADOS : CLÍNICA SOMER Y OTROS
RADICADO No : 2024-00095

ASUNTO: APORTO DICTAMEN PERICIAL

JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ, Abogado con Tarjeta Profesional No. 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura e identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.787.721 de Medellín, en mi calidad de apoderado judicial de la CLÍNICA SOMER por medio del presente escrito, me permito aportar lo siguiente:

Adjunto memorial en PDF y DICTAMEN PERICIAL

Atentamente,

JUAN RICARDO PRIETO PELAEZ
PRIETO PELAEZ ABOGADOS S.A.S.
Calle 4 sur # 43 A 195 Of. 216
PBX: (4) 305 50 04 - Medellín - Colombia

Medellín, 21 de enero de 2025

Señores,

JUZGADO 01 CIVIL DEL CIRCUITO DE RIONEGRO ANTIOQUIA
E.S.D.

PROCESO : VERBAL
DEMANDANTE : AURA CRISTINA MONTOYA Y OTROS
DEMANDADOS : CLÍNICA SOMER Y OTROS
RADICADO No : 2024-00095

ASUNTO: APORTO DICTAMEN PERICIAL

JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ, Abogado con Tarjeta Profesional No. 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura e identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.787.721 de Medellín, en mi calidad de apoderado judicial de la CLÍNICA SOMER por medio del presente escrito, me permito aportar lo siguiente:

En cumplimiento del artículo 226 y 227 del CGP, y de acuerdo a lo anunciado en la contestación a la demanda, dentro del término oportuno, **me permito aportar dictamen pericial rendido por el CENDES a través del dr. ALEJANDRO COLONIA TORO.**

En este sentido, se anexa:

- DICTAMEN PERICIAL Y ANEXOS DEL PERITO

El mismo se envía con copia a todas las partes.

Con el acostumbrado respeto.

Señor Juez,



JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ

T.P 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura
C.C. 71.787.721 de Medellín.



Medellín, 20 de enero de 2025

Doctor

JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ

E. S. M.

DEMANDATE: AURA CRISTINA MONTOYA Y OTROS
DEMANDADOS: CLÍNICA SOMER Y OTROS
RADICADO: 2024-00095
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetado doctor,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado para 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 Alejandro Colonia Toro, Médico y cirujano, Especialista en Ginecología y Obstetricia, MSc en Epidemiología, Docente Universitario y Perito CENDES. Este dictamen puede ser aclarado o complementado si la solicitud se hace dentro de los 15 días siguientes a su entrega, en cuyo caso el número máximo de preguntas serán 10.

Para el proceso de la referencia, la entrega del dictamen escrito tiene un valor de 2,5 smlmv. Por otro lado, en caso 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; DRODRIGUEZ@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, 20 de enero de 2025

Doctor

JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ

E. S. M.

DEMANDANTE: AURA CRISTINA MONTOYA Y OTROS
DEMANDADOS: CLÍNICA SOMER Y OTROS
RADICADO: 2024-00095
ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetado doctor,

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

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico y cirujano Universidad del Quindío
Especialista en Ginecología y Obstetricia Universidad CES
MSc en Epidemiología Universidad CES
Formación avanzada en Alto Riesgo Obstétrico Hospital Universitario Vall d'Hebrón
Barcelona España
Docente Universitario pregrado y postgrado
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

- 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 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 AURA CRISTINA MONTOYA ÁLZATE

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Se realiza el resumen de la historia clínica de la paciente Aura Cristina Montoya Álzate, identificada con cédula No. 103695607, según reposa en los documentos enviados para el análisis. Al momento de la presentación de los hechos tenía 29 años. Se revisaron los ingresos hospitalarios en la Clínica Somer, los días 13.01.2024 y 20.01.2024.

El primer ingreso se realiza el día 13 de enero de 2024 a la 1:33 horas. Se reporta una paciente de 29 años, residente en el barrio Porvenir del municipio de Rionegro Antioquia. Con grupo de sangre O positivo. Cursando su primer embarazo. Ingresar por un cuadro clínico de 7 días de evolución de sangrado vaginal escaso, que posteriormente se aumentó de intensidad y dolor abdominal que cedió posterior a la administración de hioscina. No otros síntomas. No antecedentes personales relevantes. Reportan ese día que la paciente tenía una ecografía del 10.01.2024 que reportó un embarazo inicial por saco gestacional de 6 semanas aproximadamente, sin embrión en su interior, ni vesícula vitelina. Paraclínicos del 3 de enero de ingreso a control prenatal normales, incluyendo una hemoglobina de 14.5. Al examen físico del ingreso los signos vitales se encontraban normales con presión arterial 120/80, pulso de 78, abdomen blando sin signos de irritación peritoneal. Reportan que realizan un rastreo ecográfico donde encuentran una cavidad sin evidencia de saco gestacional, anexos normales. Les llama la atención líquido libre en cavidad, no observan embarazo extrauterino. Consideran diagnóstico de aborto completo por la medida de endometrio de 4 mm versus un embarazo ectópico. Solicitan BHCG para correlacionar hallazgos. A las 3:54 am reportan resultado de bhcg la cual llega en 485 y realizan diagnóstico de aborto completo, por lo que deciden dar de alta.

Reingresa el 20 de enero a las 4:42 por presentar dolor pélvico y aumento del sangrado vaginal. Reportan que tenía bhcg del 13 de enero en 485 y previa del 10 de enero en 745. Al examen físico encuentran en buenas condiciones, signos vitales normales. Abdomen con dolor a la palpación profunda de la fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, sangrado escaso. Realizan diagnóstico de embarazo de localización incierta, quien persiste con dolor y sangrado vaginal, sin signos de irritación peritoneal. Solicitan bhcg y ecografía pélvica transvaginal.

A las 9:09 revaloran paciente con presión de 110/70 y taquicardia leve en 98 latidos por minuto. Reportan que la paciente tiene defensa voluntaria abdominal, muy doloroso y con irritación peritoneal. Reportan ecografía de ese día con endometrio de 12 mm, hacia el borde externo del ovario izquierdo se identifica imagen eco mixta irregular de 49x26x47, rodeada de abundante líquido que se desplaza también a fondo de saco y fosa ovárica derecha. Conclusión: Embarazo ectópico izquierdo roto. Programan la paciente para laparotomía.

Ingresan a cirugía a las 10:45 am donde realizan salpingectomía para resección de embarazo ectópico roto. Drenaje de hemoperitoneo y lavado de cavidad abdominal con suero fisiológico. Hallazgos: Masa violácea de 4 cms que compromete el segmento ampular de la trompa izquierda con sangrado activo. Hemoperitoneo de 500



cc. Útero y anexo derecho normales. No complicaciones referidas. Es dada de alta al día siguiente con adecuada evolución.

Se realiza revisión postquirúrgica el día 01 de febrero, sin complicaciones. Patología confirma diagnóstico de embarazo ectópico roto.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

Con respecto al caso en mención se expondrán los conceptos básicos y su correlación con los hechos presentados en la historia clínica analizada. El motivo de consulta inicial de la paciente fue dolor pélvico y sangrado vaginal, en una paciente quien tenía una gestación inicial al momento de su primer ingreso a la clínica Somer. En una paciente con un embarazo inicial que consulta por estos síntomas deben tenerse en cuenta los siguientes diagnósticos como primer impresión, agrupados en un síndrome denominado hemorragia del primer trimestre. Entre ellos se encuentran: el aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional. El primero de ellos (aborto) puede tener varias manifestaciones durante este periodo: 1. La amenaza de aborto, en la cual se presenta dolor y sangrado, pero con la continuidad y viabilidad de la gestación, es decir que existe el riesgo de perder el embarazo, pero hay vitalidad embrionaria o los hallazgos aún no permiten confirmar la pérdida de la gestación. El manejo de estas pacientes generalmente es expectante en la mayoría de los casos, y en algunas situaciones especiales pueden usarse medicamentos con el fin de disminuir el riesgo de pérdida. 2. Aborto completo: es una situación en la cual hay una pérdida del embarazo, con la expulsión de todos los productos de la concepción. Se confirma ecográficamente con un endometrio menor de 15 mm, sin observarse productos de la gestación aún en la evaluación ecográfica y cuello cerrado. También puede soportar el diagnóstico la disminución de la medición de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (bhcg). Este aborto completo no requiere intervenciones adicionales para su manejo. 3. Aborto incompleto: se trata de una situación en la cual se perdió la gestación, pero aún hay restos de la gestación en la cavidad uterina. Algunos ejemplos: saco gestacional colapsado, muerte embrionaria, o posterior a la pérdida el endometrio mide más de 15 mm con ecos mixtos en su interior que sugieren la presencia de productos retenidos. El manejo de estas pacientes es con medicamentos que ayudan a la expulsión completa o el tratamiento quirúrgico que consiste en realizar una evacuación de la cavidad uterina con diferentes instrumentos. Con respecto al caso en cuestión, en la historia clínica puede evidenciarse que la paciente tenía una ecografía que mostraba un saco gestacional 3 días antes de la consulta al servicio de urgencias, durante esta evaluación realizan un barrido ecográfico que no mostraba ese saco gestacional previamente visto, posterior a un episodio de sangrado, lo que clínicamente corresponde a una pérdida gestacional y se realiza diagnóstico de aborto completo debido a que el endometrio media 4 mm. Sin embargo, solicitaron una medición de la bhcg, la cual había disminuido con respecto a una medición que se había realizado 2 días antes de la consulta, con todos estos hallazgos se realiza diagnóstico de aborto completo. Las herramientas para llegar a la conclusión de la pérdida gestacional están acordes a las guías y tienes una plausibilidad biológica en lo que respecta a los hallazgos claros: pérdida de un saco gestacional que previamente estaba descrito, sumado a un descenso de la bhcg. Dentro de los diagnósticos diferenciales de este síndrome de hemorragia de primer trimestre también se encuentran otras dos situaciones que se pueden presentar: 1. La enfermedad trofoblástica gestacional, la cual se descarta totalmente debido a que los valores de la bhcg eran muy bajos y los hallazgos ecográficos no sugieren la presentación de esta entidad. 2. El embarazo ectópico que es posible según los hallazgos clínicos y que fue el diagnóstico final que presentó la paciente. Este tipo de embarazo hace referencia a una implantación por fuera de la cavidad uterina, puede



presentarse hasta en el 2% de todos los embarazos, puede llevar a riesgos de complicaciones y morbilidad en las pacientes en edad reproductiva. Existen algunos factores de riesgo que pueden llevar a que aparezca esta enfermedad, por ejemplo: antecedente de infecciones pélvicas, tabaquismo, cirugías previas en las trompas, el mismo antecedente de un embarazo ectópico, el uso de dispositivos intrauterinos, aunque también se pueden presentar en pacientes sin factores de riesgo. La sintomatología asociada a la presentación de esta enfermedad está relacionada básicamente con dos síntomas cardinales: sangrado vaginal y dolor pélvico. El sangrado se produce por el desprendimiento o caída del endometrio decidual que se produce por el influjo hormonal y puede variar en cantidad entre pacientes, incluso no todas las pacientes presentan sangrado. El dolor puede ser localizado hacia uno de los lados de la pelvis, pero también puede ser generalizado. Existen otros síntomas que también se presentan, aunque menos frecuentes: vomito, diarrea, dolor en el hombro, síncope o desvanecimiento. Al examen físico la paciente puede estar comprometida en su estado general, especialmente si el embarazo ectópico presentó una ruptura, lo que puede llevar a que la paciente este pálida, diaforética e hipotensa. En la evaluación vaginal se puede determinar dolor intenso a la movilización del cuello del útero o la palpación bimanual, incluso ocasionalmente se puede palpar la masa anexial según el tamaño y algunas características biofísicas de la paciente. Llama la atención que el examen físico de la paciente en el primer ingreso no tenía hallazgos que sugirieran que tuviera un embarazo ectópico, motivo por el cual era difícil sospecharlo en ese momento.

El diagnóstico del embarazo ectópico en algunas ocasiones es un reto para el clínico, por esto existen algunas ayudas diagnósticas que pueden mejorar la precisión del este diagnóstico, entre ellas, la medición de la bhcg y la ecografía. La bhcg es la hormona del embarazo, y puede detectarse incluso a partir de los 8 días posterior a la ovulación. Esta hormona va incrementando conforme avanza la gestación. Existen muchos estudios sobre esta elevación, pero en general se presume que aumenta su valor el doble, aproximadamente cada 48 horas. La no progresión o la disminución de su valor en los controles realizados, sugiere una pérdida gestacional o la presencia de un embarazo ectópico. Una disminución del 21% del valor de la hormona en 48 horas sugiere un fallo del embarazo intrauterino, mientras que una disminución menor puede sugerir la presencia de un embarazo ectópico. Algunas referencias hablan de que esta disminución puede ser del 35 hasta el 50% en 2 días, cuando hay pérdida gestacional. Cuando el embarazo es viable la bhcg puede incrementar 50% en 48 a 72 horas y en los embarazos ectópicos, este incremento es menor, o los niveles no varían notablemente. Existe un concepto muy importante denominado la zona discriminatoria de la bhcg, la cual corresponde a ese valor en el cual debería verse un embarazo intrauterino. Si la paciente tiene ese nivel y no se observa un embarazo en la cavidad uterina, debe sospecharse con una alta probabilidad la posibilidad de un embarazo ectópico. El valor de esta zona varía mucho en la literatura, pero lo más frecuente, es que se determine entre 2500 y 3500 Unidades por litro. En este caso la bhcg estaba en valores muy por debajo de esta zona por lo que no había motivos para sospechar embarazo ectópico basados en los niveles de bhcg y los hallazgos ecográficos para ese momento.

Posteriormente la paciente consulta 7 días después debido a que se aumentó el sangrado y el dolor pélvico. Se realiza ecografía que reporta embarazo ectópico y liquido libre en la cavidad, dolor abdominal compatible con embarazo ectópico roto. Situación que se confirma en la laparotomía realizada.

Con respecto al manejo existen 3 opciones: 1. Manejo expectante que se puede realizar en pacientes estables con bhcg menor de 1500. Situación que no aplicaba para esta paciente debido a que se sospechó embarazo ectópico roto. 2. Manejo médico, se



puede realizar en pacientes estables con medicamento denominado metotrexato, no aplica para esta paciente debido a que se sospechaba embarazo ectópico roto. 3 manejo Quirúrgico, indicado en pacientes con contraindicaciones para el manejo médico y expectante. Esta indicación aplicaba para la paciente en cuestión. Se realiza salpingectomía debido a que se encontraba roto el ectópico y no era posible la reparación de la trompa. La literatura reporta que no hay diferencias en las tasas de fertilidad con cualquiera de los manejos en pacientes sin historia de subfertilidad.

Con respecto al diagnóstico de embarazo ectópico usando la ecografía transvaginal, se ha podido concluir en la revisión bibliográfica que la sensibilidad (la posibilidad de realizar el diagnóstico en la primera ecografía) es del 74% aproximadamente. Existe un 15% de probabilidad de que la paciente no se diagnosticada en ese primer momento, lo que implica la necesidad de realizar seguimiento en las pacientes con sospecha de embarazo ectópico. Sin embargo, en esta paciente no se optó por esa opción debido a que tenía una ecografía previa que mencionaba un embarazo intrauterino, que posteriormente no estaba. Con una muy alta probabilidad se tratada de una pérdida gestacional de un embarazo intrauterino. Existen algunas razones para no diagnosticar el embarazo ectópico en su primera evaluación ecográfica: calidad del ecógrafo, experiencia del ecografista, índice de masa corporal, miomas, patología ovárica. El embarazo ectópico presenta dificultades propias para su diagnóstico ecográfico. Un hallazgo ecográfico que se presentó en la paciente fue el líquido libre en el fondo de saco inicialmente. Este hallazgo está presente en casi la mitad de las pacientes con embarazo ectópico. Sin embargo, puede presentarse también en otras entidades como un quiste hemorrágico o por flujo retrogrado en sangrado intrauterino. Por este motivo no era indicativo de embarazo ectópico en esa evaluación inicial. En la ecografía realizada antes de la primera consulta reportan un saco gestacional de 5-6 semanas, pudo corresponder a un pseudosaco, que se puede presentar en estos casos y es muy difícil de diferenciar de un embarazo intrauterino, y más remotamente un embarazo heterotópico que corresponde a un embarazo intrauterino sumado también a un embarazo ectópico. Sin embargo, lo que llevo a tomar la conducta de no considerar el embarazo ectópico fue el descenso de la bhcg con respecto a la inicial, por lo que la conducta fue adecuada, respecto a los hallazgos clínicos y paraclínicos de la paciente.

RESPUESTAS A CUESTIONARIO PROPUESTO:

1. *¿Cuál es la experiencia del médico en el campo de la ginecología y obstetricia?*

RESPUESTA: 13 años de experiencia como especialista en Ginecología y Obstetricia. Docente universitario durante el mismo tiempo de experiencia.

2. *Deberá indicar el perito si analizó la historia clínica de la señora AURA CRISTINA MONTOYA ÁLZATE*

RESPUESTA: Sí

3. *¿De acuerdo a al hc la paciente fue clasificada triage 3 el 13 de enero de 2024; ¿deberá indicar si con la calificación dada a la paciente, esta fue valorada por ginecobstetricia ese mismo día?*

RESPUESTA: Sí



4. *¿Cuál fue el motivo de ingreso de la paciente a la Clínica Somer el 13 de enero de 2024?*

RESPUESTA: Dolor pélvico y sangrado vaginal

5. *De acuerdo a su conocimiento, al momento del ingreso, con los signos y síntomas que presentaba la paciente, ¿cuáles eran los posibles diagnósticos diferenciales de esta paciente?*

RESPUESTA: Todos los relacionados con las hemorragias de primer trimestre: 1. Patología relacionada con aborto incluyendo amenaza de aborto. 2. Embarazo ectópico. 3. Enfermedad trofoblástica gestacional

6. *¿sírvese indicar si a la paciente le realizaron rastreo ecográfico el 13 de enero de 2024?*

RESPUESTA: Sí

7. *¿sírvese indicar cual fue el resultado de dicho rastreo ecográfico?*

RESPUESTA: Endometrio de 4 mm. No evidencia de embarazo extrauterino. Líquido libre en fondo de saco.

8. *¿De acuerdo a los resultados de este rastreo ecográfico tuvo como hallazgos que no se evidencio embarazo intrauterino ni extrauterino, por lo cual se procedió a diagnosticar aborto vs embarazo ectópico y se ordenó prueba BETA; esto estuvo ajustado a la ciencia médica?*

RESPUESTA: Sí, en estos casos se recomienda complementar con la solicitud de Gonadotropina Coriónica Humana fracción B (BHCG)

9. *¿Sírvese indicar cuales fueron los resultados de la prueba BETA del 13 de enero de 2023; y estos resultados que significado tienen para el caso concreto?*

RESPUESTA: El resultado fue 485, niveles bajos para sospechar embarazo ectópico ante los hallazgos ecográficos, y un descenso comparado con la medición previa de días anteriores.

10. *¿sírvese indicar si una paciente a la cual se le realizo la prueba BETA el 10 de enero de 2024 donde arrojó un nivel de 745 y el 13 de enero de 2024 tuvo un nivel de 485, correlacionado con el rastreo ecográfico que no mostro embarazo intrauterino ni extrauterino, de acuerdo con el punto de vista de la ginecología estuvo adecuado el diagnóstico de Aborto?*

RESPUESTA: El diagnóstico más probable era aborto completo.

11. *¿Qué es y Cómo se diagnostica el Embarazo Ectópico?*

RESPUESTA: Es la formación de un embarazo por fuera de la cavidad uterina. El diagnóstico comprende el uso de ecografía transvaginal, observando imágenes anexiales o en otras ubicaciones diferentes a la cavidad uterina, de un posible saco gestacional o masa heterogénea. Esta ecografía sumada a los niveles de bhcg tanto iniciales, como la evolución.

12. *¿El diagnóstico realizado a la paciente de EMBARAZO ECTÓPICO el 20 de enero de 2024 lo considera científicamente correcto?*



RESPUESTA: Sí

13. *¿Cuáles fueron los criterios y técnicas medicas utilizadas para emitir el concepto de Embarazo Ectópico?*

RESPUESTA: Se realizó una ecografía transvaginal que identifica imagen eco mixta irregular de 49x26x47, rodeada de abundante líquido que se desplaza también a fondo de saco y fosa ovárica derecha.

14. *¿Estos criterios son los que ordena las guías medicas para definir un Embarazo Ectópico?*

RESPUESTA: Hallazgos ecográficos que muestren una masa heterogénea o un saco gestacional claramente identificado por fuera de la cavidad uterina, con un embarazo confirmado por bhcg.

15. *¿Cuál es la conducta médica a seguir una vez se realiza el diagnostico de Embarazo Ectópico?*

RESPUESTA: Evaluar la estabilidad de la paciente, los niveles de bhcg y algunas características del embarazo ectópico, para definir si la paciente es candidata a manejo expectante, médico o quirúrgico.

16. *¿La realización de laparotomía por diagnóstico de embarazo ectópico, dado que la paciente presento irritación peritoneal estuvo indicada?*

RESPUESTA: Sí

17. *¿Cuáles son los riesgos de la práctica de una laparotomía por la resección de ectópico roto, y si de acuerdo con la ciencia médica uno de los riesgos es la infertilidad?*

RESPUESTA: Los riesgos más frecuentes de la laparotomía son: el sangrado, la infección, la lesión de órganos intraabdominales, cicatrices, hernias, dolor crónico, adherencias. La infertilidad esta asociada a la presencia del embarazo ectópico y la resección del ectópico deja sin una trompa a la paciente, sin embargo, los estudios reportan resultados similares con cualquier intervención realizada quirúrgica vs médica, en pacientes sin reportes de subfertilidad previa.

18. *¿en el caso concreto dada la ubicación del embarazo ectópico era técnicamente necesario extraer la trompa de Falopio?*

RESPUESTA: Sí. Debido a que estaba roto.

19. *¿conoce si la señora AURA CRISTINA MONTOYA suscribió consentimiento informado y se le informaron los riesgos que tenía el procedimiento?*

RESPUESTA: En los documentos enviados, se evidencia la realización y firma del consentimiento informado con sus respectivos riesgos.

20. *En su condición de médico, ¿considera que el manejo de la paciente fue el adecuado?*

RESPUESTA: Sí



CONCLUSIÓN PERICIAL:

Se trata de una paciente quien ingresa en su primera gestación con sangrado y dolor pélvico. Se realiza una valoración de las ecografías disponibles al momento de esa primera consulta, sumado a un descenso de la bhcg, por lo que se diagnóstica un aborto completo. Este diagnóstico según los hallazgos clínicos en ese momento era el más acertado, pues no había indicio claro para sospechar un embarazo ectópico. La conducta fue acertada teniendo en cuenta las condiciones clínicas. Es posible que la paciente presentó un pseudosaco o un embarazo intrauterino concomitante con su embarazo ectópico. Sin embargo, el descenso de la bhcg hacía más probable el diagnóstico de aborto completo, y ante la situación clínica de la paciente, la conducta de dar alta y considerar el aborto completo era la más acertada. Posteriormente reconsulta por reaparición de los síntomas, realizan nueva ecografía que evidencia el embarazo ectópico con posible ruptura. Hallazgos que se confirman durante la cirugía y posteriormente la patología. La cirugía realizada fue la indicada para la situación clínica y los hallazgos en el intraoperatorio. La paciente según la revisión posquirúrgica no presentó complicaciones reportadas en la historia clínica. Considero que la atención presentada a la paciente durante sus atenciones en la Clínica Somer estuvieron sujetas a la lex artis y la literatura disponible al momento de la presentación del evento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agdi M, Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Aug;23(4):519-27. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2008.12.009. Epub 2009 Feb 23. PMID: 19231293.
2. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management Erin Hendriks, MD, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan Rachel Rosenberg, MD, and Linda Prine, MD, Mount Sinai School of Medicine, New York, New York. May 15, 2020. Volume 101, Number 10 www.aafp.org/afp
3. Ultrasound in the Diagnosis of Ectopic Pregnancy EMMA KIRK, MD, MRCOG North Middlesex Hospital, London. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY* Volume 55, Number 2, 395–401 2012
4. Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BJOG* 2016; DOI: 10.1111/1471-0528.14189.
5. Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BJOG* 2016; DOI: 10.1111/1471-0528.14189.
6. Guideline No. 414: Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Nontubal Ectopic Pregnancies *J Obstet Gynaecol Can* 2021;43(5):614–630 No.414, May 2021



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Con toda atención,

ALEJANDRO COLONIA TORO

C.C. 9.739.487

Médico y cirujano Universidad del Quindío

Especialista en Ginecología y Obstetricia Universidad CES

MSc en Epidemiología Universidad CES

Formación avanzada en Alto Riesgo Obstétrico Hospital Universitario Vall d'Hebrón

Barcelona España

Docente Universitario pregrado y postgrado

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.	2022	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2019-006000/Solicitado por Diana Cristina Erazo Casanova	Ginecología y obstetricia
2.	2022	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial/ Caso Marta Cecilia Aristizábal Vásquez/ Solicitado por Marta Cecilia Aristizábal Vásquez	Ginecología y obstetricia
3.	2022	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-0007200/Solicitado por Álvaro Andrés Sánchez Jurado - E.P.S. Suramericana S. A	Ginecología y obstetricia
4.	2022	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial/ Caso Mildreth Padilla Gonzalez/ Solicitado por Yurainys Milena Arzuaga Garrido	Ginecología y obstetricia
5.	2022	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2021-0343-00/ Solicitado por Natalia Alejandra Mendoza Barrios - Servicios de Salud IPS Suramericana S.A	Ginecología y obstetricia
6.	2022	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2020-00144-00 / Paciente Maria Fernanda Paz Ospino / Solicitado por Viviana García Arbeláez - Profamilia	Ginecología y obstetricia
7.	2022	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Maribel Fernanda Gutierrez Duque / Solicitado por Daniel Fernando Loaiza Correa.	Ginecología y obstetricia
8.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Yuly Margoth Lasso Salazar / Solicitado Anderson Peralta Caicedo.	Ginecología y obstetricia
9.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014-00435-00/Solicitado por Omar Enrique Montaña Rojas	Ginecología y obstetricia
10.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2012-00420-00 / Solicitado por Juzgado Cuarto (04) Civil del Circuito de Cali.	Ginecología y obstetricia
11.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Paola Cristina Londoño Puerta / Solicitado por Sergio Yepes Restrepo	Ginecología y obstetricia
12.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Elvia Rosa Duran Rudas / Solicitado por Diego Luis Gutierrez Meza	Ginecología y obstetricia
13.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Clara Inés Gámez Marriaga / Solicitado por Walter Augusto Wagner Lopez	Ginecología y obstetricia
14.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2021-00177-00/ Solicitado por Luisa Fernanda Henao Vallejo - Prieto Peláez Abogados S.A.S.	Ginecología y obstetricia
15.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2019-00159-00 / Solicitado por Juzgado Segundo (02) Administrativo del Circuito de Yopal.	Ginecología y obstetricia
16.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Luisa María Hincapié Serna / Solicitado por Hospital Departamental Centenario de Sevilla E.S.E.	Ginecología y obstetricia
17.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2015-00026-00 / Solicitado por Juzgado Primero (01) Administrativo Oral de Armenia.	Ginecología y obstetricia
18.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso María Camila Rodríguez González/Solicitado por Miguel Antonio Lerech Portacio	Ginecología y obstetricia
19.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2019-0138/ solicitado por Tribunal Administrativo de Antioquia	Ginecología y obstetricia
20.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Elizabeth Murillo Montoya / Solicitado por Juan Ricardo Prieto Peláez	Ginecología y obstetricia
21.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Marley Judith Buevas Peinado / Solicitado por Diego Luis Gutierrez Meza	Ginecología y obstetricia
22.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2021-00107/ Solicitado por Angela Maria Villa - Cosmitet	Ginecología y obstetricia
23.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Loreine Cáceres Becerra (Q.E.P.D) / Solicitado por Nayla Rosa Romero Rodríguez	Ginecología y obstetricia



N°	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO	OBJETO DICTAMEN
24.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Yajaira Maria Moreno Foronda / Solicitado por Elkin Darío Lezcano Herrera	Ginecología y obstetricia
25.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2015-00221-00/Solicitado por Juzgado Doce (12) Administrativo de Cúcuta	Ginecología y obstetricia
26.	2023	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2023-00063-00/Solicitado Por Dra. Andrea Del Pilar Villamil – Nueva EPS.	Ginecología y obstetricia
27.	2024	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Valentina Pachón Giraldo / Solicitado por María Alexandra Franco Mera	Ginecología y obstetricia
28.	2024	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Iliana Maritza Ramirez Carrillo (Q.E.P.D) /Solicitado por Hugo Álvarez Rosales	Ginecología y obstetricia
29.	2024	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Silvia Elena Toro Ospina / Solicitado por Santiago Castro Restrepo	Ginecología y obstetricia
30.	2024	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Luz Adriana Jurado / Solicitado por Luis Eduardo Rosero Ruiz	Ginecología y obstetricia
31.	2024	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2021-00156-00 / Solicitado por Juzgado Séptimo (07) Administrativo de Quibdó	Ginecología y obstetricia
32.	2024	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2022-00327-00 / Solicitado por Juan Ricardo Prieto Peláez	Ginecología y obstetricia
33.	2024	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Caso Stefania Angarita Arévalo / Solicitado por Daniela Castro Gaitán	Ginecología y obstetricia
34.	2025	ALEJANDRO COLONIA TORO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2024-00095-00 / Solicitado por Juan Ricardo Prieto Peláez	Ginecología y obstetricia

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Y
en su nombre

LA UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO

En atención a que

Alejandro Colonia Toro

Cédula de ciudadanía número 9.739.487 de Armenia Quindío

Ha cursado y aprobado los estudios universitarios
estatuidos oficialmente, le expide el presente

Diploma

Y le confiere el título de

Médico Cirujano

En testimonio de ello, firma y sella el presente Diploma en la
ciudad de Armenia el 13 de Julio del año 2007

Registro No. 3327 Libro No.65


El Rector de la Universidad


El Decano de la Facultad


El Secretario General de la Universidad





UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

2.4. 5.2.

7



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Asociación del Ministerio de Educación Nacional No. 1571 del 22 de marzo de 1987

EN ATENCIÓN A QUE

Alejandro Colonia Toro

C.C. 9.739.487 Armenia (Quindío)

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

**Especialista en
Ginecología y Obstetricia**

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA
A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2012.

JM

José María Maya Mejía
Rector
Universidad CES

Patricia Chejne Fayad

Patricia Chejne Fayad
Secretaría General
Universidad CES

Jorge Julián Dorio Gómez

Jorge Julián Dorio Gómez
Decano
Universidad CES

Registrado: Folio 272. Número 10014 del 09 de agosto de 2012. Acta 10133 del 09 de agosto de 2012. Firma: *Besshy E. García*



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1771 del 17 de marzo de 2007

EN ATENCIÓN A QUE

Alejandro Colonia Toro

C.C. 9.759.487 de Armenia (Quindío)

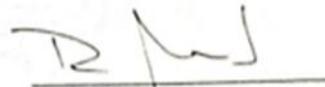
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

**Magister en
Epidemiología**

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA
A 07 DÍAS DEL MES DE ABRIL DE 2016.


Jorge Julián Osorio Gómez
Rector
Universidad CES


Patricia Chejne Fayad
Secretaría General
Universidad CES


Jorge Ricardo Posada Saldarriaga
Decano
Universidad CES

Registrado en: Folio 402 Número 13894 del 07 de abril de 2016. Acta 13995 del 07 de abril de 2016. Firma: 

Calle 10A No. 22-04 A.A. 054 591 Conmutador 444 05 55 fax 266 60 46 NIT 890.984.002-6 Medellín / Colombia