

1039

**DICTAMEN PERICIAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
FEDERACIÓN COLOMBIA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA – FECOLSOG**

IDENTIFICACIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL

REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA.

CONVOCANTE: MARÍA LORENA CABALLERO Y CARLOS CHAVEZ AREVALO

CONVOCADO: RAFAEL FERNANDO DUQUE RAMÍREZ

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL: Febrero 17 de 2020

ACREDITACIÓN DEL PERITO GINECOOBSTETRA

IDENTIFICACIÓN DEL PERITO: Mi nombre es Luis Alfonso López Jiménez, identificado con cedula de ciudadanía No. 19127696 de Bogotá, en mi calidad de Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, según se acredita con mi hoja de vida y títulos de idoneidad que se anexan, atendiendo a su solicitud, por medio del presente escrito, procedo a emitir mi concepto MEDICO ESPECIALIZADO acerca del cuestionario enviado.

No estoy incurso en ninguna causal de impedimento que afecte la imparcialidad del presente dictamen pericial, ni en ninguna de las causales enlistadas en el artículo 50 de la Ley 1564 de 2012.

Pas Presidente Asociación Bogotana Obstetricia y Ginecología -ASBOG-.
Secretario general Federación de Colombiana de Obstetricia y Ginecología Bogotá-Colombia.
Presidente Unión Gremial de Ginecólogos-Obstetras de Bogotá y Cundinamarca, Profesor asociado: Universidad Nueva Granada, Universidad El Bosque, Universidad Antonio Nariño Coordinador de peritos médicos de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG)

Calificaciones principales

Ginecólogo obstetra universidad del Rosario, profesor asociado Universidad del Bosque por 23 años, Ex profesor asociado Universidad Militar Nueva Granada, Profesor asociado Universidad Antonio Nariño 9 años. Director científico de Asmedas Cundinamarca con la responsabilidad de organizar y dirigir los congresos y actividades científicas de la asociación durante cinco periodos, Vicepresidente y presidente de la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología por seis años con la responsabilidad de organizar y dirigir y promover la actividad de capacitación continua de los asociados incluido el congreso bienal, secretario general de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología por seis años, miembro y representante de la junta directiva en el comité de salud sexual y reproductiva a nivel nacional. Asesor de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá desde el año 2008 en la dirección de desarrollo de servicios, área materno perinatal, coordinador de la revisión e implementación de las guías de manejo para la atención de la gestante en el Distrito Capital actualmente implementadas. Jefe de servicio del área de medicina reproductiva y endoscopia ginecológica por 22 años, en el Hospital Simón Bolívar y Clínica San Pedro Claver de Bogotá. Coordinador del grupo de peritos médicos de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) desde el año 2013, con revisión de 180 solicitudes y respuestas de peritazgos y respuesta directa de 50 de ellos (hasta la fecha 2019).

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL: 17 de febrero de 2020

Con base en la solicitud realizada a la **FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (FECOLSOG)**, referente al cuestionario enviado sobre la atención prestada a la señora **MARIA LORENA CABALLERO LONDOÑO**, me permito dar respuesta a lo solicitado, de acuerdo con los documentos recibidos.

CARACTERISTICA DEL DICTAMEN PERICIAL

El dictamen pericial corresponde a las respuestas del cuestionario enviado, a partir de los conocimientos propios, la experiencia y la revisión de la literatura médica de la especialidad de Ginecología y Obstetricia

1. DOCUMENTOS REMITIDOS PARA ESTUDIO:

Los documentos allegados para la elaboración del dictamen pericial fueron dos cuadernos, enviados a solicitud del Doctor Jorge Tiberio Moreno Gutiérrez, uno de ellos contiene la historia clínica de la atención prestada en la CLINICA EMMANUEL a la señora MARIA LORENA CABALLERO LONDOÑO, (No vienen numerados por lo cual se coloca numeración en borde superior para 36 folios). El segundo cuaderno corresponde a la historia clínica Numero 52918802 correspondiente a la atención prestada a la señora MARIA LORENA CABALLERO LONDOÑO en la clínica Materno infantil de Bogota-Saludcoop que contiene 21 folios numerados en borde superior izquierdo.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD DEL DICTAMEN PERICIAL:

Se recibe un cuestionario de 12 preguntas, referentes a los diagnósticos y conductas obstétricas, durante las atenciones cumplidas en pacientes con embarazo a término y diagnóstico de ruptura prematura de membranas, enviadas por el Doctor Juan José Cabrales Pinzón parte como apoderado del Doctor Rafael Fernando Duque Ramírez con solicitud al juzgado para ser resueltas por el perito.

3. METODOLOGÍA EMPLEADA PARA LA ELABORACIÓN DE LA EXPERTICIA

Se revisó la documentación recibida así como los folios de la historia clínica y según esto se procedió a realizar una descripción del caso, resumen del caso, respuesta al cuestionario allegado, para lo cual se tuvo en cuenta la revisión de la literatura médica, elaborándose finalmente el análisis, las conclusiones y las razones en las que estas se fundamentan.

La construcción del dictamen pericial se realizó adoptando la metodología atrás enunciada, que es la misma que se ha utilizado en las experticias rendidas por el suscrito perito de la FEDERACION COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA-FECOLSOG

Atendiendo lo dispuesto en el artículo 226 y siguientes de la Ley 1564 de 2012, manifiesto bajo la gravedad del juramento :

4. RESUMEN DE LOS HECHOS RELEVANTES

Según la información de los folios recibidos, el caso corresponde a la atención del trabajo de parto de la señora MARIA LORENA CABALLERO LONDOÑO identificada con cc: 52.918.802 de Engativá. Fecha nacimiento: 16/11/1985, en la clínica Materno infantil de saludcoop y en la Clínica Emmanuel. En la ciudad de BOGOTÁ, el 16 y 17 de abril de 2008

16/04/2008:0015: Consulta a clínica materno infantil por embarazo de 39.4 semanas-.primer embarazo. "salida de líquido por vagina y dolor hipogástrico." De 40 minutos de evolución. Al examen físico practicado encuentran paciente con signos vitales normales (FC: 70/min- TA: 100/70- T: 37), Altura uterina de 32 cm, FCF: 140/min no actividad uterina TV: B: 50% D. 1 cm cefálico E:-2 membranas rotas, líquido claro no fétido. Con Diagnostico de embarazo de 39.4 sem de gestación, Feto vivo ruptura prematura de membranas dan orden de hospitalizar para inducción-refuerzo conducción y atención del parto, entregan consentimiento informado solicitan monitoria fetal intraparto y ex de laboratorio. Se encuentra nota a la misma hora que dice" Jefe de salas de parto informa que no hay disponibilidad de camas por sobrecupo de pacientes en esta área, por orden de

la dirección, gerencia, auditoria médica y sección administrativa de la clínica debe remitirse la paciente, se explica a la paciente sobre la necesidad de remisión por razones institucionales, Se inician tramites de remisión” se inicia manejo medico en área de observación.

16/04/2008 02:25- Monitoria fetal reciente, Negativa, variabilidad disminuida, actividad uterina regular control por enfermería

16/04/2008 03:49 PTC negativa baja variabilidad TV: D 2 cm B 70% E-1 se decide iniciar refuerzo con ocitocina y toma de PTC.- Monitoria de las 04:00 reactiva línea de base 120/min. Variabilidad conservada.

16/04/2008 05:42- FCF: 143/min se confirma remisión a Clínica Emmanuel y se traslada en ambulancia.

En anotación de folio 21 se encuentra control pre natal efectuado a la semana 36.3 de gestación donde encuentran cuadro correspondiente a infección urinaria en tratamiento, hipotiroidismo controlado, recomienda terminar tratamiento antibiótico se considera muestra contaminada control en 10 días.,

Clínica Emmanuel

16/04/2008.05:56 Ingresa paciente remitida con diagnóstico de: RPM 8.1/2 horas-embarazo 39.5 sem G1Po indican refuerzo de trabajo de parto.

16/04/2008 11:00-TV diferido- RsFs + 140/min actividad uterina irregular. Continuar ocitocina

16/04/2008 16:00 RPM de 17 horas FCF: 146/min T; D: 7cm B: 80% E-2 Membranas rotas, líquido claro, continua con inducción de ocitocina.

16/04/2008 18:18- Paciente con D: 10 B 100% E:0 líquido claro,FCF: 146/min x doppler, en expulsivo por 40 minutos, poco colaboradora quien no realiza pujo adecuado, se decide instrumentar con espátulas de Velazco por fatiga materna y mala prensa abdominal, previa asepsia se evacua vejiga completa y recto se colocan espátulas de desprendimiento, se recibe RN de sexo masculino peso 3000 gr talla 51 cm apgar 0-4-6. Circular al cuello no apretada. Se pasa RN a reanimación por pediatría y posterior traslado a UCIN

17/04/2008 09:00 salida por evolución satisfactoria.- Recién Nacido en UCIN.

5. CONTESTACIÓN DEL CUESTIONARIOS ALLEGADO:

1. ¿En una paciente de 39 semanas de gestación y con un diagnóstico de ruptura prematura de membranas está indicada la inducción del trabajo de parto?

La ruptura prematura de membranas (RPM) es una patología obstétrica frecuente. Es la pérdida de la integridad del saco gestacional antes del inicio del trabajo de parto, independiente de la edad gestacional. En circunstancias normales, las membranas ovulares se rompen durante la fase activa del trabajo de parto; al ocurrir de manera prematura es la responsable de aproximadamente 30% de todos los partos pre término y origina una morbilidad materno-perinatal seria. Evidencia clínica irrefutable de la ruptura de membranas es la Visión de la salida del líquido amniótico a través de la vulva, o, mediante espéculo, la presencia de líquido amniótico remansado como una laguna en el fondo de saco vaginal posterior o saliendo a través del cuello uterino, lo que podemos forzar con una presión fúndica o maniobra de Valsalva. Puede ayudarnos también la amnioscopia y el tacto vaginal (tacto directo sobre la presentación sin bolsa intermedia). Si este resultado es positivo, se tendrá en cuenta la condición clínica, la historia del embarazo y edad gestacional para ofrecer el cuidado clínico adecuado o reevaluación posterior de la paciente.

La infección materna es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con RPM y principalmente en aquellas a quienes se les inicia manejo expectante, afectando también el pronóstico neonatal. Los criterios para el diagnóstico de corioamnionitis clínica tradicionalmente descritos incluyen la hipertermia materna, la taquicardia fetal, la leucocitosis, la sensibilidad uterina y la secreción vaginal fétida.

Es claro que el manejo expectante podría considerarse como un manejo que involucra un Aumento en el riesgo de infección materna y perinatal, por lo que no está indicado en todas las edades gestacionales. Para pacientes con embarazo a término con ruptura prematura de membranas

(ocurre más de una hora previa al inicio del trabajo de parto) está indicado el acortamiento del periodo de latencia mediante inducción del trabajo de parto.

2.- Como se realiza la inducción del parto?

Durante el trabajo de parto pueden sobrevenir alteraciones que demandan una serie de procedimientos. Uno de ellos es la inducción o la conducción del parto con oxitocina, que es "el proceso por el que se estimula al útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones, luego del inicio espontáneo o no del trabajo de parto", ante una dinámica uterina ineficaz que retrasa o detiene la dilatación y el descenso del feto.(2) que justificó la inducción o conducción del parto con oxitocina mediante la evaluación del partograma.

Se consideraron alteraciones: fase activa lenta (dilatación cervical menor a 1 cm por hora), retraso del descenso (menos de 1 cm en una hora en nulíparas y menos de 2 cm en una hora en multíparas), detención de la dilatación (interrupción de dos horas o más), detención del Descenso (el descenso del polo fetal no evoluciona en una hora o más en nulíparas y multíparas) y expulsivo prolongado (más de 2 horas en nulíparas y más de 1 hora en multíparas).

La inducción del trabajo de parto puede realizarse de manera mecánica (ruptura manual de membranas) o farmacológica con la utilización de compuestos farmacológicos como las prostaglandinas o la oxitocina, con un adecuado control clínico tanto de la respuesta materna como del estado de bienestar fetal.

3.- ¿Siempre que una paciente presenta ruptura de membranas está indicada la cesárea?

En la paciente con embarazo a término y ruptura de membranas se indica la operación cesárea solamente si existe contraindicación para el trabajo de parto y parto vaginal, o si existe evidencia de alteración del bienestar fetal con un trabajo de parto lejos del periodo expulsivo, que haga imperativo un desembarazo rápido. (7)

4.- ¿Siempre que una paciente presenta mala prensa abdominal, fatiga materna, pujo inadecuado y un periodo de expulsivo de 40 minutos está indicado instrumentar el parto con espátulas de Velazco?

Existen otras indicaciones para la instrumentación del parto además del tiempo del expulsivo (se considera prolongado cuando se presenta más de una hora en multíparas o más de dos en nulíparas), tales como la evidencia de sufrimiento fetal agudo durante el segundo periodo de trabajo de parto: mal pujo o fatiga materna en el expulsivo."(9) Castelazo(8) afirma que:

1. "Cuando el sufrimiento fetal está presente existe siempre indicación de interrumpir el trabajo de parto y extraer tan rápidamente al feto como lo permitan las condiciones médico-obstétricas del caso."

1.1. "Decidida la extracción del producto, debe elegirse el procedimiento que menos riesgos represente para él y para la madre, de acuerdo con el estado general de ambos y con las condiciones obstétricas que existen." "En presentaciones encajadas... con cuello borrado... y con dilatación completa, fórceps o espátulas"

Nótese las dos premisas para tener en cuenta cuando se va a escoger la conducta obstétrica en el escenario sufrido por la paciente del caso analizado: **obligación de cumplir con extracción fetal con la mayor celeridad y predilección por la vía de nacimiento vaginal antes que la cesárea,**

¹ Forceps se refiere a uno de los posibles instrumentos con lo que puede instrumentarse un parto, también existen las espátulas (empleadas en el caso analizado) y el *vacum*. "En Estados Unidos, el fórceps es el instrumento más empleado, aunque su uso está disminuyendo. En la mayoría de los países de Europa y Asia la ventosa obstétrica es el instrumento preferido. Las Espátulas se utilizan en España, Francia, Bélgica y algunos países sudamericanos como Colombia y Chile."(15).

contemplando la ubicación de la cabeza fetal y la diferencia entre los riesgos de complicaciones maternas y fetales derivadas de la realización de cada uno de los procedimientos.

De la misma manera, sobre la preferencia del parto instrumentado sobre la cesárea en las condiciones referenciadas, Cortés afirma: "Existen situaciones en las cuales el fórceps, o las espátulas² tienen una indicación superior a la cesárea", entre ellas "MAL PUJO O FATIGA MATERNA Y SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN EL EXPULSIVO."(7)

Para el autor la "superioridad" radica, entre otros temas, en que la cesárea requiere de tiempo para su preparación (personal e instalaciones) y para el caso analizado, el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo³ supone la utilización de la técnica médica aplicable de manera más rápida. Dicho de otra manera, encontrándose la presentación fetal descendida en el canal de parto ("estación de +2"⁴) asociado a signos de sufrimiento fetal, la instrumentación del parto resulta más expedita que el traslado del binomio madre hijo al quirófano, contemplando el tiempo necesario para la aplicación de la anestesia y posterior preparación del instrumental, colocación de campos quirúrgicos sobre la paciente, entre otros.

Lo anterior también lo afirmó Sereno, en la revista médica de la Academia Nacional de Medicina de México:

"...las contracciones uterinas en ocasiones son ineficaces para mantener la velocidad normal del progreso del parto y si al bebé no se le facilita su salida puede sufrir hipoxia y hay que evitar ese grave peligro. Habrá ocasiones en que el feto está sufriendo y, además se cumplen los requisitos para aplicar un fórceps(o espátulas), caso en el cual, al obstetra le llevará menos tiempo aplicar un fórceps que hacer una cesárea. Finalmente la última parte del periodo expulsivo del parto puede prolongarse, la cabeza del bebé estará comprimida demasiado tiempo y la presión continuada del diafragma urogenital y el piso perineal de la madre pueden exponerse a un traumatismo obstétrico que podrá afectar a la criatura y a las funciones; urinarias, vaginales y rectales; para abreviar esta Última parte del periodo expulsivo del parto, el obstetra experimentado aplicará de manera electiva o profiláctica⁵ un fórceps.-o espátulas"(10)

Reafirmando lo anterior, la recomendación del Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron de España, para el manejo de pacientes con "pérdida del bienestar fetal intraparto" incluye finalizar la gestación por la vía más rápida:

"En caso de dilatación completa y plano III de Hodge⁶ se puede practicar un parto instrumentado por vía vaginal."(11)

5.- Cuando una paciente primigestante presenta un periodo expulsivo de 40 minutos se considera expulsivo prolongado?

El segundo periodo prolongado (expulsivo) se describe como tal cuando en la mujer nulípara (sin parto previo) experimenta una detección del progreso del parto por un espacio de dos horas, y en la mujer multípara de una hora sin anestesia regional.

6.- ¿Qué es un cefalohematoma?

⁵ Debe notarse que, para algunos autores, la instrumentación del nacimiento por vía vaginal puede ser vista como una medida PROFILÁCTICA, es decir, una medida preventiva de complicaciones maternas o fetales.

⁶ "Es un sistema de coordenadas obstétricas, que nos permite situar la presentación durante el trabajo de parto y evaluar la progresión del móvil fetal."

El cefalohematoma es una colección de sangre en el espacio subperióstico secundaria a la rotura de los vasos situados entre los huesos del cráneo y el periostio. La mayoría de los cefalohematomas son secundarios a un trauma obstétrico por las fuerzas mecánicas que actúan sobre el feto durante el trabajo del parto y el expulsivo, aunque se han descrito también casos diagnosticados intraútero por ecografía prenatal asociados a una rotura prematura de membranas y oligohidramnios prolongado(5)

Es importante destacar que la presencia de una lesión no presupone siempre la existencia de un "traumatismo de parto". Más a ese nivel. Una forma especial es el caput asociado a la aplicación de ventosa que es más prominente, con bordes más definidos inicialmente y erosiones y laceraciones superficiales. Rara vez se complican, resolviéndose en pocos días sin tratamiento. El cefalohematoma es una hemorragia traumática subperióstica que afecta más frecuentemente al parietal. Su incidencia se estima en un 2.5 % de los nacidos vivos [1,9]. Es muy raro en los nacidos antes de las 36 semanas. Generalmente es unilateral (95%) y sus márgenes no rebasan los límites de las suturas. No suelen ser aparentes hasta algunas horas e incluso días después del parto. La piel de la zona no aparece afectada. Puede haber una fractura lineal subyacente (5-20%). Su evolución es hacia la resolución espontánea en 1-2 meses con calcificación residual ocasional. No deben realizarse punciones evacuadoras (riesgo de infección).

7.-¿El cefalohematoma causa daños neurologicos?

La práctica totalidad de los cefalohematomas desaparecen de forma espontánea gracias a un proceso de reabsorción-calcificación en un plazo de 2 semanas a 3 meses. En general, no suele ser necesario tratar los cefalohematomas en fases iniciales, salvo que produzcan una hiperbilirrubinemia incontrolable que requiera fototerapia, lo que suele ser extremadamente infrecuente (7) .No suele producir daños de tipo neurológico.

8.- ¿Cuándo se puede presentar un cefalohematoma?

Las fuerzas mecánicas que actúan sobre el feto durante el proceso del parto, especialmente de compresión y tracción, pueden causar al recién nacido muy diversas lesiones, que se producen por el proceso del parto (contracciones, compresión, rotación y tracción) y aumentan cuando se presenta parto prolongado, en ocasiones se suman a las causadas por los instrumentos que se aplican (ventosa, fórceps, espátulas, etc.). Estos pueden producir lesiones directas. Pero conviene recordar que su empleo adecuado disminuirá la incidencia de los daños hipóxicos.

9.- ¿Cuál es el tratamiento que debe dársele a un cefalohematoma?

No existe un tratamiento específico. Las formas severas pueden causar anemia con hipotensión e hiperbilirrubinemia secundarias, requiriendo los tratamientos correspondientes. Casi siempre se reponen de forma espontánea en el curso de unos meses, por lo que parece razonable esperar en los pacientes asintomáticos

10.- ¿la ruptura prematura de membranas es un predisponente para que se presente una hipoxia cerebral?

La ruptura prematura de membranas siempre y cuando se asocie a una importante pérdida del líquido amniótico(oligoamnios) puede favorecer la aparición de factores de compresión del cordón umbilical, o incluso ocasionar la presencia de un prolapso del cordón (salida del cordón por el canal del parto antes de la expulsión del feto) con severo compromiso de la oxigenación fetal, igualmente puede favorecer el ingreso de microorganismos patógenos al ámbito uterino causando infección materno fetal (corioamnionitis) sin embargo la progresión de una oxigenación normal a la asfisia es un

continuo con cambios progresivos en los signos vitales y efectos finales en los órganos del feto, la respuesta compensatoria del feto que está desarrollando asfixia incluye:

1. Taquicardia fetal para incrementar la capacidad cardiaca
2. Disminución del consumo de oxígeno a través de la disminución de movimientos fetales, tono, y movimientos respiratorios.
3. Redistribución del flujo sanguíneo fetal, incrementando el flujo al cerebro, corazón y adrenales, disminuyendo el flujo a los riñones, pulmones, intestino.

La ruptura de membranas aunque podría considerarse como un factor predisponente, por sí sola no es un factor importante en la presencia de una hipoxia cerebral en el feto.

11.- ¿En qué momento puede presentarse una hipoxia perinatal .

La Hipoxia perinatal se define como una disminución de la concentración de oxígeno en los tejidos fetales. El trabajo de parto es un factor de estrés para todos los fetos, las contracciones uterinas disminuyen el flujo sanguíneo uteroplacentario lo cual puede tener un impacto en el envío de oxígeno al feto. La mayoría de los fetos toleran esta reducción en el oxígeno, sin experimentar efectos adversos. La llegada de oxígeno al feto depende del envío de oxígeno desde los pulmones maternos al útero y la placenta, la difusión desde la placenta a la sangre fetal y la distribución de la sangre fetal a los diferentes tejidos fetales a través de la actividad cardiovascular fetal, la alteración en cualquiera de estos pasos reducirá la disponibilidad de oxígeno al feto. Existen varios factores que intervienen activamente:

Factores Maternos

Disminución de la tensión (concentración) de oxígeno materno: Enfermedad Respiratoria Hipoventilación, convulsiones, traumas, fumadoras. Anemia, hemoglobinopatías, parásitos como malaria. carboxihemoglobina. intoxicación. Drogas.

Disminución del flujo sanguíneo uterino: Hipovolemia por pérdida sanguínea. Hipotensión. Anestesia epidural, Posición materna (litotomía), condiciones maternas crónicas (vasculopatías, lupus, diabetes. hipertensión. síndrome anti fosfolípido).

Factores Uteroplacentarios

Excesiva actividad uterina o hipertonia uterina

Abruptio de placenta

Disfunción uteroplacentaria

Infarto placentario, oligohidramnios,

Corioamnionitis

Anomalías del útero (fibroides, septos)

Implantación Anormal de la placenta (i.e. placenta previa) o cordón (velamentoso)

Disminución de la capacidad de transporte de oxígeno al feto

Anemia (e.g., isoimmunización, feto materna, sangrado)

Carboxihemoglobina (fumadoras)

FOURTH EDITION OF THE ALARM INTERNATIONAL PROGRAM Fetal Health Surveillance in Labour Chapter 11 – Page 3

Las técnicas de monitoria fetal han sido desarrolladas para identificar fetos que no responden adecuadamente a los cambios en la disponibilidad de oxígeno

12.- ¿Una circular en el cuello del feto puede ser una causa de hipoxia perinatal?

La hipoxia perinatal se explica por la disminución, detención o suspensión del flujo sanguíneo.(8 que normalmente circula a través del cordón umbilical; dicho flujo es bidireccional: desde la placenta hacia el feto, garantiza el transporte de oxígeno y nutrientes, y desde este último a la placenta, permite la eliminación de los productos metabólicos derivados de las funciones vitales del feto.

La disminución, detención o suspensión del flujo sanguíneo a través del cordón umbilical, indispensable para la supervivencia del feto, puede ocurrir secundario a diferentes eventos como circulares al cuello, nudos verdaderos del cordón o prolapso del cordón umbilical, Dicho de otra manera, todo lo que se añada a la cabeza del feto, será presionada entre la parte fetal y las paredes del nombrado canal o pelvis materna; ahora, entendiendo que el cordón umbilical contiene los vasos sanguíneos que garantizan el flujo sanguíneo ya descrito, su compresión tendrá como consecuencia el riesgo del colapso de los vasos sanguíneos y la consecuente suspensión del flujo sanguíneo.

La rata de circulares al cuello se incrementa con el aumento de las semanas de gestación, las presentes tecnologías de ultrasonido tienen dificultad para predecir de forma fiable la presencia de circular del cordón, aun si la circular es apretada ,o determinar bien sea la posibilidad de hipoxia, retardo de crecimiento fetal o aun muerte fetal .La intervención por la supuesta presencia de una circular al cordón simple o múltiple o de un nudo del cordón sospechada por ecosonografía prenatal puede ser injustificada pues el diagnóstico de sonografía puede ser poco fiable y la intervención tener más riesgo para él bebe .La rata de presentación de circulares al cuello ocurren en aprox 15%–24% a las 40 semanas. La dificultad encontrada para visualizar la circular del cordón al cuello en el embarazo a término puede deberse al tamaño fetal, a la posición baja de la cabeza fetal dentro de la pelvis materna o a la reducción de volumen de líquido amniótico, generalmente la sensibilidad del diagnóstico aumenta con tecnología de doppler color

6. Análisis

Se trata del análisis de los eventos relacionados con la señora MARIA LORENA CABALLERO LONDOÑO paciente en su segunda década de la vida en su proceso de embarazo y desenlace del mismo.

En cuanto a los antecedentes de su gestación, según registros se anotó historia de 1 control prenatal, a las 36 semanas de gestación por gineco-obstetra donde refiere antecedente de infección urinaria tratada. El día 29/03/2008

Posterior a lo anterior, la paciente asistió a urgencias de la Clínica Materno infantil-corporación Saludcoop la madrugada del 16/04/2008 hora: 00:15, consultando por embarazo de 39.5 semanas por FUR.y Ecografía de primer trimestre Con actividad uterina de leve intensidad de 40minutos de evolución. Expulsión de líquido por vagina. Movimientos fetales presentes Según los folios revisados, fue valorada por ginecoobstetra, encontrándose entonces con embarazo de 39.4/7 semanas. – feto vivo y ruptura prematura de membranas, En la valoración registrada de ingreso se consignó signos vitales maternos estables, sin hipertensión, con tono uterino normal, con cervix B: 50%, D. 1 cm. Cefálico, E-2 membranas. Rotas. Pelvis ginecoide. Sin Sangrado., se hospitaliza con diagnóstico de: G1p0c0v0-Embarazo de 39.4/7 semanas.- Ruptura de membranas. Inician inducción del Trabajo de parto con inducción de oxitocina 2 mU/ ml/min Por No disponibilidad de camas en la institución solicitan traslado a la clínica Emmanuel el cual se realiza a las 05 57 min del mismo día, en A partir de este momento y hasta el desenlace se continua con refuerzo del trabajo de parto por la presencia confirmada de ruptura de membranas de más de 7 horas de evolución , Se evidencia en los folios

enviados el registro de dos controles del trabajo de parto a las 11 y 16 horas del mismo día. Así como registro de monitorias fetales con frecuencia cardiaca dentro de límites normales variabilidad disminuida y tolerancia a las contracciones uterinas. A las 18:18 horas aparece folio (14) con descripción de Nota de parto donde describe fatiga materna con mala prensa abdominal por lo que se decide apoyar el expulsivo con la aplicación de espátulas de Velazco para el desprendimiento recibiendo RN Masculino de 3000gr y 51 cm de talla apgar 0-4-6 que es adaptado por pediatría, revisión uterina, corrección de desgarro perineal grado I

No se dispone de registros de historia clínica del recién nacido en los folios recibidos que permitan dilucidar la evolución posterior de neonato, se aporta evidencia del consentimiento informado de la paciente., durante su estadía la paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta el día siguiente de su parto.

Si Bien es cierto que las preguntas enviadas para esta experticia son de tipo general referentes a la atención de pacientes obstétricas con cuadro clínico de embarazo a término con ruptura de membranas y cuadros clínicos asociados a la presencia de hipoxia perinatal y hallazgos de cefalohematoma en R.N. se procede a analizar hallazgos referentes encontrados en la Historia clínica enviada.

A continuación, se comparan con las recomendaciones para la atención de parto instrumentado con espátulas:

<i>Recomendación de la Literatura médica, Secretaría de Salud de Bogotá(10)</i>	<i>Registro de actividad realizada en la Historia Clínica</i>
Anestesia adecuada	En el aparte de la historia clínica CONTROL DE TRABAJO DE PARTO, no se registró Observaciones durante el trabajo de parto y parto
Evacuación vesical y rectal	"Doctor Duque realiza cateterismo vesical"
Membranas rotas	se presenta ruptura de membranas"
Asepsia y Antisepsia	Si se realizó
Episiotomía amplia	no se registra
Diagnosticar presentación y variedad de posición. Conocer la altura de la presentación.	Si se realizó, como se anotó, en la historia clínica

Basado en lo anterior se afirma que SI se cumplen las condiciones para la instrumentación del parto.

7. CONCLUSIONES DE DICTAMEN PERICIAL

Revisados todos los folios recibidos relacionados con la información del caso que corresponde a la atención del trabajo de parto de la señora MARIA LORENA CABALLERO LONDOÑO identificada

con cc: 52.918.802 de Engativá. Fecha nacimiento: 16/11/1985, en la clínica Materno infantil de saludcoop y en la Clínica Emmanuel. En la ciudad de BOGOTÁ, el 16 y 17 de abril de 2008 se determinó que esta presentó tres situaciones de gran importancia en el manejo y desenlace de su trabajo de parto, las cuales fueron la presencia de ruptura prematura de membranas con embarazo a término que necesito de la aplicación de inducción del trabajo de parto , la fatiga severa de la madre al inicio de la segunda fase del trabajo de parto que determino al obstetra tratante a la aplicación de espátulas de desprendimiento para apoyar el desprendimiento de la cabeza fetal en el parto. Y que el hijo que estaba esperando como consecuencia de este trabajo de parto presenta un apgar severamente deprimido y posteriormente el diagnostico de cefalohematoma. Analizando los registros de historia clínica, no se evidencia falla en de oportunidad de atención brindada a la paciente por parte de la EPS –IPS clínica Materno Infantil Saludcoop, ni Clínica Emmanuel que se plasma en la remisión y recepción oportuna y adecuada de la paciente por parte del grupo especializado de ginecoobstetricia a fin de brindar una mejor opción en el cuidado del trabajo de parto de esta paciente.

Es de resaltar que según la historia clínica, al momento del ingreso el día 16 de abril de hora: 05:56 a la Clínica Emmanuel, la paciente no se encontraba en estado crítico, siendo acertado el plan de manejo indicado para el momento del ingreso hospitalario. Se indicó reforzar el trabajo de parto ya que en razón a llevar más de ocho horas de ruptura de membranas sin trabajo activo, sin cambios evidentes de dilatación en el cuello uterino no haberlo hecho, o haber decidido una intervención cesárea podría haber constituido someterla a un riesgo incrementado de infección.

Si bien las monitorias fetales efectuadas evidenciaron una disminución de la variabilidad en la frecuencia cardiaca fetal no constituye este solo hecho un signo ominoso que obligue a tomar decisiones diferentes a continuar con la evolución del trabajo de parto, cuya evolución no se evidencia completamente en razón a tener solamente dos controles del trabajo de parto registradas en la historia clínica .Es evidente la descripción del cuadro de fatiga materna que lleva a una mala prensa abdominal con alteración del pujo necesario para el expulsivo fetal y hace que la aplicación de las espátulas de desprendimiento sea indicada ,haciendo que para este momento la atención fuera adecuada y oportuna.

Respecto a la Presencia del cefalohematoma en el recién nacido, este bien pudo sucederse durante el trabajo de parto con disminución notoria del líquido amniótico secundario a la ruptura de membranas lo cual puede causar una inadecuada y prolongada compresión de la cabeza contra el canal del parto con un aumento del trauma que suele acompañar este pasaje durante el parto ,si bien es cierto que la aplicación de las espátulas de desprendimiento pueden también causar este tipo de lesiones, la hipoxia fetal por un expulsivo prolongado podría ser más deletérea al feto que el riesgo de su aplicación. No existe en los folios de historia clínica enviados registros del recién nacido y su evolución para tener otros parámetros de análisis, por lo que no existirían elementos que permitiesen señalar la conducta como una acción imperita o equivocada, y menos aun cuando se realizó con el objetivo de disminuir el tiempo del expulsivo y el riesgo de una mayor hipoxia fetal

Teniendo en cuenta la revisión y análisis del caso y además otros argumentos expuestos en la sección de respuestas del cuestionario que solicitó una de las partes (ver anterior sección) se concluye:

Respecto al enfoque en la atención no se encontraron elementos que permiten afirmar que se incurrió en una falla a los principios de oportunidad que afectan la calidad de la atención. Respecto al enfoque inicial en el manejo del trabajo de parto se considera que existió un análisis diagnóstico apropiado al ingreso de la paciente en la institución, se dio acceso de manera oportuna al manejo medico acorde con los diagnósticos de ingreso y conforme a lo requerido para su estado de salud.

En cuanto al manejo del periodo expulsivo, incluyendo la aplicación de las espátulas de Velazco, a pesar del lamentable estado inicial del recién nacido y el hallazgo del cefalohematoma se considera que existen datos que permiten razonablemente afirmar que la actuación médica estuvo ajustada a las exigencias generales de la Lex artis.

1649

Atentamente:

A no pes

- Dr. LUIS ALFONSO LOPEZ JIMENEZ

- Medico Gineco-Obstetra
- Lider Grupo de peritos médicos. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) Carrera 15 # 98-42 Of. 204 - 205
Teléfono 6171455 - Fax 6171465 /76
Móvil 310-6131761

REFERENCIAS

1. Guías de atención materna. secretaria distrital de salud de Bogota 2010
2. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias, Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15 ISBN: 978-958-57937-4-3 Bogotá. Colombia Abril de 2013
3. Omar Felipe Dueñas García, Jesús Jorge Beltrán Montoya . Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgico. 1ª Edición. [Capítulo 16: Manejo de la muerte fetal intrauterina]: McGraw-Hill; 2015.
4. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. Obstet Gynecol 2009; 113(3): 748-61.
5. Kim HM, Kwon SH, Park SH, Kim YS, Oh KW. Intracranial hemorrhage in infants with cephalohematoma. Pediatr Int. 2014;56:378-81.
6. Parker LA. Early recognition and treatment of birth trauma: injuries to the head and face (I). Adv Neonatal Care. 2005; 5: 288-297.
7. ACOG Committee Opinion No. 761 Summary: Cesarean Delivery on Maternal Request. Obstet Gynecol 2019; 133(1): 226-7.
8. Ayala LC. Sufrimiento fetal. Causas. Conducta a seguir. Ginecol Obs Mex. 2009;
9. Cortés H, Escobar E. Parto Vaginal Instrumentado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante un período de 5 años (2000-2004), Medellín, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2006;57(1):27-30.
10. Sereno-Colo J. Uso de forceps en la obstetricia moderna. Gac Med Mex. 1997;133(5):413-30.
11. Cabero L, Sánchez M. Protocolos de Medicina Materno-fetal (Perinatología) 4a Edición. 2014.
10. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá S. Guía de atención de parto instrumentado. 2013.
11. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra:OMS, 2015; 6. www.who.int/topics/maternal health/directrices_OMS_parto_es.pdf

1048

Hoja de Vida

Nombre: LUIS ALFONSO LOPEZ JIMENEZ

Profesión: MEDICO ESPECIALISTA GINECO-OBSTETRICIA

Años de Experiencia: 40

Pas Presidente Asociación Bogotana Obstetricia y Ginecología -ASBOG-.

Secretario general Federación de Colombiana de Obstetricia y Ginecología Bogotá-Colombia.

Presidente Unión Gremial de Ginecólogos-Obstetras de Bogotá y Cundinamarca,

Profesor asociado: Universidad Nueva Granada, Universidad El Bosque, Universidad Antonio Nariño

Coordinador de peritos médicos de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG)

Calificaciones principales

Ginecólogo obstetra universidad del Rosario, profesor asociado Universidad del Bosque por 23 años, Ex profesor asociado Universidad Militar Nueva Granada, Profesor asociado Universidad Antonio Nariño 9 años. Director científico de Asmedas Cundinamarca con la responsabilidad de organizar y dirigir los congresos y actividades científicas de la asociación durante cinco periodos, Vicepresidente y presidente de la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología por seis años con la responsabilidad de organizar y dirigir y promover la actividad de capacitación continua de los asociados incluido el congreso bienal, secretario general de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología por seis años, miembro y representante de la junta directiva en el comité de salud sexual y reproductiva a nivel nacional. Asesor de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá desde el año 2008 en la dirección de desarrollo de servicios, área materno perinatal, coordinador de la revisión e implementación de las guías de manejo para la atención de la gestante en el Distrito Capital actualmente implementadas. Jefe de servicio del área de medicina reproductiva y endoscopia ginecológica por 22 años, en el Hospital Simón Bolívar y Clínica San Pedro Claver de Bogotá. Coordinador del grupo de peritos médicos de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) desde el año 2013, con revisión de 180 solicitudes y respuestas de peritazgos y respuesta directa de 50 de ellos (hasta la fecha 2019).

Formación Académica

INSTITUCIÓN DONDE ESTUDIO	PAÍS	FECHAS		TITULO OBTENIDO
		INICIO	TERMINACION	
Universidad El Rosario	Colombia	1968	1974	Doctor en Medicina y Cirugía
Universidad El Rosario. Hospital Militar	Colombia	1976	1979	Especialista en Ginecología y Obstetricia (se equipara a maestría)
U. Jhon Hopkins	USA	1981		Microcirugía ginecológica- Endocrinología reproductiva
ACOG. American Congres of		2012		FELOW

16409

Obstetricians and Gynecology			
------------------------------	--	--	--

Experiencia laboral

EMPRESA EMPLEADORA	CARGO DESEMPEÑADO	FUNCIONES DESEMPEÑADAS	FECHAS		TIEMPO DE DEDICACIÓN
			DESDE (*)	HASTA (*)	
Hospital Militar Central	Especialista Ginecoobstetricia	Especialista y docente del área e ginecología	VI/79	V.82	Completo
Universidad Militar Nueva Granada	Profesor asistente	Docente pre y post grado Gineco-obstetricia	VI/79	V.82	
Hospital Simón Bolívar	Especialista Ginecoobstetricia	Especialista y docente del área de endoscopia ginecológica y salud reproductiva	VI/1982	VIII/2006	Medio tiempo
Clínica San Pedro Claver. ISS	Especialista Ginecoobstetricia	Especialista y docente del área de endoscopia ginecológica y salud reproductiva	06.VIII/86	30.VIII/2006	Completo
universidad del Bosque	Profesor asociado Gineco-obstetricia	Docente cátedra pre y post grado salud sexual y reproductiva	VII.84	30/VIII/2006	¼ tiempo
Secretaria Distrital de salud de Bogotá	Asesor dirección desarrollo de servicios. área materno-perinatal	Asesoría para el mejoramiento en la mejoría de la calidad de los servicios en el área materna perinatal	7/X/2008.	2012	Completo
Universidad Antonio Nariño	Profesor asociado	Docente cátedra pre - grado	01/2009	06/2018	
Universidad Militar Nueva Granada	Profesor asistente	Docente pre y post grado gineco-obstetricia	VI/79	V.82	
Asmedas Cundinamarca	Director científico	Organización y dirección de la educación continua y congresos de la asociación	VI/79	V.82	Parcial
Hospital Simón Bolívar	Especialista Ginecoobstetricia	Especialista y docente del área de endoscopia ginecológica y salud reproductiva	VI/1982	VIII/2006	Medio tiempo
Universidad del Bosque	Profesor asociado Gineco-obstetricia	Docente cátedra pre y post grado salud sexual y reproductiva	VII.84	30/VIII.2006	¼ tiempo
Secretaría Distrital de salud de Bogotá	Asesor dirección desarrollo de servicios. área materno-perinatal	Asesoría para el mejoramiento en la mejoría de la calidad de los servicios en el área materna perinatal	7/X/08.	7/XII./2011	Completo

1050

EMPRESA EMPLEADORA	CARGO DESEMPEÑADO	FUNCIONES DESEMPEÑADAS	FECHAS		TIEMPO DE DEDICACIÓN
			DESDE (*)	HASTA (*)	
Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología	Fiscal Vicepresidente Presidente Past presidente	Dirección y organización de la educación continua y congresos médicos de la asociación	III/2006 2008 III/2010 2012 2014	III.2008 2010 III/2012 2014 2016	
Federación colombiana de obstetricia y ginecología. Fecolsog	Secretario general Delegado Junta al comité de salud sexual y reproductiva nacional	Coordinación de las actividades desarrolladas, y actividades del comité de salud sexual y reproductiva de la asociación.	IV/ 2010 2012 2014	IV/ 2012 2014 2016	
Unión Gremial de Gineco-obstetras Bogotá y Cundinamarca. UGOBIC	Presidente	Organizar, convocar y proyectar la asociación. 2015-2017			

Trabajos Publicados

- 1.-Peridural y conducción del trabajo de parto XII congreso nacional gineco-obstetricia, Medellín 1977 anales.
- 2.-Reversión de esterilización tubarica por la técnica de macro cirugía, rev. col obst-gin, vol 31 n.5-323 sep-oct. 1980. hosmil medica No. 1 .1980.
- 3.- Tratamiento de la infertilidad femenina de causa tubarica con técnica de microcirugía, premio nacional Pedro Nel Cardona al mejor trabajo de investigación, XIV congreso nacional de gineco-obstetricia, Cartagena col. 1981.rev.col obst-gin vol. XXXII n.6 nov.-dic. 1981.
- 4.-Facilitación del trabajo de parto por dextropropoxifen. XIV congreso Nacional de ginecología y obstetricia, Cartagena col.1981.trb.med. lxvi n. 6 sep. Especial sep.1982
- 5.-Tratamiento de iue por técnica uretropexia retropubica por vía vaginal XIV congreso nacional gineco-obst. 1981. rev. col. obst-gin vol.xxxiv n.I feb.1983.
- 6.-Incidencia de factores de infertilidad en Colombia XVIII congreso Nacional de gin-obst. Barranquilla col.1991.

7.-Tratamiento médico de la infertilidad masculina. XIX congreso Nacional gineco-obst. Medellín col. 1993.

8.- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. XXI congreso Nacional gineco-obst- 1995 Barranquilla Colombia.

9.-Metaplasia ósea endometrial. Controversias en ginecología y obst. vol. 8 No 45 dio. 2001-vol. 9 No 46 en.2002.374-77.

10.-Perdida de la densidad mineral ósea en mujeres jóvenes. Controversias en ginecología y obstetricia vol.10 No.57 feb.2003.

Libro: capitulo XXIX-manual básico de obstetricia. Escuela Colombiana de Medicina colección educación médica, vol. 18.1994.

Colaborador principal en guías de atención en gineco-obstetricia Secretaría Distrital de Salud Bogotá—Asbog. 2009-2010.

Asistencia y Participación – Conferencista – En Congresos y Cursos – Sesiones de Educación Continua

Lanzamiento Guías de atención de atención materna SDS Bogotá. Intensidad 8 h enero 29 2010-SDS Bogotá- ASBOG-FECOLSOG.

III Congreso actualización médica y seguridad Social. SDS y Asmedas. Intensidad 8 h 28.mayo 2010
Primera jornada Distrital de actualización en prevención del cáncer de cuello uterino. Conferencista agosto 2010. Bogotá DC. SDS. ASBOG-as. Colposcopia

VII congreso Latinoamericano de colposcopia y patología del tracto genital inferior. Cartagena Col. Oct.14-16 2010. Intensidad 25 horas. FLPTCIC-Fecolsog-

Organizador y Moderador de 09 sesiones académicas Temas. Gineco-obstetricia para asociados ASBOG de Febrero a Noviembre 2010. Bogotá.

Presidente XIII Congreso Bienal de obstetricia y Ginecologia.Conferencista Bogotá DC. 24-25-26 marzo 2011 Intensidad 22 h. Asbog-Fecolsog.

Organizador y Moderador de 09 sesiones académicas Temas. Gineco-obstetricia para asociados ASBOG de

1052

Febrero a Noviembre 2011. Bogotá

XXVIII Congreso nacional de obstetricia y Ginecología. Conferencista. Cartagena col 16al19 de mayo. 2012

Organizador y Moderador de 09 sesiones académicas Temas. Gineco-obstetricia para asociados ASBOG de Febrero a Noviembre 2012. Bogotá

Presidente XIV Congreso Bial de Obstetricia y Ginecologia.ASBOG. Abril 2013. Bogotá DC

Figo Regional Conference of Gynecology and obstetrics. Conferencista. 2,2,4 mayo 2013. Cartagena. Intensidad 22 h. Figo-Flasog-Fecolsog. (100 puntos)

III Congreso de Ginecología y Obstetricia para médicos generales. Conferencista. 25, 26,27 Julio 2013. Bogotá Intensidad 22 h. Fecolsog.

V congreso de Medicina. Universidad Antonio Nariño. Conferencista 29,30 Oct. 2013. Bogotá.

XII Congreso SIAEGI.III congreso colombiano de endoscopia ginecológica. Conferencista 25, 26, 27 Noviembre 2013. Cartagena. Siaegi-Fecolsog. Intensidad 22 h. 100 puntos.

Organizador y Moderador de 09 sesiones académicas Temas. Gineco-obstetricia para asociados ASBOG de Febrero a Noviembre 2013. Bogotá

Seminario taller de formación de peritos en Ginecoobstetricia. Fecolsog. 2,3 mayo 2014. Intensidad 16 horas-Organizador.

XXIX Congreso nacional obstetricia y Ginecologia. Junta Directiva. 29,30 y 31 mayo 2014. Medellín Col. Intensidad 22 h.Fecolsog.150 puntos.

Taller construcción preguntas para prueba de estado saber Pro. Ascofame-ICFES. 18 junio 2014.Bogota.IV congreso de Ginecología y Obstetricia para médicos generales. Conferencista. 6, 7,8 Agosto 2014. Barranquilla. Col. Intensidad 22 h. Fecolsog.

Primer simposio nacional Ginecología y Obstetricia para enfermeras. Conferencista. 5 y 6 septiembre de 2014.Bogota DC. Intensidad 16 horas. Fecolsog.

Curso de educación en salud. Universidad Antonio Nariño. Bogotá. Intensidad 56 horas. Enero 15-30 de 2015.

XV Congreso Bial Ginecología y Obstetricia. ASBOG. Conferencista 16, 17,18 abril 2015. Intensidad 22 h. Bogotá DC

V Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia para médicos generales. Intensidad 22 h. Conferencista.3,

1053

5 de julio 2015. Bogotá. Fecolsog.

IV Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecologica.9 al 12 septiembre 2015.Pererira Col. Intensidad 22 h. 100 puntos. Fecolsog.

VI Congreso de Medicina UAN II congreso Internacional de Medicina UAN. Conferencista. 27 y 28 de Octubre de 2015. Bogotá.

XXX Congreso nacional obstetricia y Ginecologia. conferencista, Junta Directiva. mayo 2016.Cali. Col. Intensidad 22 h.Fecolsog.150 puntos.

XVI Congreso Bienal Ginecología y Obstetricia. ASBOG. Conferencista. Junta Directiva 26, 27,28 abril 2017. Intensidad 24 h. Bogotá DC

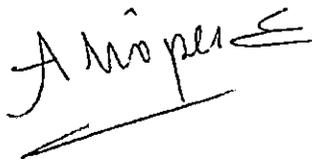
Sesiones académicas mensuales Asociación Bogotana de obstetricia y Ginecología años 2007-2017.

Conferencista taller peritos médicos Federación colombiana de ginecología y obstetricia:Fecolsog., cali Colombia ,julio 27,28 de 2017.

XVII Congreso Bienal Ginecología y Obstetricia. ASBOG. Conferencista. 27,28 ,29 marzo 2019. Intensidad 24 h. Bogotá DC

Yo, el abajo firmante, certifico que, según mi entender, estos datos describen correctamente mi persona, mis calificaciones y mi experiencia.

Nombre completo



LUIS ALFONSO LOPEZ JIMENEZ

Telefono.3102175964



Bogotá, 24 de febrero de 2020

Consecutivo: 461

Señores
JUZGADO 45 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÀ
Dr. Juan Jose Cabrales Pinzon
Calle 24 a # 59 - 42 Edificio T3 - Torre A - Oficina 306
Bogotá – Cundinamarca

ASUNTO
ACCION
DEMANDANTE

DEMANDADO

DICTAMEN PERICIAL
REPARACIÓN DIRECTA
MARÍA LORENA CABALLERO Y CARLOS CHAVEZ
AREVALO
DR. RAFAEL FERNANDO DUQUE RAMÍREZ

Estimados señores:

Reciban un cordial saludo de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología-FECOLSOG.

Por medio del presente documento, hacemos envío del dictamen del proceso de la referencia en 42 Folios, en los cuales adjunto: Copia de dictamen pericial realizado junto con hoja de vida del perito y los debidos soportes.

También se adjunta la historia clínica allegada por ustedes en 63 folios, para un total 105 folios.

Agradecemos su atención y quedamos a la espera de su respuesta.

Atentamente,

Dr. LUIS ALFONSO LÓPEZ
Líder Grupo de Peritos FECOLSOG
Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología-FECOLSOG



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO CUARENTA Y CINCO CIVIL DEL CIRCUITO

j45cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., 28 de septiembre de 2020

Ordinario No. 2012 – 00536

De la experticia que milita a folios 1037 a 1047 rendida por FECOLSOG, se corre traslado a los extremos procesales en contienda por el término en común de tres (3) días, de conformidad con lo reglado en el numeral 1° del artículo 238 del C de P.C.

NOTIFÍQUESE,

GLORIA CECILIA RAMOS MURCIA
JUEZA

JV

JUZGADO CUARENTA Y CINCO
CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D. C.

La presente providencia se notifica por
ESTADO

No 024 Hoy 29 de septiembre de 2020

MÓNICA TATIANA FONSECA ARDILA
Secretaria