



Medellín, octubre 03 de 2019

Doctora

GLORIA AMPARO RODRIGUEZ

CALI – VALLE DEL CAUCA

E. S. M.

JUZGADO: DIECIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
REFERENCIA: ORDINARIO R.C / RADICADO **2012 – 00405**
DEMANDANTE: MARIBEL GUERRERO BASTIDAS Y OTRO
DEMANDADO: COMFENALCO VALLE DEL CAUCA Y OTROS
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MEDICO PERICIAL

Respetada doctora Rodríguez,

De manera atenta hacemos entrega del Dictamen Médico Pericial solicitado por usted en días anteriores. Dicho concepto es rendido por la Universidad CES a través de la Doctora Sandra María Vélez Cuervo, Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia, Docente Universitaria y Perito CENDES.

La aclaración a este dictamen sólo se surtirá si la solicitud se hace dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de este escrito.

En igual sentido se hace devolución de las copias de la historia clínica remitidas para la realización del Dictamen Médico Pericial.

Con el fin de hacer menos costosa la sustentación oral, la institución cuenta con los medios suficientes para realizar la presentación vía remota bajo la modalidad Skype (usuario: cendes.ces) y recomienda revisar dicha posibilidad, la cual tiene un costo de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes. En caso de requerirse la presencia del especialista en las instalaciones del juzgado para la sustentación del dictamen en audiencia oral, se debe sufragar el pago de cuatro salarios mínimos mensuales legales vigentes y se nos debe notificar mínimo con un mes de antelación.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que elabora el dictamen, listado de casos en los que ha participado como perito médico y certificación de auxiliar de la justicia de la institución.

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES



Medellín, octubre de 2019

Doctora

GLORIA AMPARO RODRIGUEZ

E. S. M.

JUZGADO: DIECIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
REFERENCIA: ORDINARIO R.C / RADICADO 2012 – 00405
DEMANDANTE: MARIBEL GUERRERO BASTIDAS Y OTRO
DEMANDADO: COMFENALCO VALLE DEL CAUCA Y OTROS
ASUNTO: DICTAMEN MEDICO PERICIAL

Respetada doctora Rodríguez,

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

PERFIL PROFESIONAL DE LA PERITO

Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia
International Fellowship Training in Perinatology, USA
Jefe departamento Ginecología y Obstetricia U de A
Docente Universitaria
Perito CENDES

Dirección de contacto: Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia
Teléfono: 444 05 55 ext. 1601 – 1352

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.
- 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.
- 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 MARIBEL GUERRERO BASTIDAS

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Año 2003

Septiembre 23 de 2003

Paciente ama de casa de 25 años, que consulta por un atraso menstrual, con náuseas, vómito, dolor en hipogastrio y en piel de región malar un brote desde hace tres meses, que se exacerba con la exposición al sol. Fecha de la última menstruación 15 de agosto del 2003.

Al examen físico peso de 50 kg, talla 153 cm, presión arterial 120/80, temperatura 37, índice de masa corporal 21,37.

Solicitaron una prueba de embarazo y anticuerpos antinucleares.

Septiembre 29 del 2013 Resultados paraclínicos con ANA positivo 1:320 patrón granular, no refiere otra sintomatología, niega artralgias.

Solicitaron otros paraclínicos como complemento, cuadro hemático y paraclínicos de ingreso a control prenatal y realizaron remisión a medicina interna.

Octubre 3 de 2003 embarazo de siete - ocho semanas, asintomática desde el punto de vista de su gestación, con lesiones papuloeritematosas malares y escasas en dorso de la nariz, se diagnosticó una candidiasis de la vulva, lupus eritematoso y solicitaron proteinuria en 24 horas, creatinina depuración 24 horas y formularon clotrimazol.

Octubre 17 de 2003 anotan que fue remitida por medicina interna para hospitalización y manejo con esteroides, solicitan valoración por nefrología y reumatología. Embarazo de 8 semanas, proteinuria de 2.5 gramos en 24 horas.

ANAS positivos, eritema facial sin otro componente de criterios de lupus, con función renal conservada, creatinina: 0,8, depuración de creatinina 65.3 ml/minuto, creatinina 0,7, con volumen urinario 1520cc, estable hemodinámicamente, alas de mariposa anota que no encuentra criterios clínicos de glomerulonefritis rápidamente progresiva y función renal conservada.

Concluyen un lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos, con síndrome nefrítico rápidamente progresivo, anomalía glomerular y remiten para inicio de esteroides a altas dosis.

Octubre 27 de 2003: embarazo de 10 semanas por fecha de última menstruación, hemodinámicamente estable, solicitaron anti RO, anti LA, anticoagulante lúpico y anticardiolipina, tratamiento con ácido fólico y prednisolona 50 mg.



Control prenatal 31 de octubre cita con ginecología, medicina interna, nefrología, dan recomendaciones de dieta y signos de alarma.

Consultas noviembre 5 y noviembre 11 de 2013 embarazo de más o menos 15 semanas, sin cambios relevantes en su condición clínica.

Noviembre 14 de 2013 tomando Prednisona 50 mg, con anticoagulante lúpico negativo, estable hemodinámicamente, ecografía para embarazo de 13 semanas por biometría.

Proteinuria 5.1 gramos en 24 horas anticoagulante lúpico negativo, anti ro y anti la negativos, creatinina 0,8, hemoglobina 11,5 gramos/decilitro, solicitaron una ecografía obstétrica de Tercer nivel y control prenatal especializado.

Noviembre 16 de 2003 consultó por fiebre y cefalea, diagnosticaron un cuadro urinario y candidiasis vaginal por lo que formularon nitrofurantoína y óvulos de Clotrimazol.

Control médico noviembre 28 encuentran paciente asintomática, estable hemodinámicamente.

Diciembre 9 de 2003 asintomática, con feto creciendo adecuadamente, proteinuria 3 gramos en 24 horas, se hospitaliza para aplicación de metilprednisolona 1 gramo día por 3 días

Diciembre 12 anotan además hipoalbuminemia y que tiene pendiente hospitalización para tratamiento con metilprednisolona

Diciembre 26 de 2003 asistió a control prenatal sin hallazgos importantes y relevantes, mencionan que llevo ecografía de Tercer nivel dieron instrucciones sobre dieta recomendaciones.

Año 2004

Enero 13: embarazo de 20 semanas, proteinuria de 1.18 gramos en 24 horas, albúmina 2.45, ordenaron laboratorio de control y evaluación por nefrología.

Continúa pendiente hospitalización para ciclo de metilprednisolona, consumiendo Prednisona 50 mg y aspirina 100 al día.

Enero 23 asiste a control prenatal, asintomática, con embarazo de 22 semanas y 2 días por ecografía, pendiente una ecografía de control y urocultivo, ya estuvo hospitalizado para el ciclo de prednisolona.

Febrero 10 de 2004 embarazo de 22 semanas, albúmina 2.93, proteinuria 1,9 gramos en 24 horas, creatinina 0,7, se ordenó un bolo de metilprednisolona nuevamente para



pasar en 2 horas, anotaron diagnóstico de nefritis lúpica y glomerulopatía con síndrome nefrótico. Solicitaron paraclínicos de control.

Febrero 18: creatinina de 53,7 ml/minuto. Placenta anterior de inserción baja sin sangrado. Recomendaciones de dieta.

Marzo 17 proteinuria 407 mg en 24 horas, ácido úrico 2.6, albúmina 2.42, se recomienda control prenatal especializado. Evaluar conjuntamente con nutrición durante el control prenatal.

Abril 14 de 2004 consulta por sangrado genital, embarazo 33 semanas y cinco días, desde hace 6 horas con sangrado escaso, malestar general, sin dolores, sin pérdidas vaginales, no otros síntomas urinarios, sin fiebre, al examen físico: especuloscopia: Se observa coágulos escasos en canal vaginal, vagina normotérmica elástica, cuello corto posterior cerrado, altura uterina 32 cm, feto vivo, frecuencia cardíaca fetal 148 por minuto, sin actividad uterina, poca colaboración de la paciente por lo que la especuloscopia se hizo difícil. Solicitaron un citoquímico de orina y sedimento urinario, monitoreo y ecografía obstétrica, se citó con control de ginecología en 48 horas.

Abril 23 control prenatal sin alteraciones solicitaron paraclínicos de control.

Abril 25 de 2004 paciente remitida de la empresa de salud, presentando dos horas antes sangrado vaginal súbito, abundante inoloro y embarazo de 35 semanas, control prenatal normal, ecografía que muestra placenta fúndica corporal en abril lo que descarta una placenta previa como causa de sangrado, paciente ingresa en excelentes condiciones generales, normotensa y afebril, hemodinámicamente. Estable, sangrado abundante, en el momento del ingreso con expulsión de líquido sanguinolento abundante lo que hace pensar rotura de membranas, se encuentra feto en transverso, monitoreo fetal normal, se programó para cesárea; se realiza procedimiento a las 10:30 a.m., feto en transversa con posible desprendimiento prematuro de la placenta, embarazo de 35 semanas, en el los hallazgos en la cesárea se encuentra desprendimiento prematuro de placenta con un hematoma retroplacentario de un 15%, feto un transversa de 2300 gramos, apgar 10/ 10.

Evolucionó satisfactoriamente en el post quirúrgico. Se da de alta al siguiente día, en buenas condiciones generales ella y su bebé.

Junio 22 de 2004 consulta de planificación familiar: paciente estable, lactando, utilizando método del ritmo y condón, se da a asesoría en general sobre anticoncepción y la usuaria elige método de Barrera: condón más óvulos, se le explica el porcentaje de falla del método, forma de uso riesgos y beneficios de otros métodos anticonceptivos.

Paciente continúa en el 2004 y 2005 en controles con medicina interna y nefrología.



Año 2006

Enero 12 2006 consulta nuevamente por atraso menstrual desde el 6 de diciembre, con dolor en ambas mamas, náuseas sin vómito, pesó 48.7 kg, índice de masa corporal de 20,81, solicitan prueba de embarazo, transcriben paraclínicos solicitados por nefrología.

Marzo 14 de 2006 embarazo confirmado, no síntomas dermatológicos, solicitaron paraclínicos.

Abril 5 de 2006. Paciente de 27 años, secundigestante, embarazo de 7 semana, por amenorrea confiable, antecedente de lupus con compromiso renal en control con nefrólogo, manejado con prednisolona 5 mg dos veces al día, sin perdidas vaginales, buen apetito, embarazo no planeado, niega primipaternidad, estable hemodinámicamente, se remite a control prenatal.

Abril 7 de 2006 consulta porque no ve bien, relata problemas de miopía desde hace 15 años sin control con optometría, al examen físico estable hemodinámicamente, se remite a evaluación por optometría, se dan recomendaciones.

Abril 17 del 2006 embarazo de 18 semanas y 6 días, tratamiento con prednisolona y ácido fólico, control de abril 10 evidenció actividad lúpica, actualmente asintomática, estable hemodinámicamente, se solicitó ecografía obstétrica.

Mayo 5 del 2006 embarazo de 21 semanas, con edema en miembro inferior que disminuye con el reposo, estable hemodinámicamente.

Junio 2 de 2006 control prenatal dentro de límites normales, anotaron excesivo aumento de peso en el embarazo, solicitaron paraclínicos, proteinuria, se dio instrucciones sobre signos de alarma, control con nefrólogo en junio 17.

Junio 15 2006 paraclínicos: albúmina 3.4 gramos por decilitro, creatinina 0,6 mg por decilitro, hemograma normal, prednisolona con adecuada tolerancia refiere polifagia evaluación nutricional.

Junio 23 de 2006 asiste a control prenatal con embarazo de 28 semanas y 5 días, en control de nefrología de junio 16 se considera que está sin actividad lúpica con función renal normal y se continúa prednisolona 10 mg al día, trae proteinuria negativa de 75.68 mg en 24 horas y depuración de creatinina normal 83.96, se diagnosticó un falso trabajo de parto antes de las 37 semanas y se ordena nifedipina se dan instrucciones sobre signos de alarma.

Julio 1 de 2006. Realiza control prenatal. Diagnosticaron una enfermedad inflamatoria del cuello uterino y formularon amoxicilina ceftriaxona doxiciclina embarazo de 29 semanas y un día.



Julio 12 de 2006 continúa en tratamiento con nifedipina por síndrome de parto pretérmino, continúan igual tratamiento médico.

Julio 29 de 2006 embarazo de 33 semanas, asintomática, edema en miembros inferiores que cede con el reposo, solicitaron paraclínicos.

Agosto 11 estable hemodinámicamente, con embarazo de 35 semanas, se cita en dos semanas para programar cesárea por distocia pélvica y cesárea previa.

Agosto 25 del 2006 asiste a control, estable hemodinámicamente, asintomática, se indica cesárea más pomeroy para septiembre 6 por desproporción de vida estrechez general.

Septiembre 4 del 2006 se programa para realizar cesárea y tubectomía, tiene firmado los consentimientos informados donde se explica procedimiento y acerca de la tubectomía qué es un método Irreversible, pero qué puede fallar en 2 de cada 1000 mujeres.

Septiembre 6 se realiza cesárea más pomeroy bilateral, bebe peso 2900 gramos, apgar 8- 9- 10, describen lupus inactivo.

Octubre 11 de 2006 paciente consulta por un cuadro de cefalea hemiparietal derecha, sin náuseas, ni vómito, no focalización, examen neurológico normal, estable hemodinámicamente, formularon analgesia y dieron recomendaciones.

Año 2008

Abril 21 de 2008 consulta por retraso menstrual, recomiendan prueba de embarazo, examen físico dentro de límites normales.

Abril 22 Se confirma prueba de embarazo y se solicitan paraclínicos para ingreso a control prenatal, refiere lesiones tipo placas en pliegues pruriginosas y descamativas sdiagnosticaron dermatitis atópica y formulan hidrocortisona tópica, se remite a control prenatal cspcializado.

Mayo 2 de 2008. paciente de 29 años secundigestante, dos cesáreas previas, embarazo de 7 semanas y 4 días, asintomática, estable hemodinámicamente, índice de masa corporal 20, solicitan para clínicos para evaluar actividad lúpica.

Mayo 22 de 2008 control prenatal, embarazo de 10 semanas, antecedente de nefropatía lúpica y pomeroy, asintomática, solicitan paraclínicos para evaluar nefropatía y valoración por grupo multidisciplinario.

Había suspendido la prednisolona al parecer por problemas económicos. reinician a 5 mg día.



Junio 6 de 2008 se entrega reporte de VIH negativo, embarazo no planeado pero aceptado.

Junio 19 embarazo de 14 semanas y 4 días por ecografía anticardiolipina negativo depuración de creatinina normal proteinuria en 24 horas 44 mg anti tenía positivo 1 en 80 complemento normal continúa con placas eritematosas y solicitan valoración por dermatología.

Agosto 21 de 2008. Embarazo de 23 semanas, ecografía de nivel 3 normal, estable hemodinámicamente, se explican signos de alarma.

Septiembre 2 de 2008 Embarazo de 25 semanas por fecha de última menstruación y ecografía, en control prenatal especializado, asintomática, examen físico dentro de límites normales a excepción de las lesiones en piel, altura uterina 23 cm, frecuencia cardíaca fetal 148 por minuto, sin actividad uterina, genitales normales, solicitan paraclínicos de control prenatal.

Septiembre 25 glicemia post carga 97 a con prednisolona 5 mg al día.

Octubre 8 asiste a control prenatal con 30 semanas y un día, sin alteraciones de su gestación, frecuencia cardíaca fetal 146 por minuto, resto de examen físico normal, presiones arteriales siempre en límites normales durante el control prenatal.

Octubre 16 embarazo de 31 semanas, ecografía del 14 de octubre muestra macrosomía fetal, solicitan una curva de glicemia de 3 horas.

Noviembre 5. Embarazo de 34 semanas, percibe movimientos fetales, estable hemodinámicamente, se cita en tres semanas para programar cesárea.

Noviembre 14 embarazo de 35 semanas, asiste a control prenatal, sin sintomatología de su gestación, presiones arteriales normales, prednisolona y se cita en dos semanas.

Noviembre 26 de 2008 embarazo de 37 semanas, con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro, se programa para después el 6 de diciembre por antecedente de dos cesáreas previas, hemoglobina 10, se formuló hierro oral.

Diciembre 6 se realiza cesárea, recién nacido vivo de 3300g, se realiza además pomey bilaterale.

Año 2009

Agosto 20 de 2009 asiste a control de lupus, recomendaron continuar tomando prednisolona 5 mg, mucho temor de volver a quedar embarazada, se envía psicología por una reacción de estrés agudo.



CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune de carácter sistémico con una predominancia considerable en el sexo femenino donde la relación mujer: hombre se ha establecido en 9:1. Alrededor del 75% de los pacientes con LES tiene un inicio de la enfermedad entre las edades de 16 y 55 años con una edad promedio al momento del diagnóstico de 37 a 50 años en mujeres blancas y 15 a 44 en las de raza negra. Con un aumento en la supervivencia y la calidad de vida en los últimos años; llevando esta suma de factores a que cada vez se encuentren mujeres con LES en edad reproductiva en capacidad de lograr un embarazo.

La coexistencia de LES y embarazo se ha asociado con un aumento en la morbimortalidad en relación con los efectos de la gestación sobre el sistema inmune y a los efectos del LES y las comorbilidades asociadas sobre el desarrollo feto-placentario. Sin embargo, las diferentes intervenciones terapéuticas han llevado a mejorar las tasas de embarazos exitosos en los últimos años.

El enfoque de las pacientes con LES debe comenzar desde la etapa preconcepcional y debe involucrar la actuación de un equipo multidisciplinario en cabeza del obstetra y el reumatólogo.

La valoración preconcepcional es un punto de vital importancia en la paciente con LES que desea embarazarse y el objetivo principal de esta, es la evaluación de la condición basal de la paciente, valorar factores pronósticos, modificar el tratamiento farmacológico en caso de ser necesario y establecer un plan de manejo individualizado durante la futura gestación.

Las condiciones listadas en la Tabla 1 implican alto riesgo de complicaciones materno-fetales y podrían contraindicar la gestación, en estas destacan la crisis severa, accidente cerebrovascular o nefritis activa en los últimos 6-12 meses y deben alertar a la paciente a retrasar la búsqueda de la gestación.

La presencia de actividad o crisis lúpica en los últimos 6-12 meses previo al momento de la concepción aumenta el riesgo de activación de la enfermedad durante el embarazo y el puerperio (RR 2.1), complicaciones hipertensivas (OR 12.7 para preeclampsia (PE) - eclampsia) y morbimortalidad fetal (RR: 5.7 de pérdida del embarazo, OR 3.0 para pérdida fetal temprana, RR 3,5 para restricción del crecimiento



intrauterino (RCIU), RR: 6.5 para parto pretérmino); así como el riesgo de cesárea de emergencia (OR 19.0).

El antecedente o la nefritis lúpica activa al momento de la concepción es el predictor más fuerte de complicaciones maternas, como descompensación renal durante o después de la gestación (OR

19.0) y de complicaciones fetales con un RR: 7.3 para pérdida fetal y RR: 18.9 para parto pretérmino.

Tabla 1. Contraindicaciones para la gestación en pacientes con LES

- Crisis lúpica severa en los últimos 6 meses
- Nefritis lúpica activa en los últimos 6 meses
- ACV en los últimos 6 meses
- Antecedente de preeclampsia severa y precoz o HELLP a pesar de tratamiento
- Hipertensión pulmonar severa (PSAP>50 mmHg o sintomática)
- Enfermedad pulmonar restrictiva severa (capacidad vital forzada <1lt)
- Falla renal crónica (creatina>2.8 mg/dl)
- Falla cardíaca

La hipertensión arterial representa un aumento de riesgo de preeclampsia (OR 4.8–7.3) y de parto pretérmino (RR 1.8).

El uso de glucocorticoides con dosis de mantenimiento ≥ 10 –20 mg/día de prednisona o equivalente ha mostrado un aumento del riesgo de parto pretérmino (OR 3.5). La suspensión de la hidroxiclороquina está relacionada con un incremento en el riesgo de exacerbaciones durante el embarazo.

En general, en las mujeres con LES (con o sin SAF) la tasa de prematuridad es de 25-35%, preeclampsia – eclampsia 10-15% y HELLP 1-1.5%. Y cuando se asocia con SAF (primario o asociado a LES) las frecuencias son 25-35%, 10-20% y 3-5%, respectivamente.

La gestación de pacientes con LES se encuentra asociado a un mayor número de complicaciones materno fetales que hacen necesario un protocolo de manejo específico. Un estudio evidenció un incremento de 20 veces en el riesgo de morir y un aumento del riesgo de 2-8 veces de complicaciones como preeclampsia, HTA, HPP e infecciones.

Del lado fetal las complicaciones más frecuentes son: mayor tasa de pérdida gestacional, parto pretérmino (50% nacen antes de las 37 semanas), restricción de crecimiento intrauterino (RCIU 10-30%) y lupus neonatal; y los factores predictores de estas complicaciones están en relación con la actividad de la enfermedad, la presencia de nefritis lúpica, anticuerpos anti fosfolípidos, trombocitopenia, proteinuria e HTA. Sin embargo, la tasa de pérdida fetal ha disminuido significativamente, con una tasa de nacidos vivos hasta en el 90% de los casos según el reporte de los últimos estudios.

El manejo debe realizarse por un grupo multidisciplinario que involucre al reumatólogo, el obstetra y el especialista en medicina materno fetal. La periodicidad



de las visitas se establecerá según la severidad de la enfermedad y las comorbilidades asociadas.

Reumatología la evaluará cada mes o más frecuentemente en caso de crisis, por su parte obstetricia la evaluará cada mes hasta la semana 28, luego cada 2 semanas hasta la semana 36 y semanalmente de ahí en adelante.

Uno de los retos del manejo de la paciente con crisis lúpica es la diferenciación entre una nefritis lúpica y una preeclampsia, es importante ir con calma y no apresurarse a la terminación del embarazo, sobre todo en gestaciones tempranas, hasta no haber realizado el ejercicio del diagnóstico diferencial que se ilustra la Tabla 3.

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de nefritis lúpica y preeclampsia

Parámetro	Nefritis lúpica	Preeclampsia
Presión arterial	Normal-Alta	Alta
Inicio de HTA	Antes o después de 20 semanas	Después de 20 semanas
Proteinuria	Presente	Presente
Sedimento urinario	Activo (hematuria-cilindros)	Inactivo
Ácido úrico	Normal	Elevado
Anticuerpos antiDNA	En aumento	Estables o normales
Complemento sérico	Disminuido	Normal
Actividad extrarrenal	Puede estar presente	Ausente

Existen otras herramientas a tener en cuenta como son los biomarcadores (PIGF y el sFLT1) y el Doppler de arterias uterinas ya que esta alterado en el 80% de las PE precoces y en más del 50% de los casos se encuentra PE asociada a RCIU.

Las pacientes con LES inactivo y sin la coexistencia de otras comorbilidades no se benefician de finalizar prematuramente la gestación y puede llevarse hasta las 40 semanas siguiendo.

El protocolo de vigilancia y manejo descrito previamente. En caso de coexistencia de otras condiciones, la finalización de la gestación está guiada por estas.

Un punto importante es la tromboprofilaxis de estas pacientes, las cuales son consideradas de riesgo intermedio se debe iniciar con enoxaparina al menos durante 10 días, sin embargo, si la paciente persiste con lupus activo se debe considerar por más tiempo.

En cuanto al tratamiento se debe mantener el mismo tratamiento usado durante la gestación con posibilidad de usar antiinflamatorios y otros antihipertensivos en casos necesarios. Siendo compatibles con la lactancia, la hidroxiclороquina, prednisona a dosis menores de 20mg, la ciclosporina y la azatioprina; los antihipertensivos sin restricción, excepto los IECAS cuando se va a lactar un bebé que nació por debajo de las 32 semanas.



Deben plantearse métodos anticonceptivos altamente efectivos y en caso de paridad satisfecha, los métodos quirúrgicos definitivos son una buena opción.

El dispositivo intrauterino tipo T de cobre puede ser usado en cualquier paciente, mientras no exista contraindicación ginecológica, los dispositivos liberadores de levonorgestrel, pueden ser usados cuando sus beneficios adicionales, generalmente sobre el volumen de sangrado, superen el riesgo bajo de trombosis.

La seguridad de las píldoras combinadas y píldoras de solo progestágenos en pacientes con LES inactivo o activo estable y anticuerpos anti fosfolípidos negativo ha sido demostrada en un RCT.

En mujeres con anticuerpos anti fosfolípidos (con o sin diagnóstico de SAF) los anticonceptivos hormonales (píldoras, anillos, parches) están contraindicados.

En pacientes jóvenes con infarto de miocardio o accidente cerebrovascular el uso de píldoras combinadas aumenta el riesgo de eventos arteriales. En pacientes que estén bajo regímenes completos de anticoagulación, con un perfil de SAF de bajo riesgo, los compuestos de solo progestágenos, podrían ser recomendados siempre y cuando se balanceen riesgos/beneficios.

La ligadura de las trompas de Falopio (ligadura tubaria LT) es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión de las gametas (óvulo-espermatozoide). Sirve para evitar el embarazo en forma permanente.

La indicación de la ligadura tubaria puede deberse a la solicitud de una mujer sana, quien elige libremente este método anticonceptivo luego de una adecuada consejería, o debido a recomendación médica ante situaciones que desaconsejan la posibilidad de procreación, como algunas enfermedades clínicas o psiquiátricas, anomalías genéticas o posibles complicaciones obstétricas.

La ligadura tubárica es un procedimiento que, bien realizado, resulta inocuo para la usuaria desde el punto de vista endocrinológico reproductivo. Hay evidencias que la reserva ovárica y la función hormonal no se modifican desfavorablemente por la práctica de la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina.

No se han realizado ensayos randomizados bien controlados en relación a las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas para la LT. Muchas de ellas han sido utilizadas por años y su uso recae más en la tradición, que en la evidencia científica.

Ligadura y sección: Estas técnicas implican la ligadura de las trompas con material de sutura, la sección de las mismas y, en algunas de ellas, también la exéresis



de una porción de la trompa. Se describe la técnica de Pomeroy, por ser una de las más empleadas por vía laparotómica.

Técnica de Pomeroy: Es la más utilizada dentro de este grupo porque es simple y efectiva. Consiste en ligar la base de una pequeña asa de la trompa cerca de la porción media con suturas reabsorbibles, seccionando luego en la parte superior (salpingectomía parcial). El material de sutura se absorbe rápidamente, reduciendo las posibilidades de inflamación y formación de una fistula que produzca la recanalización tubaria. Este procedimiento destruye aproximadamente a cm de trompa, por lo cual, en el caso de tener que efectuar la reversión de la LT, ésta sería más dificultosa.

Los índices de complicaciones son muy bajos, de acuerdo con la experiencia del equipo operador. Posibles Complicaciones inmediatas (muy baja frecuencia):- Hemorragia superficial- Dolor en el sitio de la incisión- Hematoma subcutáneo o infraaponeurótico- Infección de la herida- Fiebre postoperatoria- Lesiones de vejiga o intestino - Accidentes anestésicos- Lesiones vasculares leves (lesión del meso intestinal) o severas (lesión de venas o arterias ilíacas, aorta o cava)- Hemorragias- Dolor pelviano (luego de colocación de anillos)- Absceso de cúpula vaginal y lesiones urológicas en la vía de acceso vaginal.

La ligadura tubaria es el único método permanente para la mujer para evitar la concepción. La presencia de un embarazo, ya sea intrauterino o ectópico, evidencia su falla. Según datos de la OMS, el porcentaje de falla al año es del 0,5% (1 embarazo cada 200 usuarias) y del 0.8% a los 10 años. Si el procedimiento es realizado en el postparto inmediato, la falla es del 0.05% al año (1embarazo cada 2 000 usuarias) y 0.75% a los 10 años (1 embarazo cada 133 usuarias).

El embarazo puede deberse a una falla intrínseca del método: • Recanalización: los extremos de las trompas se reconectar espontáneamente • Aparición de una fistula en la parte ocluida que permita el paso de las gametas. • Oclusión incompleta de las trompas • Deslizamiento del dispositivo utilizado. • Error al colocar el dispositivo (colocación en otra estructura anatómica). • Falla en el mantenimiento del equipo. Las tasas anuales de embarazo en caso de minilaparotomía por medio de la salpingectomía parcial, comúnmente con las técnicas de Pomeroy y Parkland, son muy bajas, pero en caso de fracaso, la mayor incidencia es en el primer o segundo año después de la cirugía. Rara vez ocurre un embarazo después de transcurridos cinco años de efectuado el procedimiento.



RESPUESTAS A CUESTIONARIO PROPUESTO:

1. *¿Cuáles son los riesgos y las complicaciones en el embarazo, parto y postparto de que presente la enfermedad de LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (NEFRITICO), tanto para ella como para el bebé?*

RESPUESTA: Ver correlación clínica y médico legal

2. *¿Según las guías de práctica clínica ¿en un caso de embarazo en el cual se diagnostica la enfermedad de Lupus Eritematoso Sistémico (Nefrítico) ¿cuál es el procedimiento de elección después del parto para prevenir nuevos embarazos?*

RESPUESTA: Métodos anticonceptivos altamente efectivos y en caso de paridad satisfecha, los métodos quirúrgicos definitivos son una buena opción. Siempre y cuando sean aceptados por la paciente. (Ver correlación clínica y médico legal)

3. *En el caso de una paciente con LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (NEFRITICO), ¿cuál es el protocolo a seguir, según las guías de práctica clínica y las normas colombianas vigentes para la fecha de los hechos del caso que nos ocupa, a efecto de evitar un nuevo embarazo?*

RESPUESTA: Métodos anticonceptivos altamente efectivos y en caso de paridad satisfecha, los métodos quirúrgicos definitivos son una buena opción. Siempre y cuando sean aceptados por la paciente.

4. *¿En el caso de una paciente con LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (NEFRÍTICO), para evitar un embarazo la ciencia médica recomienda la simple ligadura o sección de trompas (POMEROY) o existen otros procedimientos más seguros y efectivos para el evento?*

RESPUESTA: Para la anticoncepción deben plantearse métodos anticonceptivos altamente efectivos y en lo posible de larga acción como el DIU si no está contraindicado y los implantes y en caso de paridad satisfecha, los métodos quirúrgicos definitivos son una buena opción.

5. *Según los conocimientos existentes sobre la ligadura tubaria y de anticoncepción ¿cuáles procedimientos para evitar los embarazos, presentan un alto índice de irreversibilidad?*

RESPUESTA: Los métodos anticonceptivos quirúrgicos eran hasta hace muy poco considerados irreversibles, hoy en día gracias al desarrollo de la microcirugía la recanalización tubárica es posible. Sin embargo, aún sigue siendo categorizado como irreversible.

Dentro de la tasa de falla de los métodos



6. ¿Qué porcentaje de reversibilidad presenta el procedimiento de simple ligadura o sección de trompas o POMEROY? ¿Es este método recomendable para una mujer con Lupus Eritematoso Sistémico, a fin de evitar efectivamente los embarazos?

RESPUESTA: En la tabla a continuación se describe los porcentajes de falla de cada uno de los métodos de planificación.

Se puede evidenciar que los métodos oclusivos quirúrgicos son altamente efectivos, con bajas tasas de falla.

La reversibilidad del método se realiza mediante una intervención de recanalización, las tasas de éxito están alrededor de 30-60%.

Grupo	Tipo de AC	Falla (Típico%)	Falla (óptimo%)	Continuidad a un año (%)
Altamente efectivo reversibles (<1%)	Implantes	0.05	0.05	84
	y DIU	0.2 (LNG)	0.2	80
		0.8 (Cobre)	0.6	78
Altamente efectivos, irreversibles (<1%)	Vasectomía	0.15	0.1	100
	Oclusión tubárica	0.5	0.5	100
Efectividad moderada (0,3-12%)	Inyectable	DAMP 3	0.3	56
		Combinado 3	0.05	
	ACO	8	0.3	68
	Solo progestina	8	0.3	68
	Parche	8	0.3	68
Anillo	8	0.3	68	
Pobrementefectivos (18-28%)	Condón masculino	15	2	53
	Condón femenino	21	5	49
	Espermicida	29	4	42
	Diafragma	16	6	57
Sin anticoncepción		85	85	

7. Cuál es el índice de irreversibilidad de procedimientos tales como la SALPINGECTOMIA Y LA FIMBRIECTOMIA?

RESPUESTA: La salpingectomía y fimbriectomía se refieren a extracción la trompa o de las fimbrias, son irreversibles, debido a que el tejido extraído no puede volver a reimplantarse.

No son técnicas de ligadura de trompas.

A continuación, se enumeran las causas más frecuentes por las que se puede indicar la salpingectomía:



1. Embarazo ectópico: implantación del embrión en la trompa en lugar del útero. El crecimiento del embrión en la trompa puede provocar su rotura y, por eso, ésta tiene que ser extirpada. En este caso, la salpingectomía es unilateral.
2. Endometriosis: crecimiento de tejido endometrial fuera del útero. Si las lesiones causadas en las trompas son muy severas, será necesario hacer una salpingectomía, que normalmente es bilateral.
3. Salpingitis: inflamación de las trompas de Falopio por causa de una infección. En caso de infección crónica grave, donde los antibióticos no tienen efecto, será necesaria la salpingectomía.
4. Hidrosalpinx: obstrucción y acumulación de líquido en la trompa que provoca su dilatación. En los casos más graves, cuando el hidrosalpinx es mayor de 3 cm, se procede a la extirpación de una o ambas trompas.
5. Histerectomía: cuando es necesario extirpar el útero, normalmente se realiza una salpingectomía conjuntamente, ya que conservar las trompas podría traer complicaciones y éstas no aportan ningún beneficio. Los ovarios, en cambio, sí se conservan para no provocar una menopausia precoz.
6. Prevención del cáncer de ovario: algunos estudios afirman que la extirpación de las trompas puede reducir el riesgo de sufrir cáncer de ovario en mujeres con una predisposición genética.³

8. *¿Qué medidas preventivas adoptan los médicos y los centros prestadores de servicios de salud, a fin de evitar complicaciones, en una paciente que presenta la enfermedad de LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (NEFRÍTICO)?*

RESPUESTA: Ver correlación clínica y médico legal.

Como se mencionó previamente el LES es una enfermedad autoinmune, un manejo interdisciplinario de la condición clínica ayuda a controlar la enfermedad y frenar su progresión, pero hay casos de falla terapéutica en la cual la progresión es inevitable por las condiciones de base de la paciente.

La educación en salud y el compromiso de las pacientes es fundamental para el cuidado de la enfermedad.

9. *¿Cuáles son las complicaciones de salud en el embarazo, parto y postparto de una paciente que presenta LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (NEFRÍTICO)?*

RESPUESTA: Ver correlación clínica y médico legal

10. *¿Es diferente la práctica del procedimiento POMEROY o simple ligadura o sección de trompas en una paciente sana, que en una paciente que presente el LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (NEFRÍTICO)?*

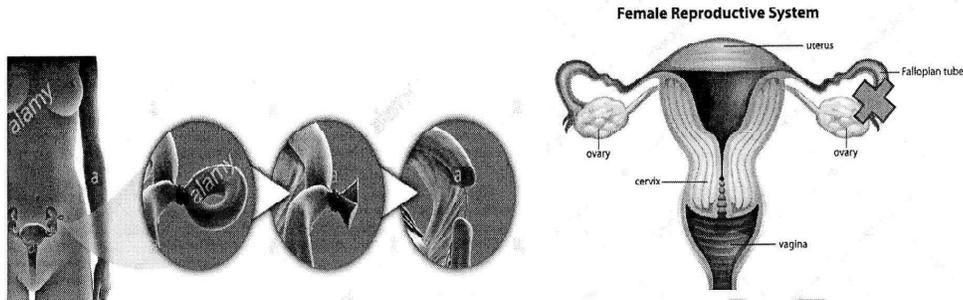
RESPUESTA: La técnica es la misma.

11. *¿Qué diferencias existen entre el procedimiento POMEROY (SIMPLE LIGADURA O SECCIÓN de trompas) y el de FIMBRIECTOMIA?*

RESPUESTA: La **ligadura de trompas** es un método anticonceptivo que consiste en la sección y ligadura de las trompas uterinas, lugar habitual de la fecundación, que comunica los ovarios con el útero. Es el método anticonceptivo irreversible que más se usa en el mundo.

Existen diferentes técnicas para la realización de esta, una de estas es la técnica pomero que consiste en realizar un asa, ligar y cortar las trompas, otras técnicas puedes usar electrocauterio, clips o bandas.

La fimbriectomía es la extirpación quirúrgica de las fimbrias, es un método irreversible.



12. *¿En qué consiste el procedimiento de SALPINGECTOMIA (Pomero extendido) realizado a la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS por el doctor RICARDO MURCILLO SÁNCHEZ?*

RESPUESTA: La **salpingectomía** es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de las trompas de Falopio en la mujer.

La salpingectomía puede ser unilateral, si solamente se quita una trompa, o bilateral, si ambas trompas son eliminadas.

Algunos especialistas utilizan el término salpingectomía para referirse a la intervención de ligadura de trompas, pero esto es incorrecto.

Una salpingectomía unilateral se usa para extirpar un embarazo en el cual un óvulo fecundado se implanta en una trompa de Falopio (embarazo ectópico).

La salpingectomía bilateral se usa para tratar a mujeres en quienes se ha diagnosticado infección crónica de las trompas de Falopio (salpingitis), y que no están mostrando respuesta al tratamiento con antibióticos. La extirpación quirúrgica de las trompas de Falopio también se usa como tratamiento parcial para algunos casos de endometriosis, hidrosalpinx y enfermedad inflamatoria pélvica. La extirpación de quistes y la escisión de un absceso son otras dos indicaciones para salpingectomía.²

A continuación, se enumeran las causas más frecuentes por las que se puede indicar la salpingectomía:

1. Embarazo ectópico: implantación del embrión en la trompa en lugar del útero. El crecimiento del embrión en la trompa puede provocar su rotura y, por eso, ésta tiene que ser extirpada. En este caso, la salpingectomía es unilateral.



2. Endometriosis: crecimiento de tejido endometrial fuera del útero. Si las lesiones causadas en las trompas son muy severas, será necesario hacer una salpingectomía, que normalmente es bilateral.
3. Salpingitis: inflamación de las trompas de Falopio por causa de una infección. En caso de infección crónica grave, donde los antibióticos no tienen efecto, será necesaria la salpingectomía.
4. Hidrosalpinx: obstrucción y acumulación de líquido en la trompa que provoca su dilatación. En los casos más graves, cuando el hidrosalpinx es mayor de 3 cm, se procede a la extirpación de una o ambas trompas.
5. Histerectomía: cuando es necesario extirpar el útero, normalmente se realiza una salpingectomía conjuntamente, ya que conservar las trompas podría traer complicaciones y éstas no aportan ningún beneficio. Los ovarios, en cambio, sí se conservan para no provocar una menopausia precoz.
6. Prevención del cáncer de ovario: algunos estudios afirman que la extirpación de las trompas puede reducir el riesgo de sufrir cáncer de ovario en mujeres con una predisposición genética.³

La salpingectomía puede hacerse mediante dos técnicas quirúrgicas:

La laparoscopia: consiste en una cirugía no invasiva que se realiza mediante la introducción de un sistema óptico a través de una pequeña incisión en el abdomen para poder observar la cavidad. A continuación, se hace otra pequeña incisión justo por encima del vello púbico y se retiran las trompas con una sonda. Es la técnica más utilizada hoy en día. La mujer puede hacer vida normal después de las 48 horas.

La laparotomía: es más invasiva que la anterior porque requiere una incisión de 5 a 10 cm en la parte baja del abdomen. Actualmente, existe una variante conocida como minilaparotomía, en la cual se hace una incisión más pequeña de unos 5 cm, suficiente para poder tener acceso y retirar las trompas.

La elección de uno de estos métodos depende de varios factores: edad, peso, cirugías previas en el abdomen, enfermedades, etc.

13. *¿De qué forma es posible evitar definitivamente un embarazo en una mujer con Lupus Eritematoso Sistémico (Nefrítico)?*

RESPUESTA: Abstinencia de vida sexual.

14. *¿Qué porcentaje de recanalización detenta el procedimiento POMEROY en una paciente de salud normal y qué porcentaje de recanalización detenta este mismo procedimiento en una paciente que presenta LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (NEFRÍTICO)?*

RESPUESTA: Con respecto a las tasas de falla del procedimiento ya se mencionó previamente en el cuadro de la respuesta a la pregunta 6.

No hay datos específicos en la literatura revisada que las pacientes con LES tengan mayor o menor tasa de éxito.



Con respecto a la cirugía de recanalización, en manos de personal especializado y con buen entrenamiento, la posibilidad de que las trompas queden permeables y funcionales de nuevo es de aproximadamente un 50 a 60%. Si esto se logra, el chance de obtener un embarazo espontáneamente es muy bueno. En ocasiones las trompas no recuperan una buena funcionalidad y/o permanecen obstruidas a pesar del intento de reconstrucción. Esto sucede generalmente cuando se encuentran muy deterioradas como consecuencia de la técnica utilizada para la ligadura, en la cual se ha resecado o cauterizado una larga porción de la trompa

15. Manifieste usted ¿en qué momento del embarazo se hizo el diagnóstico del Lupus Eritematoso Sistémico (Nefrítico) a la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS y cuáles fueron las manifestaciones clínicas de la enfermedad?

RESPUESTA: El diagnóstico se realizó en el primer embarazo, en el primer trimestre, se sospechó el diagnóstico por el eritema malar en alas de mariposa

16. Manifieste usted ¿cuáles fueron las medidas tomadas por la institución COMFENALCO-VALLE y por el médico tratante, doctor RODRIGO ALZATE OSPINA, durante el control prenatal, el parto y el posparto de la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS?

RESPUESTA: La paciente tuvo manejo interdisciplinario con ginecólogo, interista, nefrólogo y reumatología, se realizó seguimiento clínico y paraclínico acorde a las recomendaciones vigentes para la fecha

17. Manifieste usted, según la historia clínica ¿cuál fue el procedimiento que practicó el doctor RODRIGO ALZATE OSPINA a la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS, después de su segundo embarazo el Seis (6) de septiembre de 2006

RESPUESTA: Según la nota quirúrgica se realizó tubectomía tipo Pomeroy bilateral

18. Explique usted ¿cuáles son los alcances, la efectividad y consecuencias del procedimiento practicado por el doctor RODRIGO ALZATE OSPINA a la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS el seis (6) de septiembre de 2006, teniendo en cuenta sus antecedentes patológicos de Lupus Eritematoso Sistémico?

RESPUESTA: Ver correlación clínica médico legal con respecto a la oclusión tubárica

19. Manifieste usted, por qué razón la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS, quedó nuevamente embarazada, después del procedimiento practicado por el doctor RODRIGO ALZATE OSPINA el seis (6) de septiembre de 2006.



RESPUESTA: Falla del método que puede presentarse en 2 de cada 1000 mujeres a las que se les realiza el procedimiento (como se explicó en el consentimiento informado)

20. *¿Desde qué momento debía haberse realizado a la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS el procedimiento anticonceptivo quirúrgico para evitar el segundo y tercer embarazos?*

RESPUESTA: La decisión de realizarse un método quirúrgico de planificación depende de la paciente, esta puede realizarse en cualquier momento, incluso en pacientes nulíparas.

21. *¿según la historia clínica de la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS, cuál fue el procedimiento realizado a la misma por el doctor RICARDO MURCILLO SÁNCHEZ, adscrito a COMFENALCO el día 26 de noviembre de 2008, y en qué difiere este procedimiento del llevado a efecto por el doctor RODRIGO ALZATE, con respecto a la misma paciente el día 6 de septiembre de 2006?*

RESPUESTA: Según la nota quirúrgica se realizó tubectomía tipo Pomeroy bilateral

22. *¿Según la historia clínica de la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS cuántas y cuáles fueron las enfermedades y complicaciones que ésta presentó y que presentaron sus bebés durante los dos embarazos que tuvo después de habersele diagnosticado el LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (NEFRÍTICO)?*

RESPUESTA: Después del diagnóstico del lupus se diagnosticó una glomerulonefritis y un síndrome nefrótico, que con el tratamiento instaurado se resolvió.

En la historia clínica revisada no se evidencian complicaciones en sus gestaciones derivadas del lupus.

La paciente tuvo diagnóstico de placenta previa vs ruptura de membranas y feto transverso por lo que se realizó la primera cesárea, las siguientes cesáreas se realizaron por el antecedente de cesárea iterativa, con embarazos de termino.

23. *Manifieste usted si es posible que los dos bebés nacidos de los embarazos de la señora MARIBEL GUERRERO BASTIDAS, habiendo tenido ella durante aquéllos, la enfermedad de LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO activo, pueden presentar complicaciones de salud en su vida, y en caso afirmativo, ¿cuáles podrían ser estas complicaciones o enfermedades?*

RESPUESTA: En la correlación clínico médico legal se mencionan las complicaciones del Lupus sobre el producto de la gestación.



En este caso específico no se evidenció ninguna de estas complicaciones sobre los fetos o recién nacidos, los marcadores de actividad lúpica estuvieron en rangos de normalidad durante la gestación, los anti Ro, y anti La fueron negativos.

24. Manifieste usted, si el procedimiento de ligadura tubaria consignado en el formato de consentimiento informado que suscribió la paciente MARIBEL GUERRERO BASTIDAS, EL Seis (6) de septiembre de 2006, para el procedimiento llevado a cabo por el doctor RODRIGO ALZATE, relaciona el procedimiento que realmente necesitaba la misma, para evitar los embarazos, teniendo en cuenta su patología antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico (Nefrítico).

RESPUESTA: Sí, si la paciente decidió tubectomía, ese era el procedimiento.

25. Manifieste usted, si el procedimiento de ligadura tubaria consignado en el formato de consentimiento informado que suscribió la paciente MARIBEL GUERRERO BASTIDAS, El Seis (6) de diciembre de 2008, para el procedimiento llevado a cabo por el doctor RICARDO MURCILLO SÁNCHEZ, relaciona el procedimiento que realmente necesitaba la misma, para evitar los embarazos, teniendo en cuenta su patología antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico (Nefrítico).

RESPUESTA: Sí, el procedimiento menciona ligadura de trompas, salpingectomía, en este caso como se encontraron las trompas sin solución de discontinuidad se indicaba la ligadura, antes de proceder a sección completa de las trompas si estas estaban sanas-

REFERENCIAS,

1. Andreoli L, Bertias GK, Agmon-Levin N, Brown S, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(3):476–85.
2. Gupta N. Sjogren Syndrome and Pregnancy: A Literature Review. Perm J [Internet]. 2017.
3. Marder W, Littlejohn EA, Somers EC. Pregnancy and autoimmune connective tissue diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2016 Feb;30(1):63–80.
4. Demas KL, Costenbader KH. Disparities in lupus care and outcomes. *Curr Opin Rheumatol* [Internet]. 2009 Mar;21(2):102–9.
5. Chakravarty EF, Colon I, Langen ES, Nix DA, El-Sayed YY, Genovese MC, et al. Factors that predict prematurity and preeclampsia in pregnancies that are complicated by systemic lupus erythematosus. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Jun;192(6):1897–904.



6. Levy RA, Vilela VS, Cataldo MJ, Ramos RC, Duarte JL, Tura BR, et al. Hydroxychloroquine (HCQ) in lupus pregnancy: double-blind and placebo-controlled study. *Lupus*. 2001 Jun 2;10(6):401-4.
7. Kwok L-W, Tam L-S, Zhu T, Leung Y-Y, Li E. Predictors of maternal and fetal outcomes in pregnancies of patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2011 Jul 4;20(8):829-36.
8. Clark CA, Spitzer KA, Laskin CA. Decrease in pregnancy loss rates in patients with systemic lupus erythematosus over a 40-year period. *J Rheumatol*. 2005 Sep;32(9):1709-12.
9. Petri M, Qazi U. Management of Antiphospholipid Syndrome in Pregnancy. *Rheum Dis Clin North Am*. 2006 Aug;32(3):591-607.
10. Imbasciati E, Tincani A, Gregorini G, Doria A, Moroni G, Cabiddu G, et al. Pregnancy in women with pre-existing lupus nephritis: predictors of fetal and maternal outcome. *Nephrol Dial Transplant*. 2008 Nov 7;24(2):519-25.
11. Carvalheiras G, Vita P, Marta S, Trovao R, Farinha F, Braga J, et al. Pregnancy and Systemic Lupus Erythematosus: Review of Clinical Features and Outcome of 51 Pregnancies at a Single Institution. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2010 Apr 15;38(2-3):302-6.
12. Petri M, Howard D, Repke J. Frequency of lupus flare in pregnancy. The Hopkins Lupus Pregnancy Center experience. *Arthritis Rheum*. 1991 Dec;34(12):1538-45.
13. **Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad de Speroff 8va Edición**
14. <https://es.wikipedia.org/wiki/Salpingectom%C3%ADa>
15. E. Rolla, J. Charalambopoulos "Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina", Revista FASGO, Volumen 6 N° , junio 2007
16. Díaz, G. V., Montes, J. M. F., & López, A. A. V. (2009). Obstrucción tubaria bilateral. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(1), 17-21.

Con toda atención,


SANDRA MARÍA VÉLEZ CUERVO

Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia
International Fellowship Training in Perinatology, USA
Jefe departamento Ginecología y Obstetricia U de A
Docente Universitaria
Perito CENDES