

Bogotá, 07 de Febrero de 2024

Doctora

**DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES**

[dmunoz@gha.com.co](mailto:dmunoz@gha.com.co)

REFERENCIA: OPINION PERICIAL EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

CASO IDANNA SOFIA MITCHELL MENA

### **1.MOTIVO DE LA PERITACION**

La doctora Darlyn Marcela Muñoz apoderada judicial de Allianz ha solicitado mi concepto pericial frente al caso clínico de la menor Idanna Sofia Mitchell y para ello ha establecido un cuestionario.

### **2. TECNICA EMPLEADA**

Se ha realizado una revisión minuciosa y detallada de la historia clínica, aplicando mi experiencia profesional en pediatría y conocimientos adquiridos a lo largo de mi carrera, adicionalmente apoyándome en literatura científica confiable que avale mi concepto.

### **3. DOCUMENTOS APORTADOS:**

- Historia Clínica Comfamar (8) folios
- Historia Clínica Ips Clínica Santa Sofía de Pacífico (19) folios
- Dictamen pericial - MARLEN ANABEL ORTIZ BURGOS Medicina Pediatra – infectología
- Cuestionario

### **4.COMPETENCIA E IDONEIDAD DEL PERITO**

Se adjuntan los documentos que acreditan mi especialidad para emitir mi concepto en el caso particular.

Atentamente.



**ALIX YANIRA ROSERO CAICEDO**

**CC 59.706.888**

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 4 meses de edad, sin antecedentes patológicos registrados en historia Clínica, consulta el día 01/04/2016 8:31 am a IPS Clínica Comfenalco Valle del municipio de Buenaventura, atendido en triage por enfermera quien registro prioridad triage III: se comenta fiebre, diarrea en dos ocasiones e intolerancia a vía oral, signos vitales frecuencia cardiaca 228 pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto temperatura 38.8 centígrados saturación oxígeno 100%.

Valorada a las 8:41 por médico general quien registra en motivo de consulta: “Esta con fiebre y diarrea”; describe en la enfermedad actual: lactante menor con cuadro de un mes de evolución consistente en síndrome gripa, rinorrea hialina, tos no productiva con dificultad respiratoria, traída por la abuela por deposiciones líquidas verdosas moderada cantidad con moco sin sangre desde hace un día en múltiples ocasiones, concomitantemente fiebre de 38.5 grados, antecedentes patológicos negativos, farmacológicos loratadina. Al examen físico, describe alerta, irritable, febril sin signos de dificultad respiratoria, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas húmedas, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin presencia de ruidos sobreagregados, abdomen blando depresible no signos de irritación peritoneal no visceromegalias, se arroja impresión diagnóstica de fiebre no especificada y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, se formula dipirona, nebulizaciones # 2 con terbutop.

Es revalorada por médico general a las 11:41 horas donde se evidencia reporte en hemograma de leucocitosis de 25.060 neutrófilos de 67.5%, leuc 20% hemoglobina 12, plaquetas de 457.000, queda pendiente el reporte de demás paraclínicos como uroanálisis, coprológico, radiografía de tórax, se registra mejoría de dificultad respiratoria con nebulizaciones, persiste fiebre se ordena acetaminofén.

El 01/04/2016 a las 11:04 horas consulta a ips Clínica Santa Sofia de Buenaventura por cuadro de 12 horas de evolución consistente en tos húmeda asociado a dificultad respiratoria, ingresa en malas condiciones generales polipneica con tirajes intercostales agregados pulmonares, *Se decide dejar en observación para valoración por pediatría, iniciar antibioticoterapia teniendo en cuenta leucocitosis iniciales de 25 mil reportados en segundo nivel, se hace diagnóstico de bronquiolitis sobreinfectada, sospecha de sepsis de origen pulmonar, riesgo inminente de falla respiratoria, se traslada a ucip, monitoreo electrónica no invasiva continua, oxígeno por ventury para mantener saturación de oxígeno mayor a 95%, se ordenan gases arteriales.*

Se registró paciente con marcada distensión abdominal se pasa sonda orogástrica con drenaje de débito sanguinolento se solicita gasimetría arterial para evaluar nivel de oxigenación y equilibrio ácido base, hemograma sin leucocitosis con anemia micro sin requerimiento transfusional, líneas celulares sin alteración, reactante de fase aguda significativamente aumentada con radiografía de tórax con horizontalización de los arcos costales silueta cardiotímica normal con infiltrados parahiliares sin consolidaciones ni atelectasias a nivel abdominal marcada distensión de asas por el deterioro clínico alto riesgo de falla ventilatoria se comenta con médico de unidad de cuidados intensivos quien da cupo y se procede a traslado.

PCR 149

Nota retrospectiva 4:50 a.m. atención prestada por Dr. IVAN ALEXANDER PINTO MARTINEZ (PEDIATRA) quien reinterroga a la madre *“cuadro clínico de inicio 23/03/2016 dado por rinorrea hialina y tos, manejado por pediatra particular con terapia respiratoria la cual inició el 28/03/2016 con posterior inicio de alteración características de deposiciones pastosas y fétidas, el día 31/03/16 inicia cuadro febril cuantificado en 38 grados con tirajes intercostales, tos e hipoactiva” “paciente quien primeramente fue llevada a comfamar en la mañana del 1ero de abril donde realizan laboratorios que muestran leucocitosis con neutrofilia leve trombocitosis...sin embargo dan salida con manejo con sulanp”*

6:19 h, valorada por pediatría, Ingresa a UCI en malas condiciones generales, con diagnósticos de insuficiencia respiratoria, hemorragia alveolar difusa, sepsis de origen pulmonar, neutropenia febril, coagulación intravascular diseminada descompensada. Requiere intubación orotraqueal, tratamiento inotrópico y vasoactivo, manejo de hemorragia alveolar, tratamiento antibiótico de amplio espectro con cefepime amikacina, transfusión de glóbulos rojos, toma de exámenes complementarios, radiografía tórax muestra infiltrados alodonomos multilobar radiopacidad en hemitórax izquierdo.

Nota retrospectiva de las 6:00h, valorada por pediatría, paciente en bradicardia sostenida con desaturación, se realiza maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, paciente con sangrado masivo por tubo orotraqueal, tiempos de coagulación prolongados, se indica colocación de plasma, paciente se considera con cid descompensada, sin respuesta a maniobras, vuelve a presentar paro se reanuda reanimación (30 minutos), se declara fallecida.

## **DESARROLLO DEL CUESTIONARIO PLANTEADO.**

1. Indiquele al despacho de cara a la historia Clínica de la menor Idanna Sofia, ¿cuál fue el tiempo de evolución del cuadro clínico registrado en la consulta del día 01/04/2016 en ips Comfamar Valle?

R/ Según los registros clínicos se encuentra un cuadro de un mes de evolución consistente en síndrome gripal, se manifestó síntomas como rinorrea hialina, fiebre, tos no productiva con dificultad respiratoria, deposiciones verdosas liquidas. Sin embargo, la abuela consulta por un día de evolución de deposiciones diarreicas de bajo gasto asociado a fiebre.

2. ¿Resulta relevante para el pronóstico y desenlace de la patología, este tiempo de evolución de 1 mes con síndrome gripal y sintomatología respiratoria?

R/ Si, Las insuficiencias respiratorias complicadas precedidas de un episodio gripal o de bronquiolitis son frecuentes y mas si se tratan de lactantes, por lo que es preciso estar muy atentos a los cambios que pueda presentar en su sintomatología, como dificultad respiratoria demostrado por una frecuencia respiratoria por encima de 40respiraciones por minuto, ruido o quejidos al dormir , aleteo nasal etc., según registros clínicos esta menor fue manejada por medico pediatra particular pero desconocemos, el tiempo de evolución y las condiciones de su consulta, que medicamentos recibió, resultados al examen físico, estos datos son relevantes para determinar las condiciones de la menor previo al ingreso a comfamar y por ausencia de dicho documento no podemos establecer la gravedad o no de la menor en esa consulta.

3. según la valoración medica dada en ips comfamar se registraron hallazgos compatibles con infección respiratoria pulmonar?

R/ Como afirmo en mi primera respuesta el motivo que llevo a consulta a comfamar fue episodios diarreicos y fiebre, precedido a este cuadro se manifestó sintomatología respiratoria, los exámenes de laboratorio demostraron un proceso infeccioso por lo que se ordena estudios para determinar el foco de infección, el médico general registro ausencia de dificultad respiratoria, paciente alerta, irritable y febril , conjuntivas rosadas y húmedas, a la auscultación pulmonar no hay evidencia de compromiso, ausencia de roncus, ausencia de estridor, presencia de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, de igual manera al examen físico en abdomen no se encontró signos de irritación peritoneal ni megalias, Se procede a ordenar toma de paraclínicos enfocados a determinar el foco febril, el medico toma la decisión de dar egreso a la menor ante el hallazgo de normalidad en placa de tórax Reporte de radiografía sin evidencia de infiltrados no atrapamiento de aire,

Con los registros clínicos se concluye que el medico al frente de la menor no encontró hallazgos de enfermedad pulmonar complicada y emitió un alta temprana

4. Acorde al cuadro clínico de la menor se practicaron los exámenes médicos necesarios a la menor Idanna Sofia Mitchell en la consulta del 01/04/2016 en ips Comfenalco Valle?

R/ Si, como abordaje inicial en paciente con fiebre de posible etiología respiratoria y gastrointestinal, se abordó con hemograma, radiografía de tórax, uroanálisis y coprológico.

5. Según los registros clínicos los médicos de ips Comfenalco dieron instrucciones y recomendaciones al acudiente de la menor de cuándo reconsultar en el momento que se dio egreso?

R/ Si, se evidencia registro de las 17:40 realizado por su medica de turno donde registro: mejoría de su cuadro clínico de ingreso no fiebre, tolerancia de vía oral, se dan signos de alarma e indicaciones precisas de cuando reconsultar, se registra que familiares entienden y aceptan.

4. ¿Qué actuaciones habría sido pertinente adelantar por la CLINICA COMFAMAR el 01 de abril del 2016 para evitar que la paciente hiciera el paro cardiorrespiratorio que llevó a su lamentable deceso?

R/ Como primera medida dar manejo intrahospitalario , brindar soporte con oxígeno, iniciar líquidos endovenosos, control y manejo de fiebre y toma de paraclínicos, ya con el reporte de paraclínicos definir inicio de manejo antibiótico y valoración por pediatría.

5.. ¿Si el 01 de abril de 2016 (mismo día en que se ordena su salida) la entidad médica denominada CLINICA COMFAMAR, hubiera ordenado cuidado médico con profesional especializado en pediatría y de atención hospitalaria especializada, se habría evitado el resultado lesivo que se demanda?

R/Si al resultado lesivo se refiere a su fallecimiento, No, no es posible afirmar una relación directa entre la atención médica y su fallecimiento, pues la menor ya contaba muy probablemente con un cuadro de compromiso séptico de origen respiratorio severo adicionalmente un cuadro infeccioso de gastroenteritis lo cual representa un elevado riesgo de complicaciones posteriores e incluso su muerte, no podemos garantizar ni afirmar que de haberse ingresado la menor a hospitalización este 1 de abril de 2016, el desenlace hubiera sido diferente, lo anterior por los riesgos extremos como su edad ( 4 meses) y su compromiso severo al ingreso de su consulta.

6. ¿Cuáles son las expectativas de vida para una niña de la edad de la paciente que está cursando por una sepsis pulmonar como la descrita en este caso?

R/ La sepsis es un síndrome clínico caracterizado por una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta disregulada del huésped a la infección. El choque séptico es una sepsis con anomalías circulatorias, celulares y metabólicas, particularmente profundas asociadas con un mayor riesgo de mortalidad que la sepsis por sí sola, el desenlace tan súbito y su fallecimiento temprano nos permite concluir que se trataba de un caso de difícil manejo con alta probabilidad de muerte o secuelas graves, como lobectomía, falla ventilatoria crónica, falla renal. Disfunción multiorgánica.

7. De acuerdo con la evolución de la patología de la paciente para el 01 de abril del 2016 ¿era posible que, mediante la atención hospitalaria especializada, evitar el resultado lesivo que se demanda?

R/ No es posible afirmar que se pudo evitar el resultado lesivo como fue el caso de la menor, incluso al haberse instaurado atención hospitalaria especializada el día 01 de abril dada la progresión rápida de la enfermedad y el desenlace fatal antes de 24 horas.

8. ¿Existía la posibilidad de evitar el fallecimiento de la paciente cuando esta ingresa a la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO el 02 de abril del 2016?

R/ Para cuando ingresa a Clinica Santa Sofia, la menor estaba en un estado avanzado y demasiado comprometido por lo que todos los recursos utilizados no permitieron brindar la recuperación de la menor, considero que era improbable evitar su muerte.

9. ¿Qué actuaciones habría sido pertinente adelantar el 02 de abril del 2016 en Clinica Santa Sofia para evitar que la paciente hiciera el paro cardiorrespiratorio que llevó a su lamentable deceso?

R/Las actuaciones al momento de su reingreso a Clinica Santa Sofia fueron aparentemente oportunas.

La paciente llegó en un estado muy comprometido, en su registro de historia Clínica se dejó constancia así ; ingresa en malas condiciones generales polipneica con tirajes intercostales agregados pulmonares, *Se decide dejar en observación para valoración por pediatría, iniciar antibioticoterapia teniendo en cuenta leucocitosis iniciales de 25 mil reportados en segundo nivel, se hace diagnóstico de bronquiolitis sobreinfectada, sospecha de sepsis de*

*origen pulmonar, riesgo inminente de falla respiratoria, se traslada a ucip , monitoreo electrónica no invasiva continua , oxígeno por ventury para mantener saturación de oxígeno mayor a 95% , se ordenan gases arteriales.*

Se registró paciente con marcada distensión abdominal se pasa sonda orogástrica con drenaje de débito sanguinolento se solicita gasimetría arterial para evaluar nivel de oxigenación y equilibrio ácido base , hemograma sin leucocitosis con anemia micro sin requerimiento transfusional , líneas celulares sin alteración , reactante de fase aguda significativamente aumentada con radiografía de tórax con horizontalizacion de los arcos costales silueta cardiotimica normal con infiltrados parahiliares sin consolidaciones ni atelectasias a nivel abdominal marcada distensión de asas por el deterioro clínico alto riesgo de falla ventilatoria se comenta con médico de unidad de cuidados intensivos quien da cupo y se procede a traslado .

## **BIBLIOGRAFÍA:**

<file:///C:/Users/diana/OneDrive/Documents/BIBLIOGRAFIAS%20Y%20NOTAS%20IMPOR TANTES/2480-Texto%20del%20art%C3%ADculo-9059-1-10-20220307%20sepsis%20pulmonar%20en%20menores.pdf>

Sanchez-Pinto LN, Bennett TD, DeWitt PE, Russell S, Rebull MN, Martin B, Akech S, Albers DJ, Alpern ER, Balamuth F, Bembea M, Chisti MJ, Evans I, Horvat CM, Jaramillo-Bustamante JC, Kissoon N, Menon K, Scott HF, Weiss SL, Wiens MO, Zimmerman JJ, Argent AC, Sorce LR, Schlapbach LJ, Watson RS; Grupo de Trabajo sobre Definición de Sepsis Pediátrica de la Sociedad de Medicina de Cuidados Intensivos; Biban P, Carrol E, Chiotos K, Flauzino De Oliveira C, Hall MW, Inwald D, Ishimine P, Levin M, Lodha R, Nadel S, Nakagawa S, Peters MJ, Randolph AG, Ranjit S, Souza DC, Tissieres P, Wynn JL. Desarrollo y validación de los criterios de Phoenix para sepsis y shock séptico pediátricos. JAMA. 21 de enero de 2024. doi: 10.1001/jama.2024.0196. Publicación electrónica antes de la impresión. PMID: 38245897.

Schlapbach LJ, Watson RS, Sorce LR, Argent AC, Menon K, Hall MW, Akech S, Albers DJ, Alpern ER, Balamuth F, Bembea M, Biban P, Carrol ED, Chiotos K, Chisti MJ, DeWitt PE, Evans I , Flauzino de Oliveira C, Horvat CM, Inwald D, Ishimine P, Jaramillo-Bustamante JC, Levin M, Lodha R, Martin B, Nadel S, Nakagawa S, Peters MJ, Randolph AG, Ranjit S, Rebull MN, Russell S, Scott HF, de Souza DC, Tissieres P, Weiss SL, Wiens MO, Wynn JL, Kissoon N, Zimmerman JJ, Sánchez-Pinto LN, Bennett TD; Grupo de trabajo sobre definición de sepsis pediátrica de la Sociedad de Medicina de Cuidados Intensivos. Criterios de consenso internacional para la sepsis y el shock séptico pediátricos. JAMA. 21 de enero de 2024. doi: 10.1001/jama.2024.0179. Publicación electrónica antes de la impresión. PMID: 38245889.



**ALIX YANIRA ROSERO MONCAYO**  
**CC 59.706.888**

