



Outlook

Informe Medicina Legal

Desde sistemaforense@medicinalegal.gov.co <sistemaforense@medicinalegal.gov.co>

Fecha Mar 1/07/2025 10:21

Para Juzgado 03 Civil Circuito - Valle del Cauca - Guadalajara De Buga <j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivo adjunto (211 KB)

UBCALCA-DSVA-06791-2025.pdf;

No suele recibir correo electrónico de sistemaforense@medicinalegal.gov.co. [Por qué es esto importante](#)

Se hace remisión del documento de respuesta UBCALCA-DSVA-06791-2025



**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA CALI**

DIRECCIÓN: CALLE 4B No. 36-01. CALI, VALLE DEL CAUCA
TELEFONO: +57 (602) 8274174 / +57 (602) 3980041 extensiones 80368 - 80365 - 80206

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025

CIUDAD Y FECHA: CALI. 29 de junio de 2025
NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBCALCA-DSVA-14116-C-2024**
OFICIO PETITORIO: No. 310 - 2024-11-28. Ref: Proceso 76111310300320220009600 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO
JUZGADO
AUTORIDAD DESTINATARIA: TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO
JUZGADO
Palacio de Justicia Calle 7 N° 14-32 Oficina 213
GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA

NOMBRE PACIENTE: LUIS ALBEIRO AGUDELO RESTREPO
IDENTIFICACIÓN: CC 14891836
EDAD: 49 años
ASUNTO: Responsabilidad profesional

Metodología:

• La aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones medicolegales que deberán ser utilizados en el contexto específico de cada caso; como se establece en el procedimiento Abordaje medicolegal de casos relacionados con responsabilidad profesional en atención en salud DG-M-P-91 Versión: 01 de 29 de diciembre de 2017.

DATOS DEL INVESTIGADO

- Institución: Fundación Hospital San José de Buga
- Municipio: Guadalajara de Buga
- Nivel De Complejidad: II
- Profesión y Especialidad: No aplica
- Facultad: No aplica
- Registro Médico: No aplica
- Tiempo de experiencia: No aplica
- Tiempo de vinculación: No aplica

MOTIVO DE PERITACIÓN

Se recibe y revisa el archivo digital adjunto "Ofi310PruebaMedicinaLegal20220009600", del cual se extraen las siguientes partes pertinentes:

Archivo digital Pdf "Ofi310PruebaMedicinaLegal20220009600" pág. 1-2 [Sic...]

"OFICIO No.310. Dictamen pericial: DECRETAR el dictamen pericial solicitado por los amparados de pobreza en relación con la atención medica prestada el día 25 de enero de 2019 al señor Luis Albeiro Agudelo Restrepo en la Fundación Hospital San José de Buga; para tal efecto, se designa al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dirección Regional Suroccidente y al Hospital Universitario del Valle, solicitando dar respuestas a los siguientes interrogantes:

1. ¿En qué consiste el motivo de consulta referido por los pacientes como "dolor en toda la reja costal izquierda con puntos gatillo en unión condroesternal", "dolor en el pecho no especificado" ... "con EVA 10/10, disnea al habla"?
2. Cuando un paciente refiere como motivo de consulta que presenta un fuerte dolor en el

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



pecho y taquicardia ¿qué aspectos llevan al médico a establecer al evolución y enfoque diagnóstico?

3. ¿Cuáles son los síntomas que presenta un paciente que tiene un infarto agudo de miocardio?

4. Según la historia clínica diligenciada con ocasión de la atención efectuada al señor Luis Albeiro Agudelo Restrepo, el día 25 de enero de 2019, ¿cuáles síntomas le manifiesta al médico y quedaron registrados en la respectiva historia clínica? ¿Los síntomas de dolor en el pecho, EVA 10/10, disnea al habla son síntomas de un infarto agudo en el miocardio?

5. En un electrocardiograma se puede detectar la existencia de un infarto de miocardio?

6. ¿El examen denominado electrocardiograma en casos de síndrome coronario agudo o infarto agudo de miocardio puede ser normal? En caso de ser afirmativo, ¿es necesario realizar otros exámenes para lograr el diagnóstico adecuado?

7. Cuando un paciente presenta síntomas como "dolor en toda la reja costal izquierda con puntos gatillos en unión condroesternal", "dolor en el pecho no especificado" ... "con EVA 10/10, disnea al habla", ¿resulta previsible que, ante la falta de un diagnóstico adecuado, sufra infarto en el miocardio?"

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

Se reciben los siguientes archivos digitales:

-Pdf digital "Anexo 1" (12 páginas)

-Pdf digital "Anexo 2" (19 páginas)

-Pdf digital "Ofi310PruebaMedicinaLegal20220009600" (3 páginas)

Revisada la totalidad de la información suministrada para lectura, se procede a la transcripción de los datos pertinentes para su análisis médico-forense, en atención a la solicitud formulada por la autoridad, previamente descrita en el apartado anterior:

-Pdf digital "Anexo 1" (12 páginas)

Fundación Hospital San José de Buga. Registro diario de enfermería 25/01/2019 hora 08:55. Página 5. [Sic...] "Paciente: Agudelo Restrepo Luis Albeiro. DOC. ID. CC-14891836. Monitoreo hemodinámico. Observación: se inicia desde las 8+40 hasta las 8+50. Desde las 8+50 por BBM. Responsable: Penaranda Salazar Adriana Patricia."

Registro diario de enfermería, fecha 25/01/2019 08:40 horas. Página 8 [Sic...]: "Se canaliza paciente al segundo intento con yelco 20 en antebrazo de mano izquierda, se deja vena permeable, no se alcanza a tomar paraclínicos, no se obtiene retorno de sangre...Se canaliza paciente al primer intento el cual es fallido en brazo de mano izquierda con previa técnica aséptica y antiséptica con yelco #18..." Firma: Adriana Patricia Penaranda Salazar, auxiliar de enfermería, CC 1114060982.

Registro diario de enfermería, fecha 25/01/2019 08:45 horas. Página 9 [Sic...]: "Por orden médica se procede a tomar electrocardiograma, se explica procedimiento a paciente el cual acepta, se toma EKG se enseña a médico de sala y se anexa a historia clínica. Procedimiento tras el cual no se observan complicaciones" Firma: Lina Isabel Serna Parra, atención de enfermería en urgencias, Registro: 1114212041.

Fundación Hospital San José de Buga. Historia clínica N° H.C: 14891836 fecha ingreso 25/01/2019 hora 08:52. Hora atención 09:02. Página 1-2. [Sic...]

"ANAMNESIS. Motivo de consulta: Tengo un taco en la garganta. Enfermedad actual: Paciente que ingresa por sus propios medios en compañía de familiar, refiere cuadro clínico de 2 horas de evolución de dolor en región esternal asociado a disfonía, con EVA 10/10, refiere disnea al

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



habla, por lo cual consulta a urgencias. Durante el interrogatorio refiere cuadro de 8 días de evolución de diarrea de alto gasto la cual fue manejada en casa con loperamida y suero oral con aparente mejoría refiere la hija. Se ingresa a cuidado crítico, se toma signos vitales que evidencia elevación de la TA, se toma electrocardiograma que no evidencia cambios isquémicos agudos, durante la valoración presenta episodio convulsivo tónico clónico generalizado con relajación de esfínteres, sin embargo paciente presenta paro respiratorio subsecuente por lo cual requiere vía aérea definitiva e intubación orotraqueal, se continua manejo en cuidado crítico para manejo...Antecedentes patológicos: Tabaquismo activo, alcoholismo activo...Examen físico: P. arterial: 140/100, pulso: 106, F. respiratoria: 24, Temp: 36,3, peso: 80, talla 175, aspecto general: paciente conciente, alerta, hidratado, ligera taquicardia con EVA 10/10, glucometría 95 mg/dl...pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, sistema nervioso sin déficit, boca mucosas húmedas, rosadas, garganta: eritema faringeo leve, cuello: no asas, no dolor a la palpación, tórax: simétrico, no masas, con dolor en toda la reja costal izquierda con puntos gatillos en unión condroesternal, corazón: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, ligera taquicardia, pulmón: campos pulmonares limpios, abdomen: blando, depresible, no masas, no dolor a la palpación, extremidades sup: eutróficas, pulsos ++. Diagnósticos: R074 – Dolor en el pecho – No especificado, M940 – Síndrome de la articulación condrocostal Tietze..." Firma: Angélica María Arizabaleta Jaramillo, Medicina General, Registro médico: 76-1093.

Registro diario de enfermería, fecha 25/01/2019 08:55 horas. Página 9 [Sic...]: "Ingresa paciente al servicio de urgencias área de críticos, aproximadamente a las 8+40 am conciente, alerta, caminando por sus propios medios, traído por la vecina, paciente refiere 'tengo un taco en la garganta', paciente el cual se observa inquieto, se ubica en el cubículo de reanimación, se toma EKG por orden médica, se deja con oxígeno por cánula nasal inicialmente a 3litros por minuto, durante valoración médica paciente presenta episodio convulsivo tónico, clónico generalizado con relajación de esfínteres, se deja paciente bajo monitorización cardiaca, presenta deterioro neurológico, medico de turno ordena realizar intubación orotraqueal se administra sedoanalgesia se inicia con 5mg de midazolam, se continua con 200mcg de fentanyl y continua con 1 amp rocuronio, doctora Villaquirán procede a intubar con tubo #8 primer intento el cual es fallido, doctor Jurado realiza intubación orotraqueal al segundo intento con tubo #8, se deja con ventilación mecánica con BBM a 10litros por minuto, familiar niega que paciente sea alérgico algún medicamento, con alto riesgo de caída, con una puntuación en la escala Norton de 6 puntos, piel sana, se traslada paciente a toma de TAC cerebral como urgencia vital en camilla en compañía de jefe de enfermería, auxiliar y médico, bajo monitorización cardiaca continua con oxígeno por mascara BBM" Firma: Adriana Patricia Penaranda Salazar, auxiliar de enfermería, CC 1114060982.

Registro diario de enfermería, fecha 25/01/2019 09:00 horas. Página 9 [Sic...]: "Nota: paciente el cual se lleva a toma de imágenes diagnosticas con goteo de sedoanalgesia pasando por bomba de infusión" Firma: Adriana Patricia Penaranda Salazar, auxiliar de enfermería, CC 1114060982.

Ordenes Médicas Generales, 25/01/2019 hora 09:07. Página 2 [Sic...] "Dr(a) Arizabaleta Jaramillo Angélica María. Críticos 01. Manejo integral del paciente, 02. cabecera a 30°, 03. monitoreo continuo no invasivo, 04. oxígeno por cánula nasal a 3Lts/min – soporte con BVM posterior, 05. preparar para intubación – aspiración de secreciones – tubo 8 #2, 0.6 glucometría cada 8 horas + esquema móvil de insulina cristalina si lo requiere, 07.plan de LEV – SSN 0.9% 500cc en bolo ahora y continuar con 100cc/hora, 08. sedoanalgesia – midazolam 5mg EV ahora y continuar sedación 5-8mg/hora – fentanilo 200 mg EV ahora y continuar analgesia 50-150 mg/hora, 09. anticonvulsivantes – acido valproico 2gr EV diluido lento ahora, continuar con 500mg EV cada 8 horas, 10. manejo adjunto, 11. paraclínicos – TAC cerebral simple, - EKG, Rad tórax – Hemograma, creatinina, nitrógeno, sodio, potasio, cloro, troponina, 12. CVS, comunicar cambios gracias."

Registro diario de enfermería, fecha 25/01/2019 09:08 horas. Página 9 [Sic...]: "Regresa

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



paciente de toma de TAC cerebral en camilla en compañía de jefe, auxiliar y medico de turno bajo monitorización cardiaca continua, en camilla bajo barandas de protección elevadas, se deja paciente en cubículo de reanimación" Firma: Adriana Patricia Penaranda Salazar, auxiliar de enfermería, CC 1114060982.

Registro diario de enfermería, fecha 25/01/2019 09:30 horas. Página 9 [Sic...]: "Paciente el cual presenta no se le siente presión arterial, signos vitales inestables, se le informa al médico quien inicia maniobras de reanimación con masaje cardiaco y administración de adrenalina cada 3 minutos por 20 minutos, paciente el cual nunca le cambia el ritmo cardiaca, doctora Ariabaleta suspende maniobras de reanimación, declara paciente fallecido a las 9+50 horas e informa a familiares..." Firma: Adriana Patricia Penaranda Salazar, auxiliar de enfermería, CC 1114060982.

Ordenes Médicas Generales, 25/01/2019 10:21. Página 3 [Sic...] "Dr(a) Arizabaleta Jaramillo Angélica María **HORA 09:30HRS** -Masaje cardiaco continuo -adrenalina 1mgEV cada 3 minutos hasta nueva orden -masaje cardiaco continuo hasta nueva orden -Suspende reanimación: Hora defunción 9:50 hrs."

Registro diario de enfermería, fecha 25/01/2019 09:50 horas. Página 9 [Sic...]: "...Con previa técnica aséptica se toman paraclínicos de pliegue de mano derecha al momento de ser trasladados al área de laboratorio paciente es declarado fallecido..." Firma: Adriana Patricia Penaranda Salazar, auxiliar de enfermería, CC 1114060982.

Evolución médica 25/01/2019 11:45 horas. Página 2 [Sic...]: "Tomografía computada de cráneo simple – no se evidencia zonas isquémicas, no se evidencia hemorragias...Radiografía de tórax (P.A o A.P y lateral) – No se alcanza a tomar paraclínicos..." Firma: Dra Angélica María Arizabaleta Jaramillo, Medicina General, Registro médico: 76-1093.

Egreso 25/01/2019 11:45 horas. Página 4 [Sic...]: "Tipo dx: confirmado nuevo, dx egreso: Z720 problemas relacionados con el uso de tabaco. Estado: Muerto, Dx muerte: I212 – Infarto agudo transmural del miocardio de otros sitios...Fecha de muerte: 25/01/2019 09:50:00 am"

Reporte tomografía computada de cráneo simple tomada el 25/01/2019. Página 11[Sic...]: "El parénquima cerebral y cerebeloso con adecuada interfaz sustancia blanca-sustancia gris. Los ganglios basales, talamos y tallo cerebral sin alteraciones. Amplitud de surcos conservada. El sistema ventricular y cisternal con amplitud y densidad normal. Partes blandas sin alteraciones. Las estructuras óseas están con densidad y morfología conservada. Hacia la fosa temporal izquierda con imagen ovoide, hipoerdnesa (sic) con coeficiente de atenuación de -150 UH y mide 3 mm así como otra en ramas de la arteria carótida externa izquierda hacia la glándula parótida" Firma: Hugo Alexis Vacca Trujillo, médico radiólogo, registro médico: 133/08. Fecha y hora de firma: 27-01-2019 03:55"

Reporte Radiografía de tórax tomada el 25/01/2019. Página 12 [Sic...]: "...Los pulmones están expandidos sin evidencia de enfermedad pleuropulmonar activa. El patrón de vascularización y pedículo vascular dentro de límites normales. La silueta cardiaca esta aumentada de tamaño a expensas del ventrículo izquierdo. Aorta y mediastino normales. Las estructuras óseas visibles sin alteraciones. Se identifica tubo endotraqueal en buena posición y soportes para monitoreo externo sobre la caja torácica... Firma: Jairo William Domínguez Cobo, médico radiólogo, registro: 7532, Fecha y hora de firma: 27-01-2019 18:57."

OTROS RECURSOS UTILIZADOS

Síndrome Coronario Agudo (SCA)

La definición de síndrome coronario agudo engloba el espectro de condiciones compatibles con isquemia miocárdica aguda debido a la reducción abrupta del flujo sanguíneo coronario e incluye cualquier tipo de infarto agudo de miocardio, con o sin elevación del ST, así como la angina inestable. (1,2)

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



El infarto agudo de miocardio, generalmente es provocado por una ruptura o erosión de una placa aterosclerótica en las arterias coronarias, con formación subsiguiente de un trombo que obstruye parcial o completamente el flujo sanguíneo, ocasionando la necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio. (1,3)

Fisiopatología:

La ruptura de la placa expone sustancias aterógenas que pueden producir un trombo extenso en la arteria relacionada con el infarto. Una red colateral adecuada que impida la necrosis, puede dar lugar a episodios asintomáticos de oclusión coronaria. Los trombos completamente oclusivos producen, de forma característica, una lesión transparietal de la pared ventricular en el lecho miocárdico irrigado por la arteria coronaria afectada. (1)

Factores de riesgo:

**Convencionales: Edad (mayor a 45 años en los hombres y mas de 55 años en las mujeres), historia familiar de enfermedad cardiaca temprana, raza afrodescendiente. (2)

**Modificables: Niveles de colesterol altos, presión sanguínea elevada, tabaquismo, diabetes, obesidad, sedentarismo, síndrome metabólico. (2)

Basándose en el electrocardiograma (ECG), se puede diferenciar dos grupos de pacientes (3):

1. Pacientes con dolor torácico agudo y elevación persistente (> 20 min) del segmento ST. Esta entidad se denomina SCA con elevación del segmento ST y generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total. La mayoría de estos pacientes sufrirá, en último término, un infarto de miocardio (IM) con elevación del segmento ST (IMCEST). En estos casos, el objetivo del tratamiento es la reperfusión inmediata mediante angioplastia primaria o tratamiento fibrinolítico.

2. Pacientes con dolor torácico agudo, pero sin elevación persistente del segmento ST. En estos pacientes, los cambios electrocardiográficos pueden incluir una elevación transitoria del segmento ST, una depresión persistente o transitoria del segmento ST, una inversión de las ondas T, ondas T planas o una pseudo normalización de las ondas T o el ECG puede ser normal.

Clasificación clínica de infarto de miocardio

Tipo 1: se caracteriza por la rotura, ulceración, fisura, erosión o disección de una placa aterosclerótica que produce la formación de un trombo intraluminal en una o más arterias coronarias, con la consiguiente reducción del flujo miocárdico o embolización distal y la ulterior necrosis miocárdica. (3)

Tipo 2: es la necrosis miocárdica producida por una entidad distinta de la inestabilidad de la placa coronaria que contribuye al desajuste entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno. Entre sus mecanismos se incluyen el espasmo arterial coronario, la disfunción endotelial coronaria, las taquiarritmias, las bradiarritmias, la anemia, la insuficiencia respiratoria, la hipotensión y la hipertensión grave. (3)

Tipo 3: desenlace mortal cuando no se dispone de biomarcadores. (3)

Tipo 4 y 5: relacionados con intervención coronaria percutánea (ICP) y cirugía de revascularización coronaria [CABG] respectivamente). (3)

Presentación clínica:

El síntoma principal que pone en marcha el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) es el dolor torácico. Inicia con historia de malestar/dolor en el centro torácico (área difusa) de 20 minutos o más de duración (son posibles otras localizaciones como la epigástrica o interescapular), que aparece en reposo o en ejercicio, no alivia totalmente con la nitroglicerina, no se modifica con los movimientos musculares, respiratorios, ni con la postura. La molestia puede describirse como algo que aprieta, pesa, ahoga, arde, quema, o solo como dolor, de intensidad variable, a menudo ligera (especialmente en ancianos). Es posible la irradiación del dolor a zonas como el cuello, mandíbula, hombro, brazo, muñeca o la espalda, y la asociación de manifestaciones como disnea, sudoración, frialdad, náuseas y vómitos. El espectro clínico muchas veces no es específico, por lo que se suele confundir con otros cuadros patológicos gastrointestinales,

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



neurrológicos, pulmonares o reumáticos. (1)

Herramientas diagnósticas

Electrocardiograma

Se debe realizar un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones en los primeros 10 minutos tras la llegada del paciente. Si bien, en el contexto del SCASEST, el ECG puede ser normal en más de un tercio de los pacientes, las alteraciones electrocardiográficas características incluyen la depresión del ST, la elevación transitoria del ST y cambios en la onda T. En caso de síntomas persistentes o recurrentes o de diagnóstico incierto, se recomienda obtener registros adicionales de ECG de 12 derivaciones. En los pacientes con bloqueo de rama izquierda o marcapasos, el ECG no sirve de ayuda para el diagnóstico de SCASEST. (1,3,4)

****IAMCEST:**

-Nuevo supra desnivel del segmento ST mayor de 1 mm (0,1 mV) en dos o más derivaciones contiguas: en derivaciones V2-V3 > 2 mm (0,2 mV) en hombres y >1,5 mm (0,15 mV) en mujeres.

-Bloqueo de rama izquierda del Haz de His (BRIHH) de nueva aparición e historia sugestiva de IAM.

-Infra desnivel del segmento ST de V1-V4 e historia sugestiva de IAM que puede corresponderse con un IAM inferobasal (posterior).

****IAMSEST:**

-Nueva depresión persistente del segmento ST mayor de 0,5 mm en dos o más derivaciones contiguas y/o inversión de la onda T > 0,1 mV en dos derivaciones contiguas con onda R prominente o razón R/S > 1.

*****Recordar que un ECG normal no excluye la posibilidad de un IAM en presencia de un cuadro clínico característico. (1,2)**

Biomarcadores

Como resultado de la necrosis miocárdica aparecen en sangre las proteínas: mioglobina, troponinas T e I, creatin fosfoquinasa (CPK) y lactato deshidrogenasa (LDH). La disponibilidad de marcadores cardíacos séricos con una sensibilidad alta para el daño miocárdico, permite al médico diagnosticar un IAM aproximadamente en un tercio adicional de pacientes que no cumplen los criterios clásicos. (1,2,3)

Se realiza el diagnóstico de IAM cuando se elevan en sangre los marcadores más sensibles y específicos de necrosis: troponinas cardíacas y la fracción MB de la CPK (CPK-MB); estos reflejan el daño en el miocardio, pero no indican su mecanismo de aparición, de tal manera que un valor elevado sin evidencia clínica de isquemia, obliga a buscar otras causas de lesión. (1,2,3)

****Troponinas T e I:** la troponina en sangre es un indicador muy sensible y muy específico de necrosis celular miocárdica. La determinación recomendable es la cuantitativa, aunque pueden usarse métodos cualitativos que son menos sensibles y específicos. Aparecen en sangre apenas unas pocas horas del inicio (3h), alcanzando concentraciones máximas a las 12-48 horas, y permanecen elevadas 7-10 días. (1,2,3)

****CPK-MB:** es habitualmente la más utilizada si no se cuenta con otros marcadores, aunque no es específica, dada la existencia de isoformas en el plasma, por lo que no se recomienda para el diagnóstico de rutina. Se eleva a las 4-8 horas tras el IAM y se normaliza en dos o tres días, su elevación sostenida debe hacer pensar en un origen no cardíaco. (1,2,3)

Estratificación diagnóstica:

Teniendo en cuenta la historia clínica, el examen físico y el ECG se puede estimar la probabilidad de que se trate de un SCA:

****Alta:** Historia previa de isquemia, dolor opresivo en tórax o miembro superior izquierdo, soplo transitorio, hipotensión, diaforesis, elevación de ST (>1mm) o inversión de T en varias derivaciones precordiales. (4)

****Intermedia:** Dolor opresivo en tórax o miembro superior izquierdo, edad mayor a 70 años, varón, enfermedad vascular extra-cardíaca, ondas Q, depresión ST (0,5 -1 mm), inversión de T

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA



(>1mm). (4)

**Baja: Dolor torácico de otras características, consumo reciente de cocaína, dolor que se reproduce a la palpación, aplanamiento de onda T o inversión <1mm, ECG normal. (4)

Se recomienda seguir el algoritmo de 0h/3h. Opcionalmente se puede recomendar el algoritmo de 0h/1h, siempre que se disponga de troponinas cardíacas de alta sensibilidad. El algoritmo de 0h/1h se basa en dos conceptos: en primer lugar, la troponina cardíaca de alta sensibilidad es una variable continua y la probabilidad de IM aumenta cuantas mayores sean los títulos de troponinas. En segundo lugar, los cambios absolutos de los títulos durante la primera hora pueden emplearse como sustitutos de los cambios absolutos durante 3 o 6 h y proporcionan un valor diagnóstico añadido a la determinación inicial de troponinas. (3)

Las 1h /3h /6h se refieren al tiempo transcurrido desde el primer análisis de sangre. Se puede descartar inmediatamente un IMSEST si la concentración de troponina de alta sensibilidad es muy baja. El IMSEST también puede descartarse si los títulos basales son bajos y no aumentan significativamente durante la primera hora. La probabilidad de IMSEST es alta si la concentración inicial de troponina de alta sensibilidad es moderadamente alta o si aumenta claramente durante la primera hora. Estos algoritmos deben integrarse siempre con una valoración clínica detallada y el ECG de 12 derivaciones. (3)

Choque cardiogénico

La palabra choque se usó por primera vez en 1743, para describir una condición moribunda después de un trauma severo, en 1881 se describieron las manifestaciones clínicas del IAM que conllevaba a un colapso circulatorio. (5)

El shock cardiogénico se define como un estado en el cual el gasto cardíaco es ineficiente para perfundir y oxigenar los tejidos, por lo que se manifiesta con signos de hipoperfusión tisular y congestión capilar. Las causas son diversas; sin embargo, el infarto agudo al miocardio (IAM) con disfunción del ventrículo izquierdo (VI) sigue siendo la principal y es la principal causa de muerte en estos pacientes. (5,6)

Durante un IAM, como se mencionó previamente una placa ateromatosa sufre una fisura, disrupción, erosión y exposición de la matriz vascular, provocando activación plaquetaria e incremento de la expresión de moléculas de adhesión que se unen a sus receptores en el fibrinógeno, colágeno y en el factor Von Willebrand sobre la matriz extravascular. También se expresan otros receptores en los neutrófilos polimorfonucleares que se unen con la molécula de adhesión del endotelio vascular y de la superficie de las plaquetas. El trombo intravascular que finalmente resulta, se encuentra, por lo tanto, adherido al lumen de la arteria coronaria, obstruyendo el flujo sanguíneo, con pérdida de energía cinética sanguínea y turbulencia post estenótica; la disminución del flujo sanguíneo coronario desencadena eventos predecibles: el gasto cardíaco disminuye, aumenta la presión telediastólica ventricular y la presión venosa pulmonar. El paciente con choque cardiogénico puede presentarse con disnea debida a la disminución en la distensibilidad pulmonar y a la hipoxemia que resulta de la alteración de la relación ventilación/ perfusión, ambas inducidas por el edema intersticial y alveolar. La hipoperfusión sistémica que produce la hipotensión debida a la disminución del gasto cardíaco conlleva alteraciones en el estado de conciencia, piel fría, húmeda, pulso rápido, débil (e irregular si se presentan arritmias) y oliguria. (5)

El cerebro durante el choque cardiogénico

Cuando la PAM (presión arterial media) desciende por debajo de 50 mmHg, se pierde la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral y este se hace dependiente de la presión de perfusión, la cual en el choque cardiogénico está disminuida, desencadenando en isquemia cerebral generalizada, alteraciones en la membrana neuronal y manifestaciones clínicas como somnolencia o alteración del estado de conciencia. (7)

A pesar de los avances en tratamientos para el choque cardiogénico, la mortalidad intrahospitalaria se ha mantenido en un rango de 55-60%. (7)

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA



Convulsión

Se define como actividad eléctrica cerebral anormal excesiva e hipersincrónica que genera síntomas neurológicos transitorios, los cuales deben ser diferenciados al momento de su presentación de entre una amplia gama de otros diagnósticos neurológicos y no neurológicos. El diagnóstico del tipo de convulsión y el síndrome epiléptico se basa en la descripción del comportamiento de la convulsión, así como de las manifestaciones en la electroencefalografía, auxiliado con neuroimágenes. (9)

Las convulsiones focales (motora, autonómica o sensorial objetiva) pueden presentar o no pérdida de la conciencia, a su vez, las convulsiones generalizadas abarcan las ausencias típicas y atípicas, incluyendo aquellas ausencias con características especiales, mioclonías, convulsiones clónicas, tónicas tónico-clónicas y atónicas. La última categoría de convulsiones, la denominada desconocida, incluye a los espasmos epilépticos. (9)

Arritmia cardíaca

Se trata de cualquier alteración en la generación en la conducción del impulso eléctrico cardíaco que da lugar a una frecuencia o ritmo anormal del corazón. (10)

Durante la isquemia en el infarto agudo de miocardio se producen cambios en las concentraciones de iones como potasio, sodio y calcio en las células cardíacas, adicionalmente la necrosis del tejido miocárdico interrumpe la arquitectura normal del sistema de conducción cardíaco, estos desequilibrios afectan la repolarización y despolarización celular, lo que puede desencadenar bloqueos de conducción y arritmias cardíacas. (11)

Paro cardiorrespiratorio

Cese de la actividad mecánica cardíaca, se diagnostica ante la falta de conciencia, pulso y respiración. El colapso de la perfusión tisular genera daño a órganos como cerebro y corazón, el cual dependerá de la condición previa del paciente y del tiempo que tome el retornar a la circulación normal, a mayor tiempo de isquemia cerebral, mayor daño. (12)

Aunque las causas del paro respiratorio y cardíaco son diversas. La interrupción de una de las dos funciones vitales lleva rápida e indefectiblemente a la detención de la otra, por lo que su manejo se aborda de forma conjunta. En el paro cardíaco la respiración se lentifica inicialmente, luego se hace boqueante y acaba deteniéndose del todo al cabo de 30 a 60s. Cuando lo que se produce en primer lugar es la ausencia de respiración, la detención de la función cardíaca se produce en unos dos minutos. (13)

La muerte súbita cardíaca se define como la que ocurre de modo inesperado, dentro de la primera hora del comienzo de los síntomas, en pacientes cuya situación previa no hacía previsible un desenlace fatal. Muerte súbita y paro cardiorrespiratorio suelen usarse como sinónimos. (13)

Dolor torácico de origen no coronario:

Otros orígenes del dolor torácico son el visceral, neuropático, psicogénico y musculoesquelético, este último es muy variado, debido a la compleja estructura anatómica de la caja torácica. (8)

Costocondritis: Dolor en las articulaciones condroesternales, es la entidad más frecuente del síndrome de dolor de la pared anterior del tórax. A menudo simula al dolor coronario, o se asocia al mismo, motivo por el que es esencial hacer el diagnóstico diferencial. La etiología es desconocida, a veces se identifican posibles desencadenantes, como traumatismos, tos crónica en pacientes con bronquitis crónica, exceso de uso de la extremidad superior o esternotomía en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Los cartílagos afectados con mayor frecuencia en la costocondritis son del 2° al 5°, y no suele producirse inflamación de los mismos. (8)

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



Síndrome de Tietze: Costocondritis que afecta el 2° y 3er cartílagos intercostales, pero con inflamación. Su etiología es desconocida. El dolor sigue un curso de exacerbaciones y remisiones que suele durar algunas semana o meses. (8)

Síndrome esternoclavicular: Suele manifestarse como inflamación de clavículas, región esternoclavicular y primeras costillas de forma bilateral. Se presenta, de forma aguda, con dolor de cuello, hombro, brazo o tórax. Es típico el dolor de la articulación al encogerse de hombros. (8)

Síndrome de dolor precordial o punzada Teixidor: Se caracteriza por un dolor brusco, breve, bien localizado, no irradiado, no relacionado con el ejercicio y que aumenta con la inspiración. Los episodios duran varios minutos y se resuelven espontáneamente. No hay tratamiento específico. (8)

Dolor neuropático: Son síndromes dolorosos producidos por lesión del sistema nervioso central (médula espinal) o periférico. En el tórax, las lesiones pueden ocurrir en la médula espinal (mielopatía), en las raíces de los nervios espinales torácicos (radiculopatía), en los nervios espinales (neuropatía), en los nervios intercostales (neuralgia intercostal) y en las ramas periféricas de los nervios espinales (neuropatía periférica). Una de las neuropatías más frecuentes es la neuralgia post-herpética. (8)

Dolor torácico psicogénico: Antes de diagnosticarlo, se deben descartar sistemáticamente todas las posibles causas orgánicas de dolor torácico. Dolor exquisitamente localizado en el ápex y no en el centro del tórax; hay una descripción dramática del dolor sin seguir ningún patrón fisiológico; el dolor no despierta al paciente durante la noche; suele haber un desencadenante emocional, hay síntomas y signos de ansiedad, depresión o neurosis. (8)

Bibliografía

1. Coll-Muñoz Y, Valladares-Carvajal F, González-Rodríguez C. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Rev Finlay* [Internet]. 2016 [citado 2024 dic 17];6(2):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/403>
2. Ortega H, Vélez N, Chávez M, Quishpe E, Ronquillo M. Diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo: an update. *Rev Eugenio Espejo* [Internet]. 2018;12(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572860985008/572860985008.pdf>
3. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(12):1125.e1–64.
4. Ruiz Itziar y cols. Manejo del Síndrome coronario agudo en Urgencias de Atención Primaria. Actualización de "ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias". *Cadernos de atención primaria*. Vol 18, pág 49-55. 2011. https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_1_actua_1.pdf
5. Eledón S F, Méndez J E, Pucci C J, Escalante G C, Estrada G C. Choque cardiogénico: historia, fisiopatología e implicaciones terapéuticas. Parte I. *Rev Costarric Cardiol*. 2009;11(2):24-32. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41422009000200009&script=sci_arttext
6. Garnica Camacho CE, Rivero Sigarroa E, Domínguez Cherit G. Choque cardiogénico: de la definición al abordaje. *Med Crít (Col Mex Med Crít)* [Internet]. 2019 Oct [citado 2025 mayo 30];33(5):251–8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000500251
7. Guzmán-Rodríguez R, Polo-Lecca G, Aráoz-Tarco O, Alayo-Lizana C, Chacón-Díaz M. Características actuales y factores de riesgo de mortalidad en choque cardiogénico por infarto de miocardio en un hospital latinoamericano. *Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc*. 2020;1(4):206–14. Disponible en: <https://doi.org/10.47487/apcyccv.v1i4.89>

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



8. Calvo-Muñoz Hernán. Cuando el dolor torácico no es de origen coronario ¿entonces qué tengo doctor? [Internet]. Org.co. [citado el 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://scc.org.co/cuando-el-dolor-toracico-no-es-de-origen-coronario-entonces-que-tengo-doctor/>
 9. Sequeira Quesada-Carlos M, Chang Segura- José. Diagnóstico y manejo de la primera convulsión. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD. Vol 8 N II, 2018. ISSN 2215-2741. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2018/ucr182b.pdf>
 10. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiología médica. 13ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2016. p. 156.
 11. De Micheli A, Medrano GA. En torno al concepto electrofisiopatológico y las manifestaciones electrocardiográficas de isquemia, lesión y necrosis. Arch Cardiol Mex. 2009; 79(1):2-4.
 12. Escobar-Jaime. Fisiopatología del paro cardiorrespiratorio. Fisiología de la reanimación cardiopulmonar. Rev Chil Anest Vol. 41 Número 1 pp. 18-22. www.sachile.cl/upfiles/revistas/5168312d3c98e_fisiopatologia_escobar.pdf
 13. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. Revista Española de Cardiología Vol 52. Núm 8. Páginas 589-603. ISSN: 0300-8932. Agosto de 1999. [citado el 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.revespcardiologia.org/es-guias-actuacion-clinica-sociedad-espanola-articulo-X0300893299001528>
 14. Walls RM, Murphy MF. *Manual of emergency airway management*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
 15. Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM, et al. *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide*. 8th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2016. Capítulo 27: Airway management.
- Falip Centelles M, García-Móralas I, Santamarina E. Urgencias en crisis epilépticas y epilepsia. En: López González FJ, Villanueva Haba V, Falip Centelles M, Toledo Argany M, Campos Blanco D, Serratosa Fernández J, editores. *Manual de práctica clínica en epilepsia. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la SEN 2019*. Madrid: Sociedad Española de Neurología; p. 102-114

EXAMEN DE PATOLOGÍA FORENSE

Se consulta en el Sistema de Información red de desaparecidos y cadáveres en Colombia (SIRDEC) y no se encuentra proceso de necropsia médico legal. Tampoco se aportó informe de necropsia clínica.

RESUMEN DEL CASO

Se trata de un hombre de 49 años al momento de los hechos con antecedente de tabaquismo y alcoholismo que consulta el 25 de enero de 2019 a las 08:40 horas (según registro de notas de enfermería) al servicio de urgencias de la Fundación Hospital San José de Buga por un cuadro de 2 horas de evolución de dolor en región esternal asociado a disfonía y disnea al habla, además refiere 8 días de diarrea de alto gasto manejada en casa con mejoría al momento de la consulta. Se ingresa a cuidado crítico y se toman signos vitales que muestran cifras tensionales elevadas (140/100 mmHg) y taquicardia (106 lpm), al examen físico se encuentra alerta, con dolor valorado 10/10 según la escala visual análoga, tórax simétrico con dolor en toda la reja costal izquierda con puntos gatillo en unión condroesternal, corazón rítmico, sin soplos. Según consta en la historia clínica, se inicia observación en cuidado crítico por parte del personal de enfermería a las 08:40 horas, momento en el cual se realiza canalización de vía venosa periférica. Sin embargo, no se logra la toma de exámenes paraclínicos iniciales en ese momento, debido a la ausencia de retorno venoso reportada por el personal de enfermería. A las 08:45 horas, según el mismo reporte, se realiza un electrocardiograma (ECG) que no evidencia cambios isquémicos agudos.

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



Durante la valoración en el área de pacientes críticos a las 08:55 horas, el paciente presenta un episodio convulsivo tónico-clónico generalizado con relajación de esfínteres y deterioro del estado neurológico. Ante este evento, se procede a asegurar la vía aérea mediante intubación orotraqueal.

Posteriormente, a las 09:00 horas, el paciente es trasladado al servicio de imágenes diagnósticas para la realización de una tomografía computarizada (TAC) de cráneo simple en compañía de personal médico y de enfermería.

El 25 de enero de 2019 a las 09:07 horas se registran ordenes médicas de monitoreo continuo no invasivo, soporte de oxígeno e indicaciones para preparar para intubación orotraqueal, anticonvulsivantes, líquidos endovenosos y solicitud de paraclínicos en los que se incluyen: tomografía cerebral simple, electrocardiograma, radiografía de tórax, hemograma, creatinina, nitrógeno, sodio, potasio, cloro y troponina.

En las notas de enfermería de las 09:30 se menciona que el paciente presenta signos vitales inestables por lo cual la médica tratante inicia maniobras de reanimación por 20 minutos, sin cambio de ritmo, a las 10:21 horas se registra en la historia clínica indicaciones medicas que corresponden a las 09:30 horas: masaje cardiaco continuo, adrenalina cada 3 minutos y suspensión de reanimación a las 09:50; declaran defunción a las 09:50 horas del 25 de enero de 2019, diagnóstico de infarto agudo transmural del miocardio y problemas relacionados con el uso de tabaco. Se describe por parte de enfermería como reposa en historia clínica, que se realizó la toma de paraclínicos, pero el paciente fallece al momento de ser trasladada la muestra al área de laboratorio.

El 27 de enero de 2019 se entregan reportes oficiales de imágenes diagnósticas tomadas el 25 de enero de 2019: La tomografía de cráneo simple menciona parénquima cerebral y cerebeloso con adecuada interfaz entre sustancia blanca y gris, ganglios basales, tálamo y tallo sin alteraciones, sistema ventricular y cisternal con amplitud y densidad normal, imagen ovoide de 3mm en fosa temporal izquierda y en rama de arteria carótida externa izquierda. La radiografía de tórax menciona silueta cardiaca aumentada de tamaño a expensas del ventrículo izquierdo, pulmones, mediastino y estructuras óseas sin alteraciones, tubo orotraqueal en buena posición y soportes de monitoreo externos sobre caja torácica.

DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO MODO Y LUGAR

Para el abordaje clínico de un paciente en el servicio de urgencias, es fundamental realizar una historia clínica adecuada, que contenga un registro integral de toda la información aportada por el paciente, así como los hallazgos del examen físico, la discusión diagnóstica, la evolución clínica y el tratamiento individualizado instaurado por el médico tratante. Este proceso tiene como objetivo establecer hipótesis diagnósticas que podrán ser confirmadas o descartadas con el apoyo de exámenes complementarios, conduciendo finalmente a un diagnóstico de certeza que fundamentará el manejo terapéutico correspondiente.

En el caso en mención, se trata de un hombre de 49 años con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, quien presentó un cuadro clínico de 2 horas de evolución consistente en dolor esternal, disfonía y disnea al habla. Ante este escenario clínico, el manejo inicial debe incluir una evaluación clínica completa que incluya la toma de signos vitales, valoración del nivel de consciencia y determinación de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión arterial, tabaquismo, dislipidemia y antecedentes familiares. El examen físico debe orientarse de acuerdo con los síntomas del paciente, lo cual permite identificar signos de dolor torácico por causas coronarias, no coronarias o extracardiacas.

En este contexto, el paciente presentaba al examen físico dolor en toda la reja costal izquierda con puntos gatillo en la unión condroesternal. El dolor torácico que se reproduce con la palpación tiene un valor predictivo negativo relativamente alto para síndrome coronario agudo (SCA); sin embargo, es obligatorio realizar un electrocardiograma (ECG) dentro de los primeros

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



10 minutos del ingreso al servicio de urgencias y su interpretación debe ser inmediata por un médico cualificado. El análisis del segmento ST en el ECG permite clasificar el SCA como infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) o sin elevación del ST (IAMSEST). En este paciente, el ECG no demostró cambios compatibles con isquemia aguda. No obstante, la sospecha clínica de SCA persiste debido a la sintomatología sugestiva. Cabe recordar que un ECG normal no excluye un SCA, ya que ocurre en un 1 % a 6 % de los casos. Por tanto, se deben solicitar biomarcadores, preferiblemente troponinas cardíacas de alta sensibilidad, que son más sensibles y específicas para detectar daño miocárdico. En pacientes con IAM, las troponinas se elevan rápidamente tras el inicio de los síntomas (a menudo dentro de la primera hora si se utilizan pruebas de alta sensibilidad) y permanecen elevadas durante varios días.

Según la literatura médica, es obligatorio realizar mediciones de troponinas de alta sensibilidad en todos los pacientes con sospecha de IAMSEST. Se recomienda seguir el algoritmo 0h/1h, que evalúa las concentraciones basales y su variación a la hora para confirmar o descartar el diagnóstico. El IAMSEST puede descartarse si la concentración inicial de troponina es muy baja o si no hay un incremento significativo en la primera hora. Por el contrario, si la concentración inicial es moderadamente alta o aumenta claramente, la probabilidad diagnóstica es elevada. Conjuntamente, deben solicitarse otros estudios paraclínicos por su valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico, tales como hemograma, función renal, electrolitos, glicemia y radiografía de tórax.

Posteriormente, el paciente presentó una alteración aguda del estado neurológico, evidenciada por una convulsión tónico-clónica generalizada con relajación de esfínteres. Este evento constituye una emergencia neurológica mayor que modifica sustancialmente el enfoque clínico inicial. Las posibles etiologías incluyen una crisis epiléptica primaria, un evento cerebrovascular agudo o un choque cardiogénico secundario a infarto agudo de miocardio con hipoperfusión cerebral asociada. Ante esta evolución, se debe administrar una benzodiacepina de inicio rápido durante los primeros cinco minutos desde el inicio de la convulsión, con el fin de abortar la actividad epiléptica activa. Entre las opciones disponibles se encuentran el diazepam, midazolam y clonazepam, los cuales pueden administrarse por vía endovenosa y están respaldados por la evidencia como tratamiento de primera línea en el manejo del estatus epiléptico convulsivo. Adicionalmente, se debe instaurar una terapia de mantenimiento para prevenir recurrencias, mediante la administración de un antiepiléptico de segunda línea. Entre las opciones recomendadas se encuentran la fenitoína o el ácido valproico, seleccionándose según el perfil clínico del paciente y posibles contraindicaciones. Desde el punto de vista diagnóstico, es imperativo ampliar el estudio paraclínico, priorizando una tomografía computarizada (TAC) de cráneo simple, con el objetivo de identificar posibles causas estructurales del evento convulsivo, como hemorragias, infartos o lesiones expansivas. En concordancia con el enfoque de atención de emergencias basado en la secuencia ABC (**A**irway, **B**reathing, **C**irculation), todo paciente con alteración del estado de consciencia debe considerarse en riesgo inminente de pérdida del reflejo de protección de la vía aérea y de broncoaspiración. Por tanto, se debe contemplar el aseguramiento de la vía aérea mediante técnicas avanzadas, como la intubación orotraqueal, especialmente en presencia de deterioro neurológico, compromiso respiratorio o inestabilidad hemodinámica. En el contexto de un SCA con compromiso neurológico, el riesgo de hipoxia aumenta por posibles arritmias letales, edema agudo de pulmón o inestabilidad hemodinámica, lo que refuerza la necesidad de asegurar la vía aérea de forma temprana.

Durante la estancia en observación en la Fundación Hospital San José de Buga, el paciente presentó una parada cardiorrespiratoria. Ante este cuadro, es imperativo iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) siguiendo el algoritmo de Soporte Vital Avanzado (SVA) por personal entrenado. La prioridad es sustituir y luego restaurar la respiración y la circulación espontánea. En pacientes intubados, se deben realizar compresiones torácicas ininterrumpidas (excepto para desfibrilación o comprobación de pulso) a una frecuencia de 100 a 120 por minuto, con ventilaciones a razón de 10 por minuto (una cada 6 segundos), evitando la

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



hiperventilación. El uso de capnografía durante la RCP en pacientes intubados es esencial para valorar la efectividad de las compresiones torácicas.

El algoritmo SVA distingue entre ritmos desfibrilables (fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso) y no desfibrilables (asistolia o actividad eléctrica sin pulso). Todos los ciclos del algoritmo tienen una duración de 2 minutos de RCP, tras los cuales se evalúa el ritmo y se verifica la presencia de pulso. En ritmos desfibrilables, se administra 1 mg de adrenalina cada 3-5 minutos y, tras tres descargas, se indica una dosis de 300 mg de amiodarona; puede considerarse una dosis adicional de 150 mg después de cinco descargas.

En los ritmos no desfibrilables, una vez asegurada la vía aérea avanzada, se continúa la RCP sin pausas para la ventilación. Se administra 1 mg de adrenalina lo antes posible tras establecer un acceso venoso o intraóseo, repitiéndolo cada 3-5 minutos. Si persiste la asistolia tras 2 minutos, se reinicia la RCP inmediatamente. Si se identifica un ritmo organizado, se palpa el pulso y, si no se detecta o hay dudas, se continúa la RCP.

Finalmente, ante la ausencia de respuesta a las maniobras de reanimación realizadas conforme a los protocolos vigentes para paro cardiorrespiratorio, se debe declarar la fecha y hora del fallecimiento. Posteriormente, se debe diligenciar el certificado de defunción, el cual debe ser expedido y firmado por un médico debidamente titulado, con registro médico vigente o tarjeta profesional expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, o por un médico en cumplimiento del servicio social obligatorio.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con la documentación clínica aportada, el señor Luis Albeiro Agudelo Restrepo, de 49 años a la fecha de los hechos, fue valorado en el servicio de urgencias de la Fundación Hospital San José de Buga por un cuadro clínico de dos horas de evolución, caracterizado por dolor torácico, disfonía y disnea al hablar. Como parte del abordaje inicial, se documentó la toma oportuna de signos vitales y la realización de un electrocardiograma (ECG) a los cinco minutos del ingreso al servicio, intervalo que se encuentra dentro de lo recomendado por la literatura médica especializada. El trazado electrocardiográfico no mostró alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica aguda. Si bien, este hallazgo no permite descartar un síndrome coronario agudo (SCA), se actuó conforme a las guías clínicas vigentes, estableciendo la sospecha diagnóstica y orientando el abordaje hacia la evaluación con biomarcadores cardíacos y estudios paraclínicos adicionales.

No obstante, se documentó que no fue posible realizar la toma de exámenes complementarios en el primer intento debido a la ausencia de retorno venoso, situación reportada por el personal de enfermería. Esta limitación técnica fue abordada dentro de las posibilidades clínicas del caso: se intentó de manera temprana la canalización de un acceso venoso, se inició observación continua y minutos más tarde se logró la toma efectiva de paraclínicos.

Posteriormente, el paciente presentó un episodio convulsivo tónico-clónico generalizado, con relajación de esfínteres y deterioro neurológico agudo. Ante este evento, el equipo médico actuó conforme a los protocolos establecidos para emergencias neurológicas, administrando una benzodiacepina de acción rápida, seguida de ácido valproico como segunda línea anticonvulsiva. Se aseguró además la vía aérea mediante intubación orotraqueal. Adicionalmente, se dispuso el traslado inmediato a tomografía computarizada de cráneo simple, en búsqueda de una causa estructural intracraneal, conforme a las recomendaciones internacionales para eventos neurológicos súbitos.

Sin embargo, durante el proceso diagnóstico, el paciente presentó una parada cardiorrespiratoria, ante lo cual se activó de inmediato el algoritmo de Soporte Vital Avanzado (SVA), aplicando maniobras de reanimación cardiopulmonar de alta calidad, administración de adrenalina y compresiones torácicas continuas, conforme a los lineamientos internacionales. A pesar de dichas intervenciones, el paciente no respondió a las maniobras de reanimación y se declaró su fallecimiento 20 minutos después del inicio del protocolo de reanimación avanzada.

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



En este contexto, es importante destacar que la supervivencia ante una parada cardiorrespiratoria con ritmos no desfibrilables, como la asistolia que presentó el paciente es baja (generalmente <5%), incluso con una atención inmediata y adecuada.

En este orden de ideas, el abordaje clínico brindado al paciente en la Fundación Hospital San José de Buga al momento de los hechos se ajustó a las recomendaciones nacionales e internacionales vigentes para el manejo del dolor torácico con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA), deterioro neurológico agudo y paro cardiorrespiratorio. Se efectuaron de manera oportuna las intervenciones diagnósticas y terapéuticas indicadas, así como la toma de los estudios paraclínicos pertinentes, en concordancia con la evolución clínica. Las limitaciones identificadas, como la imposibilidad de obtener oportunamente algunos reportes paraclínicos y estudios imagenológicos, ocurrieron en el contexto de un cuadro clínico agudo, súbito y de rápida progresión hacia un desenlace fatal. Dichas circunstancias no obedecieron a omisiones por parte del equipo tratante, sino a factores clínicos no modificables, tales como la presentación abrupta del cuadro, el compromiso multisistémico precoz y la inestabilidad hemodinámica durante el curso del evento. A ello se adicionan comorbilidades relevantes, como el antecedente de tabaquismo crónico, reconocido factor de riesgo cardiovascular.

Es importante destacar que el estudio de tomografía computarizada de cráneo no evidenció procesos hemorrágicos ni isquémicos intracraneales. A lo anterior se suma el hallazgo radiológico de una silueta cardíaca aumentada de tamaño, atribuible al ventrículo izquierdo, sugestiva de una cardiopatía estructural preexistente. En conjunto, estos elementos respaldan la hipótesis de un evento cardiovascular agudo, probablemente de origen isquémico, como causa más probable del deterioro súbito y del desenlace fatal.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta todo lo anotado anteriormente, se considera que:

A. La atención en salud brindada en el servicio de urgencias de la Fundación Hospital San José de Buga al paciente fue adecuada a la atención esperada o norma de atención para el caso específico.

B. Acorde a la historia clínica aportada, la causa básica de muerte de Luis Albeiro Agudelo Restrepo obedece a: Infarto Agudo de Miocardio.

C. La patología que afectaba al señor Luis Albeiro Agudelo Restrepo produjo una consecuencia fatal, sin que estuviera directamente relacionado con la atención brindada por los profesionales de la salud de la Fundación Hospital San José de Buga; por lo anterior No existe nexo de causalidad médica entre la atención prestada por la Fundación Hospital San José de Buga y el desenlace fatal.

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

1. ¿En qué consiste el motivo de consulta referido por los pacientes como "dolor en toda la reja costal izquierda con puntos gatillo en unión condroesternal", "dolor en el pecho no especificado" ... "con EVA 10/10, disnea al habla"?

Respuesta: El dolor en la reja costal con puntos en gatillo de la unión condroesternal hace parte frecuentemente de la sintomatología y hallazgos al examen físico de un proceso inflamatorio conocido como costocondritis, remítase a ítem "Otros recursos utilizados".

Dolor en el pecho, no especificado corresponde al diagnóstico según clasificación CIE-10 (R074), que hace parte del capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, en específico del grupo: Síntomas que revelan una enfermedad circulatoria o respiratoria.

EVA 10/10 hace referencia a la puntuación dada en la Escala Visual Analógica del dolor, la cual permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente, siendo dolor severo un puntaje mayor o igual a 8.

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-06791-2025



La disnea es la dificultad para respirar o la sensación de falta de aire. Es una sensación subjetiva y por lo tanto de difícil definición. Es un síntoma que engloba muchas patologías, más frecuentemente de origen respiratorio o cardíaco.

2. Cuando un paciente refiere como motivo de consulta que presenta un fuerte dolor en el pecho y taquicardia ¿qué aspectos llevan al médico a establecer al evolución y enfoque diagnóstico?

Respuesta: Remítase a los ítems "Otros recursos utilizados y descripción del manejo esperado para el caso según las circunstancias específicas de tiempo modo y lugar."

3. ¿Cuáles son los síntomas que presenta un paciente que tiene un infarto agudo de miocardio?

Respuesta: Remítase a los ítems "Otros recursos utilizados y descripción del manejo esperado para el caso según las circunstancias específicas de tiempo modo y lugar."

4. Según la historia clínica diligenciada con ocasión de la atención efectuada al señor Luis Albeiro Agudelo Restrepo, el día 25 de enero de 2019, ¿cuáles síntomas le manifiesta al médico y quedaron registrados en la respectiva historia clínica? ¿Los síntomas de dolor en el pecho, EVA 10/10, disnea al habla son síntomas de un infarto agudo en el miocardio?

Respuesta: Remítase a los ítems "Información disponible para el estudio y otros recursos utilizados".

5. En un electrocardiograma se puede detectar la existencia de un infarto de miocardio?

Respuesta: Remítase a los ítems "Otros recursos utilizados y descripción del manejo esperado para el caso según las circunstancias específicas de tiempo modo y lugar."

6. ¿El examen denominado electrocardiograma en casos de síndrome coronario agudo o infarto agudo de miocardio puede ser normal? En caso de ser afirmativo, ¿es necesario realizar otros exámenes para lograr el diagnóstico adecuado?

Respuesta: Remítase a los ítems "Otros recursos utilizados y descripción del manejo esperado para el caso según las circunstancias específicas de tiempo modo y lugar."

7. Cuando un paciente presenta síntomas como "dolor en toda la reja costal izquierda con puntos gatillos en unión condroesternal", "dolor en el pecho no especificado" ... "con EVA 10/10, disnea al habla", ¿resulta previsible que, ante la falta de un diagnóstico adecuado, sufra infarto en el miocardio?"

Respuesta: Remítase a los ítems "Otros recursos utilizados y descripción del manejo esperado para el caso según las circunstancias específicas de tiempo modo y lugar."

COMENTARIOS

Sin comentarios

Atentamente,

IVETH ANDREA LINARES ORTEGA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE