

**DICTAMEN PERICIAL SUPRA ESP.
NEONATOLOGIA**

**ABOGADO:
DR. ROBERTO JIMENEZ**

**NOMBRE PACIENTE:
RN. JUAN CAMILO MANRIQUE**

FECHA DE ENTREGA: 27/11/2024

CONSECUTIVO:GM.DP 307-2024



Grupo MAAS
Médicos y Abogados Asesores

Bogotá, 27 de Noviembre de 2024

Doctora

DIANA MARCELA VILLOTA INSUASTY

Representante Legal

GRUPO MAAS SAS

Referencia: Remisión Dictamen pericial sub especializado en Neonatología

Radicación: 761113333002-2019-00343-00

Demandante: Margarita Ortiz Caicedo

Respetada doctora Villota:

Atendiendo su solicitud me permito presentar dictamen pericial dentro del proceso en referencia en los términos acordados.

De requerirse sustentación del dictamen se solicita se me notifique con un mínimo de antelación de 30 días para el bloqueo de agenda y organización de cronograma. algún tipo de aclaración al mismo este deberá realizarse dentro de los próximo 15 días calendario a la entrega formal del informe.

No siendo otro el objeto de la presente me despido quedando atento a cualquier requerimiento.

Cordialmente.

Cristian Vargas

CRISTIAN LEONARDO VARGAS FIALLO

Especialista en Pediatría y Supraespecialista en Neonatología
REGISTRO MEDICO 1786

TIPO DE SOLICITUD: DICTAMEN PERICIAL SUPRA- ESPECIALIZADO

ESPECIALIDAD: PEDIATRIA

SUBESPECIALIDAD: NEONATOLOGIA

PACIENTE: RN JUAN CAMILO MANRIQUE

EDAD: 0 DIAS

FECHA DE NACIMIENTO: 10/04/2017

ASEGURADOR: MEDIMAS EPS / SUBSIDIADO

TIPO DE PROCESO: REPARACION DIRECTA

JUZGADO: SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BUGA

RADICADO: [761113333002-2019-00343-00](#)

DEMANDANTES: MARGARITA ORTIZ CAICEDO

APODERADO DTE: HECTOR FABIO LONDOÑO

DEMANDADOS: HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE Y OTROS

APODERADO DDOS: ROBERTO ALFONSO JIMENEZ

I.PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Cristian Leonardo Vargas Fiallo, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía 91540813 de Bucaramanga, médico especialista en Pediatría y Neonatología, con registro médico MD 1786 y tarjeta profesional con registro 1786.

Médico General de Universidad Industrial de Santander fecha del título 16 días del mes diciembre de 2008, Médico Especialista en Pediatría de la Universidad Pontificie Javeriana , fecha de título 11 de septiembre del 2014

Especialista en Neonatología de la Universidad Militar Nueva Granada, Fecha de Título 16 de marzo del 2018, Actualmente no soy miembro de ninguna Sociedad Académica

Respetuosamente y dentro del término legal concedido, me permito presentar dictamen pericial respecto de la Historia Clínica de la paciente Ana Maryuri Estrada y su recién nacido Juan Camilo Manrique, el cual consistió en revisar de manera detallada y cronológica la historia clínica enviada por la empresa GRUPO MAAS SAS y evacuar un cuestionario de preguntas propuesto por el abogado del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe.

Dando alcance a los requerimientos del artículo 226 del Código General del Proceso, me permito hacer las siguientes manifestaciones y/o declaraciones bajo la gravedad del juramento:

1. Cristian Leonardo Vargas Fiallo mayor de edad de profesión Médico actualmente laboro en: Clínica Palermo

Dirección de contacto: Transversal 4 este #61-05, torre 3 apto 1807, Bogotá, edificio sierras del este

Email: jhontian@gmail.com

2. El conocimiento adquirido durante mi formación y ejercicio profesional me habilita para emitir el concepto encargado por tener la calidad de médico especialista en Neonatología en ejercicio.

3. Mi opinión es independiente y corresponde a mi criterio como especialista.

4. Adjunto mis títulos que acreditan mi idoneidad en el presente dictamen.

5. Que desempeñándome como médico Neonatólogo, en mi actuar profesional: los métodos e investigaciones realizadas son semejantes al dictamen rendido actualmente. En este caso revisé historia clínica, literatura médica y mi criterio como profesional especializada, lo que me permitió atender la solicitud realizada.

6. Sin publicaciones a la fecha con temas relacionados sobre el peritaje.

7. No he sido designado para adelantar peritajes anteriormente.

8. No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 de la Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso.

9. El método e investigación que tuve en cuenta para rendir el peritaje no es diferente a mi habitual ejercicio profesional, toda vez que, siempre estudió la historia clínica de los pacientes, consultó literatura y aplico mi criterio profesional especializado.

10. No tengo vínculo laboral, contractual y de ninguna naturaleza con los demandantes, ni demandados en el presente proceso.

11. Juro desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el presente cargo de perito, al contar con los conocimientos necesarios.

12. La Historia clínica entregada se encuentra completa para rendir el dictamen solicitado por la entidad por intermedio de la apoderada judicial.

13. La técnica aplicada consistió en la revisión y estudio de la historia clínica de las IPS que atendieron al paciente, literatura médica y mi criterio y experiencia como profesional especializado en Oncohematología.

II. DOCUMENTOS EVALUADOS:

- ◆ Historia clínica de Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe (21 folios)
- ◆ Historia clínica Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe (6 folios)
- ◆ Hospital Rubén Cruz - Tuluá
- ◆ Hospital San José de Buga 93 folios

III.OBJETIVO DE LA PRUEBA:

Determinar a través de la historia clínica aportada, si existen nexo de causalidad entre la prestación de servicios realizada por los profesionales del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe y el fallecimiento del recién nacido de la paciente Ana Maryuri Estrada.

IV.RESUMEN DE CASO CLINICO:

Gestante Nulípara de 15 años, con antecedente médico patológico de VIH positivo en tratamiento antirretroviral con ATAZANAVIR/RITONAVIR/LAMIVUDINA + ABACAVIR. Recibía atención en IPS en Cali por parte de las especialidades de Ginecología y de infectología. con adecuado seguimiento y reportes al momento del parto, controles prenatales completos, con hallazgo de déficit nutricional y trastorno de la deglución. Se clasificó con alto riesgo obstétrico por lo que sus controles prenatales fueron realizados por ginecología.

Sus controles prenatales fueron realizados en Hospital Rubén Cruz por el médico Ginecólogo Nicolas Cada-vid G con reportes de evolución normal de su gestación.

Dentro de la revisión realizada en la historia de Hospital Tomas Uribe Uribe se evidencia que se trataba de una paciente con un trastorno nutricional, a la paciente se le realizan controles trimestrales por su déficit nutricional, se evidencia que la paciente tiene bajo consumo de alimentos por cuadros de inapetencia muy frecuente y por periodos muy largos, con trastorno de deglución de alimentos sólidos, en sus valoraciones se encontró una paciente con poca ganancia de peso, en estado de somnolencia, adinamia, palidez, con dolor articular en miembros inferiores, para esta oportunidad el nutricionista deja recomendaciones y ordena consumir fórmula polimérica y balanceada para mujeres embarazadas, en su control nutricional en febrero de 2017 pasó de 47 kilos a 54 kilos, último control el 29 de junio 2017 con reporte de 53 kilos

Último reporte ecográfico 16/03/2017: Fecha de la última regla: 10-06-2017 (16), edad gestacional 35ss. 4dd. Placenta anterior GII de maduración de 36 mm de espesor, con inserción central del cordón, Líquido amniótico con volumen y cantidad normal. ILA (índice de líquido amniótico): 17,5 P 50-75. Feto con situación longitudinal, Posición dorso a la derecha. Presentación Cefálica, Fetocardia:142 l/min. Percentiles Normales para la edad gestacional. Peso fetal: 2680 gramos +/- 4 10%. P25-50. conclusión: feto único, vivo con biometría fetal en percentiles adecuados para la edad gestacional (35ss 4 días) por ecografía.

En sus condiciones previas al parto se encuentra último control prenatal realizado en Hospital Rubén Cruz el día 27/03/2017 Ginecología –: MC: ARO por adolescente portador de VIH, síndrome anémico.

Enfermedad Actual : Mamá de 15 años, G1. P0... primera ecografía del 31-10-2016, con 16 semanas de gestación, con FPP=15-04-2017 (hoy 33ss), Valoraciones completas, vacunas al día. Toma Carbonato de Calcio, Sulfato Ferroso, Atazanavir+ritonavir; lamiduvina+abacavir; Tamizajes:03-01, IgM Toxoplasma (-). RPR (-) (*reagina plasmática rápida, prueba no treponémica*, HB/Ht= 10.4/30.9. Ecografía: 16-03-2017, con 35ss de gestación. PFE (*peso fetal estimado*). =2.680grs Refiere sentirse bien, percibe movimientos fetales. Niega tos, fiebre, pérdida de peso, vómito, diarrea, sangrados o perdidas vaginales, síntomas urinarios o de preeclampsia; Antecedentes personales= portadora del VIH desde el nacimiento. Pendiente laboratorio de infectología Cali. Antecedentes quirúrgicos= Quiste de mama izquierda. Antecedentes alérgicos/transfusionales= negativo. Antecedentes familiares= mamá VHI, Hermano VIH... EXAMEN FISICO: buenas condiciones generales, afebril, hidratada, orientada, activa. TA= 110/70. Peso=61 kg. Corazón rítmico sin soplos, pulmones limpios, bien ventilados, Abdomen ocupado por útero grávido de 30 cmt, FCF= 144. Movimientos fetales perceptibles. IDX= G1P0=. Embarazo de 37 ss. FUVVC. ARO por adolescente portador de VIH: síndrome anémico leve. Conducta= síntomas y signos de alarma, Valoración preanestésica, laboratorios. Cesárea el 4 de abril 2017.

No se evidencia registros en historia clínica de ingreso para la programación de Cesárea el día 4/04/2017, ingresa el 08/04/2017 al Hospital Tomas Uribe Uribe por dolor en cara sin síntomas adicionales ni relacionados con su gestación, es valorada por medica general quien no encuentra alteraciones al examen físico y da salida con diclofenaco.

Ingresa el 10/04/2017 00:46 horas con 39.1 semanas de gestación, menciona contracciones uterinas asociadas a leucorrea amarilla, paciente programada para el 11/04/2017 para Cesárea por VIH positivo. Antecedentes patológicos: VIH (+) TTO: ritonavir – lamivudina, alérgicos: (-) Examen físico TA: 120/ 90 T° 36 FC 80 FR 22 PESO 61 FCF: 156 ABDOMEN: Útero grávido reactivo AU: 31 cm G/U: Cuello posterior D: 1 cm B: 80% E: -1 M: I. Leucorrea escasa

Monitoria fetal Categoría (1), acude con Zidovudina para la madre y el RN, autorizaciones de cesárea, y anestesia. Hora 1 y 43 minutos: Paciente con actividad uterina regular, actualmente en parto con buena actividad, comentada con el Dr. Sotelo, Ginecólogo de turno quien considera concepto de pediatría para tomar decisión; se llama al Dr. Gallego, pediatra de turno, quien considera manejo en nivel III, para garantizar bienestar fetal. 1:43 horas se remite como urgencia vital

Nota de remisión: 04-10-2017... Causa de remisión, Paciente VIH (+)... Cesárea + UCI neonatal. G1P0... EG:39,1ss... TP: en fase latente, VIH (+) ... Causa básica de Remisión: Cesárea Urgente + Disponibilidad de UCI neonatal.

HOSPITAL FUNDACIÓN SAN JOSÉ DE BUGA

10-04-2017 hora 05-25, Paciente de 15 años g1p0 con embarazo 39.1 por ecografía 30-10-2016, con antecedente VIH positivo remitida de Hospital de Tuluá por no disponibilidad de uci neonatal por inicio de trabajo de parto, paciente con cuadro de 12h de evolución de dolor tipo contracción sin pérdidas vaginales. trae reporte 10/02/2017 de VIH carga viral menos 40 copias/ml log vih carga viral menos 1.60 logcop/ml 16 de marzo 2017 ecografía feto unico vivo, con biometría fetal en percentiles adecuadas para la edad gestacional 35.4ss, peso 2680 gr, placenta anterior gii, ila 17.5, longitudinal dorso derecho, (Paciente refiere actividad uterina frecuente y regular, asociado a expulsión de tapón mucoso. Movimientos fetales presentes. SV. TA: 100/62... FC:78... FR:18. Abdomen con útero grávido, AU: 34 cmt, FCF: 152, longitudinal, dorso derecho, cefálico, actividad uterina irregular. GU: TV: Dilatación de 2cmt, Borramiento del 80%. Estación: +2... Membranas integras abombadas. SNC: normal.

09/02/2017:Carga viral menor de 40. CDA: 1580..CD8: 727.

Ingresa a la institución con signos vitales normales, actividad uterina, Fetocardia normal y cambios cervicales iniciales. Monitoria fetal electrónica categoría I. Trae el Kit materno.

Plan= Se prepara para Cesárea, nada vía oral, se inicia manejo con Zidovudina 2mg/kg, pasar en 30 minutos y luego continuar goteo a 1 mg/k hora.

Cesárea realizada el Dr. Pinzón y la dra. Cachiotis, se obtiene recién nacido único, vivo, sexo masculino quien no respira al nacer, líquido amniótico con meconio espeso, Se aspira abundante meconio de la vía aérea, presenta frecuencia cardiaca menor de 100/min, por lo cual requiere VPP con mascara y ambú, luego se recupera a FC Mayor de 100/min y SPO2 de 90%; peso de 3.260 gramos y talla de 52 cmt, PC:32 Apgar 6-8-9, se observa hipotónico, se identifica y se envía a sala de neonatos para incubadora en compañía de terapeuta respiratoria, paciente fallece horas después.

Se evidencia ecocardiograma neonatal del 11/04/2017 con los siguientes conclusiones:

1.Hipertension Pulmonar Persistente del RN

2.Disfunción Biventricular Severa

V.CORRELACION CLINICA:

Paciente menor de edad (15 años), primigestante, con VIH positivo desde el nacimiento y en tratamiento con antirretrovirales, con trastorno nutricional secundario a su enfermedad. Se clasificó como embarazo de alto riesgo

Ingreso a recibir atencion de parto el día 10 de abril al Hospital Tomas Uribe donde se valora y se determina por ginecología y Pediatría que por sus antecedentes y clasificación de alto riesgo obstétrico y no disponibilidad de uci neonatal , remitir a mayor nivel de complejidad a la ciudad de Cali, en categoría de urgencia vital, en el momento de su remisión paciente en fase latente , dilatación 1 cms, con monitoria fetal categoría 1 sin signos de sufrimiento fetal, debido a la urgencia se presume que ingreso a Hospital San José de Buga, no hay datos de la ambulancia que permitan conocer las razones de suspender el traslado a la ciudad de Cali e ingresar a esta Institución.

En Hospital San José de Buga valoran y determinan preparar para cesárea, al ingreso con una dilatación de 4 cms, con estabilidad clínica, sin signos de sufrimiento fetal, monitoreo fetal normal, a las ocho am se realiza cesárea: se obtiene un recién nacido deprimido, y con severa bronco aspiración de meconio ocasionado al parecer por sufrimiento fetal agudo asociado al VIH materno y condición nutricional y fallece a pesar de maniobras de reanimación (la historia es poco legible) .

No se encuentra las razones de la reprogramación de la cesárea, tampoco hay ingreso de la paciente el día 04/04/2017 al Hospital Tomas Uribe Uribe, en cualquier circunstancia la fecha de reprogramación dada para el 11/04/2017 se encontraba dentro de su tiempo aceptado, no existían criterios previos para anticipar la cesárea, la paciente entro en trabajo de parto previo a la fecha de la nueva programación es decir el 10/04/2017 y por sus antecedentes y ausencia de uci neonatal se remite a mayor complejidad III nivel en Cali, conducta adecuada y pertinente contando que se trataba de una paciente nulípara y en fase latente, por otro lado se evidencia que al Hospital San José de Buga ingreso en adecuadas condiciones sin signos de sufrimiento fetal, con normalidad al examen físico y se ordena preparar para cesárea.

Es importante recalcar las siguientes consideraciones:

- ♦ Binomio con Adecuados controles prenatales
- ♦ Binomio controlado por ginecología, embarazo de alto riesgo: madre adolescente, primigestante con riesgo de transmisión vertical al tratarse de ser VIH positivo
- ♦ Pese a tener posible cita de cesárea programada, la guía es una guía, no un protocolo y no había una razón médica y ética para desembrazar ese 4 de abril
- ♦ El binomio fue valorado previamente en Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe sin datos de sufrimiento fetal, donde definen de manera conjunta por ginecología y pediatría remitir a III nivel en Cali para garantizar acceso a Unidad de cuidados intensivos, conducta que considero adecuada y oportuna al remitir binomio a un Hospital de mayor complejidad para una atención más integral.
- ♦ El Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe no atendió directamente al neonato, ya que fue remitido directamente al hospital de III nivel en Cali por su complejidad.

VI. CUESTIONARIO

1. ¿Qué condiciones especiales y particulares tenía este binomio en sus antecedentes patológicos?

Madre: Gestante menor de edad, lo que la clasificaba en alto riesgo obstétrico, Nulípara, y portadora del virus de la inmunodeficiencia humana, déficit nutricional, anemia. con tratamiento antirretroviral ATAZANAVIR/RITONAVIR/LAMIVUDINA + ABACAVIR. Controlada por infectología pediátrica y ginecología, estudios descritos en la historia clínica con carga viral menor de 40, CD4: 1580, CD8: 727.

La estadificación del riesgo de transmisión perinatal de VIH depende de diferentes factores desde maternos, condiciones del parto y del recién nacido. Este riesgo de transmisión se puede reducir significativamente gracias a la terapia antirretroviral y otras estrategias preventivas.

FETO:

Si el VIH infecta al feto intrauterino, las consecuencias pueden incluir:

- Transmisión perinatal de VIH condicionando una infección crónica, asociada a mayor morbimortalidad.
- Toma de terapia antirretroviral temprana que adicionalmente se asocia a efectos secundarios como anemia, alteraciones metabólicas, deterioro de la función hepática y renal
- Retraso en el crecimiento intrauterino Se ha asociado con un mayor riesgo de bajo peso al nacer y desarrollo inadecuado.
- Parto prematuro por déficit nutricional y anemia secundaria maternos
- Complicaciones neurológicas: Aunque menos comunes, algunos estudios sugieren que la infección intrauterina puede interferir con el desarrollo cerebral.
- Mayor susceptibilidad a infecciones: El sistema inmunológico del feto puede estar comprometido, haciéndolo más vulnerable a otras infecciones oportunistas.
- Riesgo de transmisión de otras infecciones de transmisión sexual concomitantes
- Riesgo psicosocial tanto para la madre como para el recién nacido, que podrían desencadenar depresión, sentimientos de culpa y ansiedad en la madre y deseos de abandono y desapego

2. ¿Qué riesgos implican el antecedente de madre VIH+ congénita y el nacimiento del neonato también congénito por contagio vertical?

Riesgo de transmisión materno infantil del VIH: Sin intervenciones preventivas antirretrovirales, el riesgo de transmisión perinatal del VIH ha variado entre el 15 y el 45 por ciento, dependiendo de los factores de riesgo materno y de si se practica la lactancia materna. Los factores de riesgo más importantes para la transmisión han sido consistentemente la carga viral de plasma y leche maternos seguida del estado inmunológico materno y el estadio clínico. Esta correlación se observa incluso entre las mujeres que toman agentes antirretrovirales.

Algunos factores de riesgo materno asociados incluyen recuentos bajos de células CD4, anemia, estadio más avanzado de la enfermedad clínica de la OMS, mastitis materna y seroconversión materna aguda durante el embarazo o la lactancia. Momento de transmisión del VIH de las madres a sus bebés: más del 90 por ciento de todos los nuevos casos pediátricos de VIH son el resultado de la transmisión perinatal del VIH, que puede ocurrir durante el embarazo (in útero), en el parto/parto (intraparto) o después del parto (postnatal) a través de la lactancia materna. Mecanismos de transmisión In útero: Se cree que la mayoría de la transmisión in útero ocurre durante el tercer trimestre. Se cree que los mecanismos de transmisión están relacionados con la ruptura de la integridad de la placenta, lo que conduce a micro transfusiones de sangre materna virémica a través de la placenta hasta el feto. Varios estudios han demostrado que las infecciones del tracto genital y la inflamación placentaria, especialmente la corioamnionitis, pueden aumentar la transmisión del VIH por vía útero.

Intraparto: Se postula que la transmisión durante el tiempo de parto y el parto se produce a través del contacto de las membranas mucosas infantiles con el virus del VIH en la sangre y las secreciones durante el proceso de parto. En ausencia de tratamiento antirretroviral, la duración de la ruptura de la membrana superior a cuatro horas se ha asociado con un mayor riesgo de transmisión. Además, las microtransfusiones a través de la placenta durante las contracciones de parto también probablemente contribuyan a un mayor riesgo de transmisión durante el período de parto y parto

Por lo descrito previamente si la madre recibe profilaxis intraparto y el recién nacido también lo hace durante la etapa neonatal el riesgo de transmisión vertical es mínimo.

Hay que mencionar que la madre se encontraba en un déficit nutricional, además portadora de VIH hace al binomio más vulnerable a complicaciones. Los nacimientos con hijos de madre VIH sumado a la desnutrición materna y ser adolescente conllevan riesgos por sí mismos, evidenciados al momento de la adaptación neonatal. Por eso se define la remisión a un centro de mayor complejidad.

3. ¿Es la cardiomegalia reportada en historia clínica del HFSJ una cardiopatía congénita en recién nacido de madre VIH +?

No corresponde a una cardiopatía congénita en un recién nacido con VIH, y además se aclara en la historia clínica no se evidencia diagnóstico alguno de cardiopatía congénita.

El ecocardiograma descarta cardiopatía congénita. El comportamiento clínico del neonato es meramente secundario a su hipertensión pulmonar e hipoxemia secundaria refractaria.

4. ¿El sufrimiento fetal y la aspiración de meconio pueden explicarse como causa de una cardiopatía congénita en recién nacido de madre VIH +?

No se explica en este paciente pues no presenta una cardiopatía congénita, según el análisis de la historia clínica y los reportes paraclínicos presenta una hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. Ocurre cuando la resistencia vascular pulmonar (RVP) permanece anormalmente elevada después del nacimiento, lo que resulta en derivación de sangre de derecha a izquierda a través de las vías circulatorias fetales. Esto a su vez conduce a una hipoxemia grave que puede no responder al soporte respiratorio convencional. La prevalencia de la HPPN se ha estimado en 1,9 por 1000 nacidos vivos. La HPPN generalmente ocurre en bebés a término, aunque también puede presentarse en bebés prematuros o postérminos tardíos. Patogénesis: La HPPN ocurre principalmente en recién nacidos prematuros a término o tardíos ≥ 34 semanas de gestación. Tres tipos de anomalías de la vasculatura pulmonar subyacen al trastorno: subdesarrollo, mal desarrollo y mala adaptación. La evidencia experimental y clínica sugiere que la lesión en desarrollo de la circulación pulmonar puede interrumpir la señalización del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y contribuir a estas anomalías.

En anomalías de subdesarrollo, el área de sección transversal de la vasculatura pulmonar se reduce, lo que resulta en una elevación relativamente fija de la resistencia vascular pulmonar (RVP). Mal desarrollo: El mal desarrollo es una perturbación que ocurre en pulmones que normalmente se desarrollan, incluyendo ramificación y diferenciación alveolar, y tienen un número normal de vasos pulmonares. Las características incluyen engrosamiento anormal de la capa muscular de las arteriolas pulmonares y extensión de esta capa en vasos pequeños que normalmente tienen paredes delgadas y sin células musculares. La matriz extracelular que rodea los vasos pulmonares también es excesiva. En este trastorno, se cree que el remodelado del lecho vascular pulmonar ocurre durante los primeros 7 a 14 días después del nacimiento, con una caída concomitante en la RV. Los mecanismos que estimulan el mal desarrollo de la vasculatura pulmonar son inciertos, pero los mediadores vasculares parecen desempeñar un papel. La predisposición genética puede influir en la disponibilidad de precursores para la síntesis de óxido nítrico y afectar la adaptación cardiopulmonar al nacer. Las afecciones asociadas con la HPPN causadas por un mal desarrollo vascular incluyen el parto a término, la tinción de meconio y el síndrome de aspiración de meconio. En estos trastornos, la vasculatura pulmonar responde mal a estímulos que normalmente resultan en una disminución de la RVP, como el aumento de la tensión de oxígeno alveolar y el establecimiento de una ventilación efectiva. Los trastornos que producen una perfusión excesiva del pulmón fetal también pueden predisponer al mal desarrollo vascular. Incluyen el cierre prematuro del conducto arterioso o foramen oval, alta resistencia vascular placentaria y drenaje venoso pulmonar anómalo total. Mal adaptación: En la mala adaptación, el lecho vascular pulmonar normalmente se desarrolla. Sin embargo, las afecciones perinatales adversas causan vasoconstricción activa e interfieren con la caída postnatal normal de la RVP. Estas afecciones incluyen depresión perinatal, enfermedades del parénquima pulmonar e infecciones bacterianas, especialmente las causadas por el estreptococo del grupo B (SGB). El mecanismo de aumento de la RV con infección por SGB es la activación de mediadores vasoactivos por componentes fosfolípidos bacterianos. Factores prenatales: se cree que los hallazgos prenatales asociados con la HPPN son signos de asfixia intrauterina y perinatal. Estos incluyen anomalías en la frecuencia cardíaca fetal (es decir, bradicardia y taquicardia) y líquido amniótico teñido de meconio. Hallazgos neonatales: la mayoría de los recién nacidos con HPPN presentan dentro de las primeras 24 horas de vida signos de dificultad respiratoria (por ejemplo, taquipnea, retracciones, quejidos) y cianosis. El examen físico se caracteriza por cianosis y signos de dificultad respiratoria. Además, puede haber tinción de meconio en la piel y las uñas, lo que puede ser indicativo de estrés intrauterino. El examen cardíaco de bebés con HPPN puede ser notable por un impulso precordial prominente y un segundo sonido cardíaco estrechamente dividido y acentuado. A veces se escucha un duro soplo sistólico consistente con la insuficiencia tricúspide en el borde esternal inferior izquierdo.

5. ¿Qué opinión y validez le da usted al siguiente estudio y sus conclusiones?

CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO DE MADRE VIH (+)

Rev Obstet Ginecol Venez v.66 n.1 Caracas mar. 2006

Drs. María Isabel Palmero, Jenny Briceño, Michels Mendoza, Carmen Bhuedo.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100007

Es un artículo de hace más de 14 años, donde se hace descripción de paciente con un paciente con cardiopatía congénita que no tiene relación con caso actual... "Se trata de un recién nacido a término masculino, adecuado para la edad de gestación; producto de IV gesta III para; madre de 32 años, con embarazo no controlado, de 37 semanas por fecha de última menstruación y 38 semanas + 6 días por Ballard; A Rh+, VIH reactivo (abril/2005), western blot (mayo/2005) no concluyente, en tratamiento con zidovudina, y prueba de sífilis: reactiva (21/06/2005); cultivo de secreción vaginal: negativo; examen de orina normal y urocultivo sin desarrollo bacteriano. Nace por cesárea; lloró y respiró al nacer en forma espontánea. APGAR: 7, 8,9 puntos. Peso 2.860 g, talla 50 cm, circunferencia cefálica 32 cm. Es trasladado al Servicio de Patología B, a las 3 horas de nacido, indicándose tratamiento con zidovudina a 8 mg x kg x día cada 6 horas, por vía oral, lo recibe durante su hospitalización y como tratamiento ambulatorio; se solicita hematología, la cual, se reporta sin alteraciones. Al examen físico: taquicardia, frecuencia cardíaca 152 pulsaciones por minuto y se ausculta, soplo sistólico grado III/VI; es evaluada por el Servicio de Cardiología de nuestra institución, diagnosticándose comunicación interventricular (CIV) (5mm), con cavidades izquierdas dilatadas y cavidades derechas hipoplasias, planteándose el diagnóstico de posible fibroelastosis más CIV, sin repercusión hemodinámica" Se diagnostica como bien se nombra comunicación interventricular sin repercusión hemodinámica y no una hipertensión pulmonar del recién nacido.

VII. CONCLUSIONES

- ♦ Debido a los factores de riesgo descritos en la madre, la aseguradora de la paciente debió programar primeramente en un Hospital de III nivel que contara con UCI neonatal; pues el riesgo de complicaciones eran altas, tanto para la madre, como para el neonato.
- ♦ Pese a tener posible cita de cesárea ya programada, la guía de atención es precisamente una guía, y no un protocolo de obligatorio cumplimiento, la decisión para no desembarazar es éticamente respetable.
- ♦ El binomio fue valorado previamente en Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe sin datos de sufrimiento fetal: Monitoria fetal donde definen de manera conjunta entre pediatría y ginecología la conducta (remitir), que considero adecuada al remitir binomio un hospital de mayor complejidad pues el neonato requería uci neonatal para una atención más integral ante el riesgo de complicaciones maternas y neonatales.

- ♦ El Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe no atendió directamente al neonato. Ellos al no contar con UCI neonatal y sin criterios para desembarazar de urgencia al binomio deciden remitir a un hospital que contara con UCI neonatal.
- ♦ La hipertensión pulmonar persistente del recién nacido no tiene relación con el VIH materno. Los estudios demuestran que las complicaciones más frecuentes son: Transmisión perinatal de VIH condicionando, retraso en el crecimiento intrauterino inadecuado, parto prematuro por déficit nutricional, complicaciones neurológicas: Aunque menos comunes, algunos estudios sugieren que la infección intrauterina puede interferir con el desarrollo cerebral, mayor susceptibilidad a infecciones: El sistema inmunológico del feto puede estar comprometido, haciéndolo más vulnerable a otras infecciones oportunistas, riesgo de transmisión de otras infecciones de transmisión sexual concomitantes, riesgo psicosocial tanto para la madre como para el recién nacido
- ♦ No existe correlación para este caso puntual entre el VIH materno y su hipertensión pulmonar. No es una cardiopatía congénita

VIII.BIBLIOGRAFIA

- ♦ Sankaran D, Lakshminrusimha S. Pulmonary hypertension in the newborn- etiology and pathogenesis. Semin Fetal Neonatal Med. 2022 Aug;27(4):101381. doi: 10.1016/j.siny.2022.101381. Epub 2022 Aug 7. PMID: 35963740.
- ♦ Clin Perinatol. 2021 August ; 48(3): 595–618. doi:10.1016/j.clp.2021.05.009.
- ♦ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-completa.pdf>
- ♦ <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/preventing-perinatal-transmission-hiv>

Cristian Vargas

CRISTIAN LEONARDO VARGAS FIALLO
Especialista en Pediatría y Supraespecialista en Neonatología
REGISTRO MEDICO 1786



CONTÁCTENOS

Reciba de manos de nuestra empresa un análisis objetivo, detallado e integral de su caso clínico, donde pueda obtener la respuesta a sus dudas e inquietudes que le permitan brindar su tranquilidad.



infogrupomaas@gmail.com



+57 300 295 18 38

Grupo MAAS

Médicos y Abogados Asesores