

Se envia informe pericial No. UBMAN DSCA 00420 C 2024

Maria Elena Morante Garcia <maria.morante@medicinalegal.gov.co>

Mié 24/07/2024 8:40 AM

Para:Juzgado 04 Administrativo - Caldas - Manizales <admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:Dirección Seccional Caldas <dscaldas@medicinalegal.gov.co>

 1 archivos adjuntos (7 MB)

Informe pericial de EMILIANO GIRALDO GARCIA.pdf;

Favor confirmar recibido

Atte.

Maria Elena Morante
Secretaria



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA DE SUPIA

DIRECCIÓN: Carrera 7 N° 24-42 Casa de La Justicia, barrio Libertadores. SUPIA, CALDAS
TELÉFONO: 57 6068860006 ext 4604

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024

CIUDAD Y FECHA: SUPIA, 02 de abril de 2024
NÚMERO DE CASO INTERNO: UBMAN-DSCA-00420-C-2024
OFICIO PETITORIO: No. exhorto 003 - 2024-01-31. Ref: Otra exhorto 003 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: DIANA ISABEL RINCON GUZMAN
4 ADMINISTRATIVO CIRCUITO JUDICIAL
JUZGADO
AUTORIDAD DESTINATARIA: DIANA ISABEL RINCON GUZMAN
4 ADMINISTRATIVO CIRCUITO JUDICIAL
JUZGADO
CARRERA 23 NO. 21-48 OFICINA 604
MANIZALES, CALDAS
NOMBRE PACIENTE: EMILIANO GIRALDO GARCIA
IDENTIFICACIÓN: RC 1056137613
EDAD: 6 años
ASUNTO: Responsabilidad profesional

Metodología:

• La aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones médico-legales que deberán ser utilizados en el contexto específico de cada caso; como se establece en el procedimiento Abordaje medico-legal 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: SES Hospital de Caldas, SURA EPS.
- Municipio: Manizales
- Nivel De Complejidad: Tercer nivel de atención
- Profesión y Especialidad: OBSTETRICIA.

MOTIVO DE PERITACIÓN

Se recibe oficio petitorio del Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales; fechado el 22 de enero de 2024 y con N° de Radicado 2019-00316, dentro del proceso de REPARACIÓN DIRECTA promovido por YOLANDA CRISTINA GARCIA VELASQUEZ Y OTROS VS. S.E.S. HOSPITAL DE CALDAS Y E.P.S. SURA; con el objetivo de que se dictamine conforme a lo consignado en historia clínica, si la atención brindada a Yolanda Cristina el momento del parto se encuentra ajustada a los protocolos médicos y de igual manera se determine si las secuelas que presenta el menor de edad EMILIANO GIRALDO son consecuencia de uno mala praxis en el momento de la atención del parto.

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

HISTORIA CLÍNICA DE YOLANDA CRISTINA GARCÍA VELÁSQUEZ.

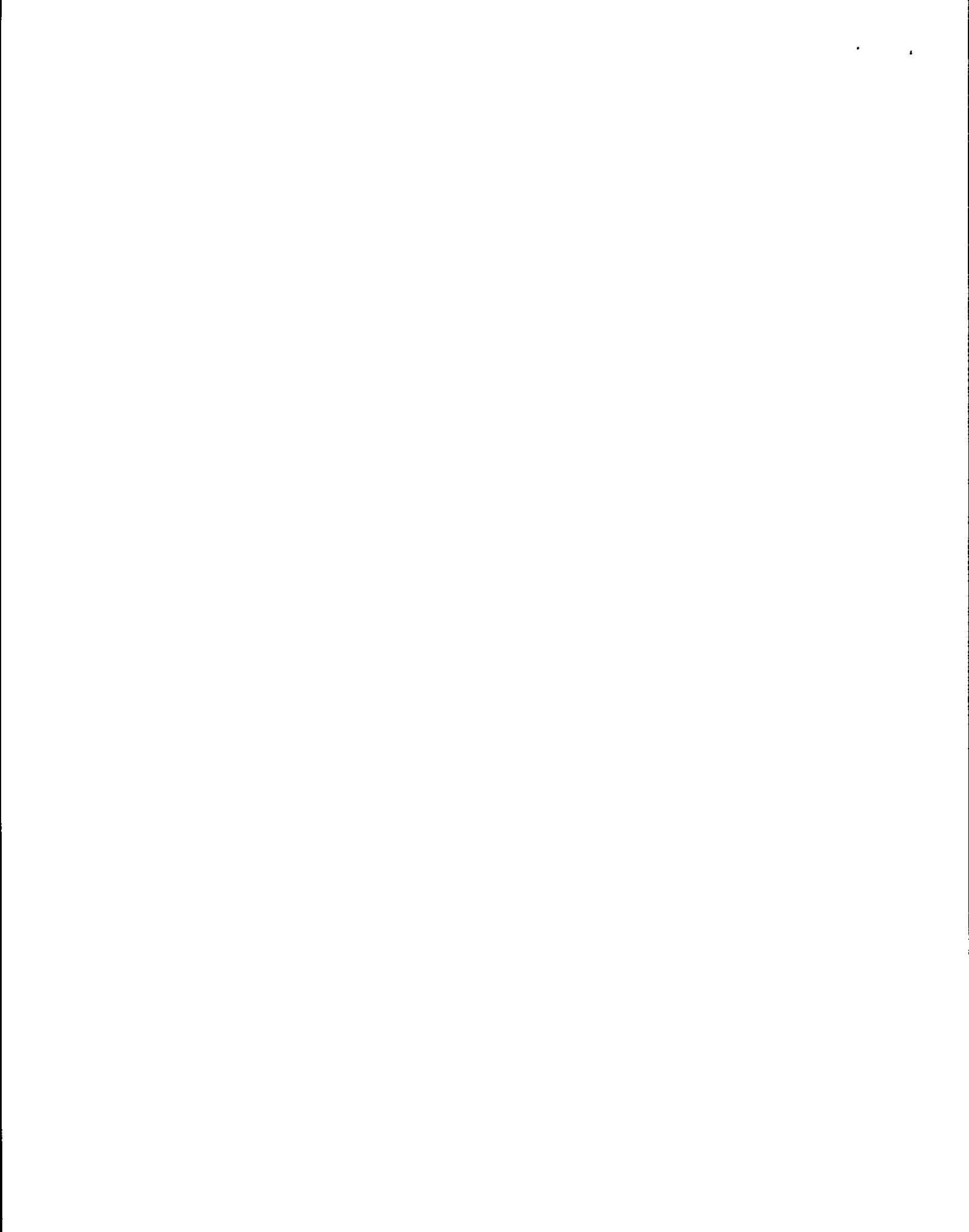
[...] 07/09/2016 Ingreso a control prenatal, atención 1. Secundigestante con embarazo de 7.2 semanas por eco del primer trimestre. Embarazo no planeado, tiene una hija de 3 años, FUM [fecha de última menstruación] confiable del 10/07/2016. Tiene perfil de riesgo obstétrico estándar. Síntomas: náuseas y mastodinia, niega otros. Paraclínicos con hemograma sin alteraciones y frotis de flujo vaginal con infección por hongos manejada con clotrimazol;

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

23/04/2024 08:33

Aportamos a la justicia en favor de la vida

Pag. 1 de 13



INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



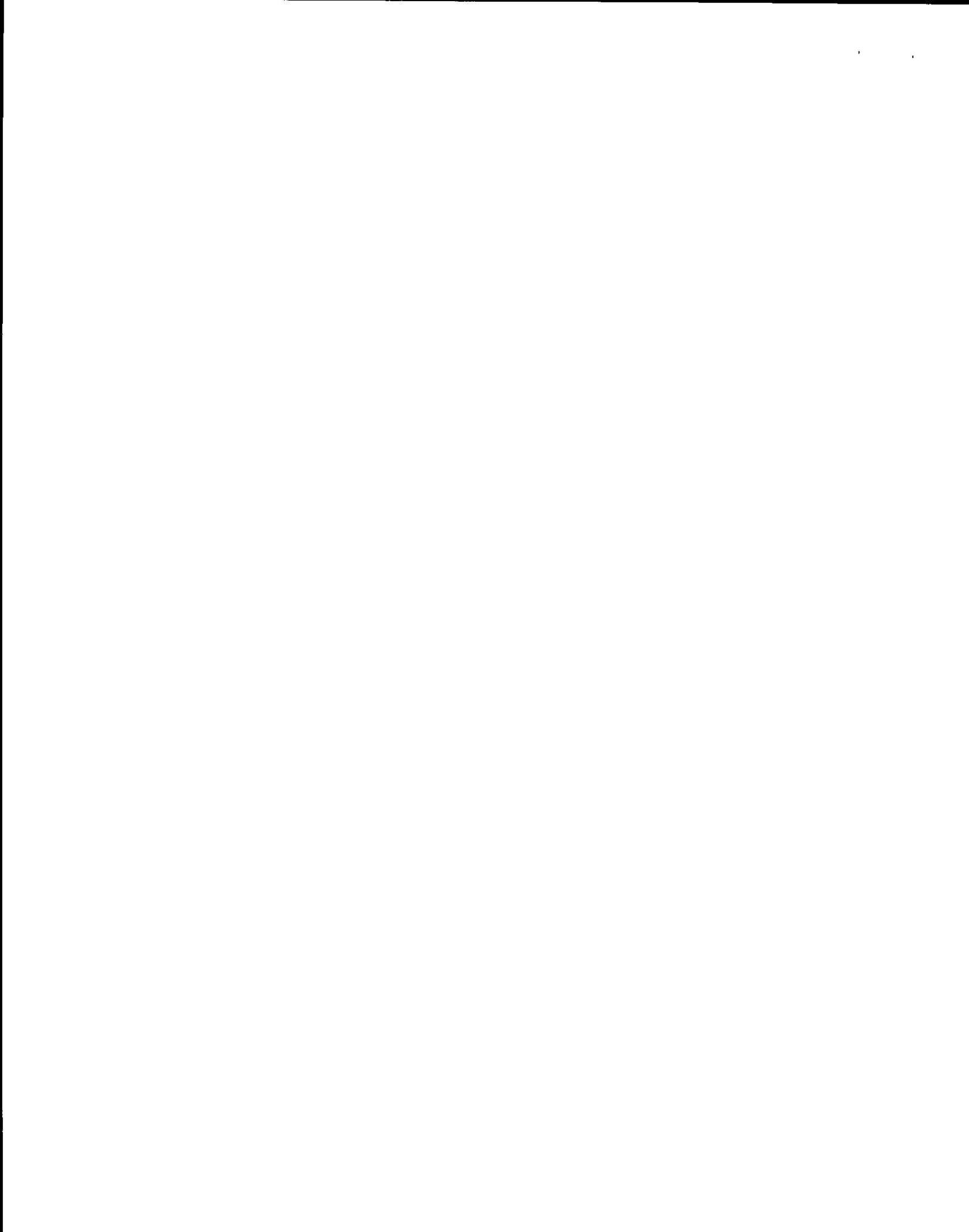
serología, parcial de orina, hepatitis y VIH con resultados normales. Describen el examen físico sin alteraciones o hallazgos anormales. Diagnósticos: supervisión del embarazo normal y candidiasis de la vulva y la vagina. 12/09/2016 Se inicia levotiroxina de 25 microgramos por cifras elevadas de TSH. 16/09/2016 Consultó a medicina general por síntomas generales y dolor hipogástrico. al examen físico describen eritema de la faringe y de conductos auditivos externos. Diagnóstico de resfriado común y manejo con acetaminofén. 11/10/2016 Control prenatal; atención 2. Embarazo de 12.1 semanas. Refirió resolución de síntomas gripales; con náuseas de predominio matutino sin emesis, persiste cefalea ocasional de intensidad leve, edema ocasional a nivel facial y de miembros inferiores, no refiere otros síntomas. Paraclínicos sin alteraciones y con TSH elevada. Complicaciones del embarazo actual: hipotiroidismo. Buen estado general, con signos vitales normales y examen físico sin hallazgos o alteraciones anormales. 09/11/2016 Control prenatal, atención 3. Embarazo de 16.3 semanas. Persisten cefalea, náuseas y mastodinia, dolor hipogástrico ocasional, sin pérdidas vaginales, mejoría de los edemas. al examen físico en buen estado general con signos vitales en rangos de normalidad, altura uterina de 16 cm, feto en posición variable y con fetocardia de 147 latidos por minuto; sin hallazgos anormales. Perfil de riesgo obstétrico estándar. Recomendaciones y macronutrientes. 07/12/2016 Control prenatal, atención 4. Embarazo de 20.3 semanas. Refiere mareos y dolor hipogástrico frecuentes, percibe movimientos fetales. Paraclínicos actualizados con frotis de flujo vaginal normal, TSH normal, toxoplasma normal. Al examen físico buen estado general, signos vitales normales, altura uterina 21 cm, fetocardia 142 con posición variable, movimientos fetales presentes sin actividad uterina, sin hallazgos anormales. Parámetros fetales en percentil adecuado. Solicitan ecografía de detalle fetal, recomendaciones, macronutrientes y control en un mes. 12/01/2017 Control prenatal, atención 5. Embarazo de 25.4 semanas. altura uterina en percentil adecuado; ecografía de tamizaje genético con bajo riesgo de aneuploidia. Se dan macronutrientes y se cita a nuevo control en un mes. Sin hallazgos anormales al examen físico. 15/02/2017 Control prenatal, atención 6. Embarazo de 30.3 semanas. Con edema leve de miembros inferiores, percibe movimientos fetales. Paraclínicos actualizados con resultados normales. Al examen físico con altura uterina de 28 cm, movimientos fetales presentes, sin actividad uterina; no se describen alteraciones físicas en ninguna zona corporal. Diagnóstico: supervisión de embarazo normal. 24/02/2017 Control prenatal. embarazo de 32.5 semanas con hipotiroidismo de novo en manejo con levotiroxina. Hemograma, serología, VIH, toxoplasma y TSH con resultados normales. Ecografía de detalle fetal del 25 de diciembre de 2016 con 23 semanas sin hallazgos anormales. Al examen físico feto en buenas condiciones con movimientos activos, sin referir síntomas; sin hallazgos anormales para la edad gestacional. Diagnóstico: supervisión del embarazo normal e hipotiroidismo. 15/03/2017 Control prenatal, atención 7. Embarazo de 35.3 semanas. Sin referir síntomas. Signos vitales normales. al examen físico con altura uterina de 32 cm, feto vivo, longitudinal, cefálico y con dorso derecho, frecuencia cardíaca fetal 152 latidos por minuto, movimientos fetales presentes y sin actividad uterina o pérdidas vaginales; no se describen alteraciones. Si cambios en el manejo médico. Recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias. 29/03/2017 Control. Gestante con 37.3 semanas de gestación con paraclínicos de rutina y control prenatal normales; en buenas condiciones generales, niega síntomas; percibe movimientos fetales sin pérdidas vaginales. 10/04/2017 01:17 INGRESO A GINECO-OBSTETRICIA. SES HOSPITAL DE CALDAS. Gestante de 38 semanas por fecha de última menstruación del 18/07/2016 y ecografía del primer trimestre, consultó por salida de líquido abundante por vagina y dolor abdominal tipo contracción uterina con movimientos fetales presentes. Con signos vitales estables y en rangos normales. Al examen físico con altura uterina de 36 cm, feto con presentación cefálica, situación longitudinal y con posición de dorso izquierdo. Tacto vaginal con dilatación 2 cm y borramiento de 80%, membranas ovulares rotas de 1 hora de evolución. Estable clínica y hemodinamicamente, cifras tensionales normales, monitoreo fetal con frecuencia cardíaca de 147 latidos minuto y adecuada variabilidad, aceleraciones presentes sin desaceleraciones, con 2 contracciones de moderada intensidad cada 10 minutos, indicativo de bienestar fetal, en fase latente de trabajo de parto; hospitalizan y realizan refuerzo con oxitocina. Diagnóstico de ingreso: supervisión del embarazo

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

23/04/2024 08:33

Aportamos a la justicia en favor de la vida

Pag. 2 de 13



INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



normal. 04:41 horas; Tacto vaginal con dilatación de 7 cm, borramiento del 80%, estación 0; líquido amniótico claro, 3.6 horas de ruptura de membranas. Se encuentra en fase activa del trabajo de parto, dolor de moderada intensidad, actividad uterina regular quien cumple 3 horas, continua vigilancia del trabajo de parto. Adecuada evolución de su trabajo de parto. 06:03 am; actividad uterina regular, movimientos fetales presentes, salida de líquido claro por vagina; Inician dirección de pujo. 06:43 horas, trabajo de parto inducido en fase activa, con dilatación de 10 cm y borramiento del 100%. con 5 horas de ruptura de membranas y 30 minutos en expulsivo con bienestar fetal. 07:33 horas; Se traslada a sala de partos, protección del periné, se atiende parto en presentación vertex a las 07:04 horas se obtiene producto de sexo masculino con apgar de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos con líquido amniótico claro, se estimula, pinzamiento del cordón umbilical al minuto, recién nacido no requirió reanimación, se entrega a la madre, alumbramiento activo a los 10 minutos, sangrado de 300 ml, queda con adecuado tono uterino. Recién nacido con peso de 3544 y talla de 50 cm, perímetro cefálico 33 cm. Solicitan hemoclasificación y TSH del recién nacido. Notas de enfermería describen recién nacido sano, activo, normocalórico con buen reflejo de succión y deglución sin complicaciones. 18:30 horas; en alojamiento conjunto con su recién nacido sano, activo con llanto fuerte y buenos reflejos de succión y deglución sin complicaciones, hizo meconio. Sin complicación alguna y en buenas condiciones generales. 08:32 horas; Recién nacido sano, activo con llanto fuerte y buen reflejo de succión y deglución. 11/04/2017 05:26 En el momento clínica y hemodinámicamente estable, sin sangrado vaginal activo, útero con adecuada involución, adecuada lactancia materna. Se decide alta hospitalaria luego de 24 horas de vigilancia clínica. 11/04/2017, 08:05 Valoración del recién nacido. Controles prenatales. 9. Parto vaginal, sexo masculino; Encuentro recién nacido en buenas condiciones, alerta, reactivo al medio, hidratado sin signos de dificultad respiratoria, tolera lactancia materna, reflejo de succión maduro, ya realizó diuresis y meconio. Normocéfalo con fontanela anterior normotensa, sin alteraciones a la inspección de hendiduras palpebrales ni de los globos oculares, escleras anictéricas, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y fondo de ojo con rojo retiniano presente bilateral, puente y pirámide nasal con morfología normal, coanas permeables, pabellones auriculares de adecuada implantación, sin fistulas ni apéndices preauricular. Conductos auditivos externos permeables; labios, boca, paladar duro y blando sin fisuras ni otras alteraciones, lengua normal sin macroglosia, cuello normal sin lesiones, tórax sin alteraciones de pared, sin tirajes; ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni desdoblamientos; murmullo vesicular de adecuada intensidad sin agregados; abdomen blando, depresible, sin masas, sin defectos de pared ni de conformación; muñón umbilical ligado sin signos de infección, sin evidencia de dolor a la palpación, genitales masculinos de adecuada configuración, testículos en escroto, huella anal anal presente; Barlow y Ortolanni negativos; extremidades simétricas, eutérmicas; sin defectos de la línea media posterior. Neurológico: alerta, reactivo al medio con reflejos primitivos presentes, buen tono en 4 extremidades; piel sana y sonrosada. Recién nacido a término con peso y talla adecuados para la edad gestacional, adaptación neonatal sin complicaciones, signos vitales dentro de lo normal y el examen físico es satisfactorio; aceptando y tolerando adecuadamente la lactancia, diuresis y deposición normales; se decide alta. 11/04/2017 VALORACIÓN GINECO-OBSTETRICIA Refiere sentirse en buenas condiciones generales, sin cefalea o epigastralgia con sangrado vaginal escaso, adecuada lactancia materna. Al examen físico con cabeza y cuello normal, tórax normal sin hallazgos, abdomen blando, depresible sin signos de irritación peritoneal, útero con adecuada involución y tonicidad, genitales con presencia de sangrado vaginal escaso y loquios no fétido, extremidades sin edemas sin signos de trombosis venosa. VDRL no reactivo, hemoclasificación del feto A positivo. Paciente sin complicaciones, clínicamente estable, útero con adecuada involución. 15/04/2017 Control posparto. Primer control, 6 días de posparto vaginal con desgarro I, eutócico, institucional sin complicaciones posparto inmediato. Producto a término de 38 semanas de sexo masculino con un peso de 3455 gramos y talla 50 cm apgar 8-9, no requirió hospitalización neonatos. La madre refiere sentirse bien con hemorroides dolorosas, lactancia materna exclusiva, sangrado vaginal escaso no fétido. Según la mamá el recién nacido ha estado bien, tolera la vía oral, lactancia materna exclusiva, diuresis y deposiciones normales. al examen físico adecuada

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

Mejia
Aportando a la justicia en favor de la vida

23/04/2024 08:33

Pág. 3 de 13



INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



involución uterina con útero contraído sin dolor, rafia de desgarro sana sin signos de infección. Diagnóstico: seguimiento posparto de rutina. Recién nacido en buen estado general con signos vitales normales, fontanelas normotensas, orofaringe sana, otoscopia bilateral normal, sin masas ni adenopatías en cuello, tórax sin deformidades, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos y campos pulmonares bien ventilados sin ruidos sobreagregados, abdomen blando, depresible no doloroso sin visceromegalias, muñón umbilical sano, moviliza las 4 extremidades, pliegues simétricos, ano permeable, genitales externos de sexo masculino con testículos descendidos, hidrocele bilateral y fimosis fisiológica. caderas con adecuada abducción, Barlow y Ortólanii ausentes, posición en decúbito dorsal con extremidades flexionadas, manos cerradas, adecuado sostén cefálico en decúbito ventral, presión palmar y plantar presentes, piel sana, leve tinte icteríco. Diagnóstico: recién nacido sano, con adecuado peso y talla para la edad gestacional. Conducta: indicaciones y signos de alarma, educación en lactancia materna exclusiva, educación en puericultura, estimulación adecuada, control en 20 días. Se solicita valoración y manejo por pediatría.

HISTORIA CLÍNICA EMILIANO GIRALDO GARCÍA.

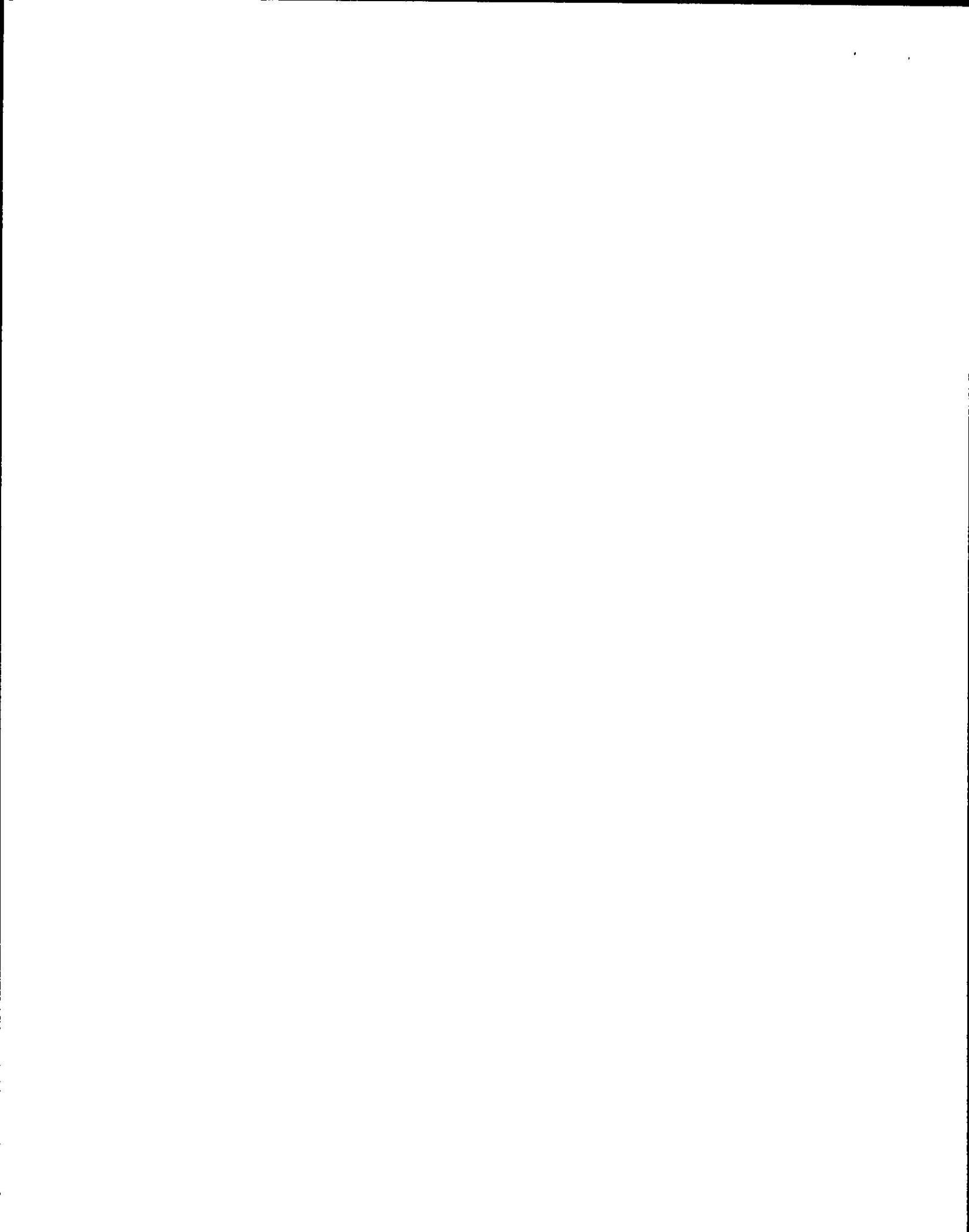
[...] 09/10/2017 Neuropediatría primera vez. Edad 6 meses. Refiere la madre que la mano izquierda es mas delgada que la otra, además tiene baja movilidad y la pega más al cuerpo, sin alteración en miembros inferiores evidente, la madre nota estos cambios en movilidad tras el nacimiento. Remitido por pediatría. Al examen físico presenta agarres bimanuales pero hay preferencia por lado derecho, agarra el tetero con ambas manos, miembros inferiores con movimientos activos. Antecedentes perinatales sin alteraciones, adecuada adaptación neonatal, egreso conjunto, ictericia fisiológica, no hipoglicemia, adecuada succión y llanto; refiere que el parto no fue instrumentado ni traumático. Al examen físico describen buen estado general, adecuada interacción con el medio y el examinador; neurológico con pares craneales altos y bajos normales, pupilas isocóricas fotorreactivas de 3 mm, fija y sigue la mirada, simetría facial, reflejo corneal presente, reflejo cocleo-palpebral presente, llanto con adecuada intensidad, balbuceo, sonrisa social, estabilidad cardio-respiratoria, motor con patrones adecuados para la edad en miembros inferiores y en miembro superior derecho, con parálisis de Erb-Duchenne izquierda dada por cambios tróficos e hiporreflexia bicipital y estiloidal de la extremidad, rotación interna y flexión de dedos de la mano con disminución de los movimientos efectivos, retira trazo por mano derecha más no con la izquierda, reflejos músculo-tendinosos de miembro inferior izquierdo y de miembros superiores derecho ++/++++ , simétricos, seguimiento visual y auditivo, defensas laterales asimétricas, presentas, paracaídas aún no integrado. No tiene estudios paraclínicos. Tiene signos clínicos de parálisis de Erb-Duchenne en miembro superior izquierdo sin antecedente de parto distócico ni instrumentado, tampoco de trauma, no hay signos compatibles con accidente cerebrovascular ya que no hay signos de motoneurona superior, más si signos de motoneurona inferior. Se inicia intervención, preocupa que hay cambios tróficos. Inicia con 3 sesiones semanales de fisioterapia, remisión a fisiatría, se solicitan radiografía de clavículas comparativa para descartar fracturas. FISIATRÍA. Consulta primera vez. Paciente con sostén cefálico a los 3 meses, rolados a los 3 meses, sedente hace 20 días, se lleva los pies a la boca con dos manos, la madre comenta que desde el momento del nacimiento, notó que el miembro superior izquierdo estaba en rotación interna, lo movía pocos y posteriormente más corto y delgado. Antecedente de hospitalización por bronquiolitis. Radiografía de pelvis del 28/09/2017 con ángulos acetabulares derecho de 24° e izquierdo de 21°, radiografía de clavícula del 10/10/2017 normal. Al examen físico con miembro superior izquierdo con rotación interna del hombro, disminución de pliegues del codo, sin embargo realiza movimientos activos, lo lleva a la línea media, lo saca desde la posición prona, arcos de movilidad completos en miembros inferiores. Reacciones posturales: paracaídas asimétrico con paresia del miembro superior izquierdo, reacciones laterales adecuadas del lado derecho, reflejos normales y tono normal. Diagnóstico: parálisis de Erb izquierda. Solicitan electromiografía y neuroconducciones de miembros superiores y continuar terapia física con plan casero adicional. 14/12/2017 CONTROL FISIATRÍA. Paciente está sacando un poco más

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

23/04/2024 08:33

Aportamos a la justicia en favor de la vida

Pag. 4 de 13



INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



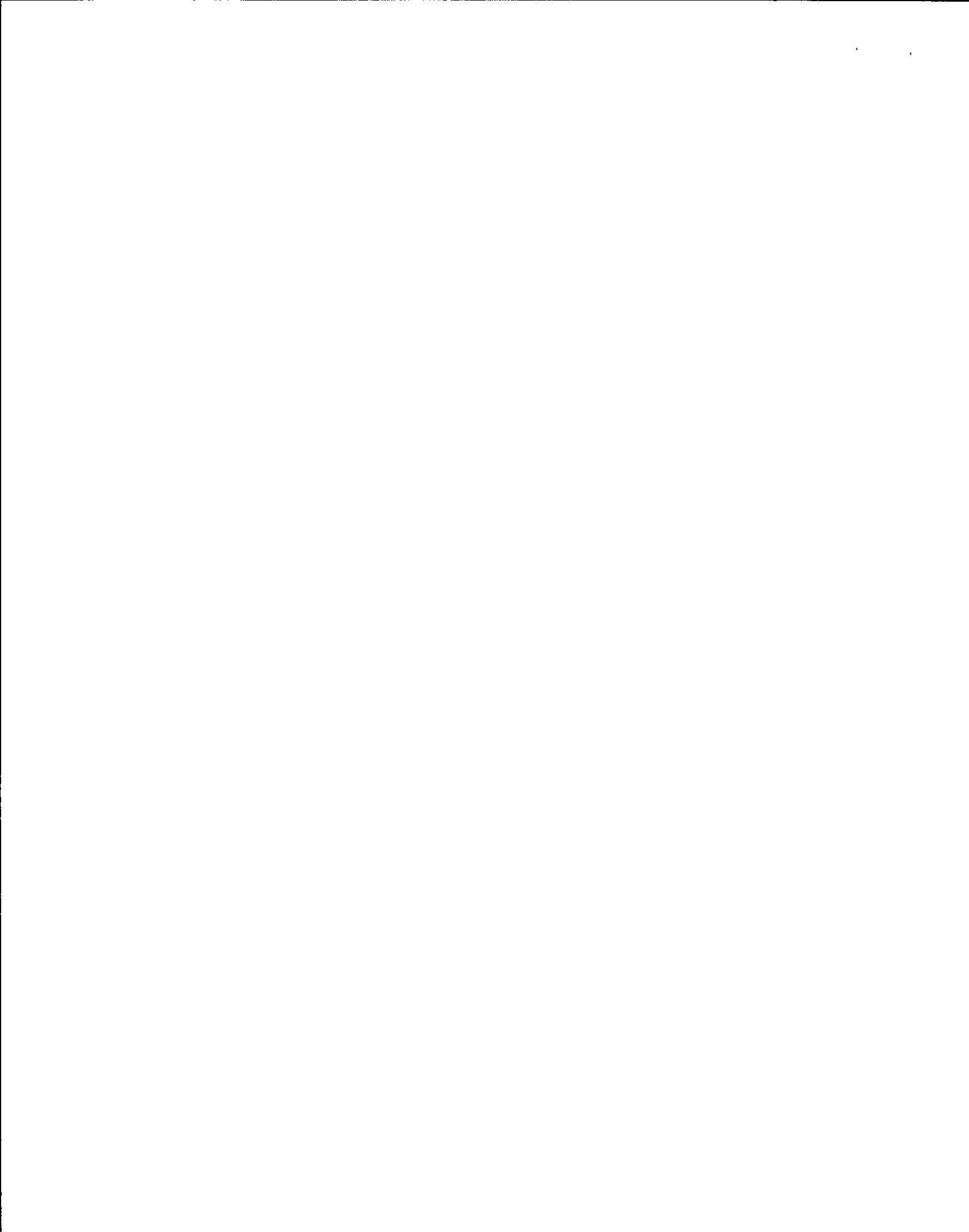
el dedo, lo está integrando más a la mano, ya no tiene el brazo tan rotado y hace más abducción del miembro superior, recibiendo terapias de fonoaudiología y ocupacional, con sialorrea escasa y adecuada masticación. Al examen físico con adecuado control cefálico, intenta hacer rolados, en prono saca los brazos de forma simétrica, hace apoyo en talón de la mano de forma adecuada, realiza movilización activa del miembro superior izquierdo en flexión, abducción de hombro y flexo-extensión de codo, tiene pinza fina con mano izquierda. Continúa rotación interna de hombro pero con mejoría, paracaídas simétrico, reflejos normales, tono normal. Diagnóstico: parálisis de Erb izquierda. Continuar proceso integral de rehabilitación. 15/12/2024 NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA. Paciente con gestación controlada sin complicación, parto vaginal con trabajo de parto de 4 horas, buena adaptación neonatal, la mamá refiere dificultades dentro del parto, al nacer los padres notan el brazo con postura anormal, gateo presente. Al examen físico con simetría facial, cuello simétrico, cardiopulmonar normal, abdomen blando, extremidades con rotación a nivel de hombro izquierdo con funcionalidad adecuada a nivel distal, reflejos músculo-tendinosos ++/++++, logra aducción/abducción simétricas, sedente, presentes gateo, defensas laterales y paracaídas. Diagnóstico de parálisis de Erb. Se considera realizar resonancia magnética de columna cervical y cuello alrededor de los dos años para valorar compromiso de los nervios periféricos. 15/12/2017 NEUROCONDUCCIÓN. Se realiza neuroconducciones de miembro superior izquierdo sin complicaciones, estudio normal, posible neuropraxia del plexo braquial en mejoría. Se realiza electromiografía de miembro superior izquierdo sin complicaciones, estudio normal, posible neuropraxia del plexo braquial en mejoría. Continúa con terapias de neurodesarrollo integral. 13/03/2018 CONTROL NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA. Refieren que usa mucho su mano izquierda, la incluye en sus actividades, desde hace dos meses esta con bípedo, lleva vaso a boca, pasa línea media, saca y mete objetos en caja, pinza fina derecha e izquierda en mejoría, bislabos, dedo protodeclarativo, atiende al llamado por nombre. Al examen físico con pares craneales altos y bajos normales, motor sin patrones adecuados para la edad, agarres bimanuales y pasa la línea media, pinza fina bilateral, sin lateralidad en los movimientos espontáneos. No hay rotación ni signos de atrofia, reflejos musculotendinosos ++/+++ simétricos, seguimiento visual y auditivo, defensas laterales simétricas presentes, paracaídas integrado y retiro de trapo en cara, gateo recíproco y hace bípedo con apoyo. Paciente con parálisis de Erb-Duchenne en miembro superior izquierdo sin antecedente de parto distócico ni instrumentado, tampoco de trauma, imágenes normales más compatible con neuropraxia, importante mejoría con el manejo terapéutico y en el momento con metas del desarrollo alcanzadas, queda con 1 sesión de fisioterapia mensual y actividad motora para estimulación. Continúa manejo con fisioterapia. 29/10/2018 CONTROL FISIATRÍA. El paciente realiza marcha de forma independiente con un poco de tendencia a marcha en puntas, rotación interna de hombro izquierdo, realiza manipulación bimanual de forma adecuada, hipotrofia del deltoides izquierdo, retracción del pectoral izquierdo, arcos de movilidad completos en miembros inferiores, reflejos normales y tono normal. Solicitan radiografía de columna cervical y continuar terapia físicas 3 veces por semana. 07/03/2019 CONTROL FISIATRÍA. Según la madre, se le nota mucho la paresia en miembro superior izquierdo especialmente al correr, se cae mucho y no tiene mucha velocidad de la marcha, notan la extremidad más corta. Realiza marcha de forma independiente con disminución del balanceo de miembro superior izquierdo, rotación interna de hombro izquierdo, realiza manipulación bimanual de forma adecuada, logra extensión completa de codo izquierdo, hipotrofia de deltoides izquierdo, retracción del pectoral izquierdo, Arcos de movilidad completos en miembros inferiores. Reflejos normales, tono muscular normal. Muy buena evolución pero persiste con limitación leve para movilidad, paciente con posible lesión de origen en nacimiento, no hay antecedente de eventos traumáticos en primeros días de vida. Continuar terapia física semanal por 3 meses. 10/07/2019 CONTROL FISIATRÍA Realiza marcha de forma independiente con disminución del balanceo de miembro superior izquierdo, rotación interna de hombro izquierdo, realiza manipulación bimanual de forma adecuada, logra extensión completa de codo izquierdo, hipotrofia de deltoides izquierdo, retracción de pectoral izquierdo, arcos de movilidad completos en MMII, reflejos normales, tono normal. Aumento de terapia física a dos veces por semana durante 4

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

23/04/2024 08:33

Aportamos a la justicia en favor de la vida

Pág. 5 de 13



INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



meses. 11/03/2020 CONTROL FISIATRÍA Realiza marcha de forma independiente con disminución del balanceo de miembro superior izquierdo, rotación interna de hombro izquierdo, realiza manipulación bimanual de forma adecuada, logra extensión completa de codo izquierdo, flexión de codo 90 grados, hipotrofia de deltoides izquierdo muy leve, reflejos normales, tono normal. Terapias físicas 1 vez por semana durante 3 meses. 15/02/2021 CONTROL NEURO-PEDIATRÍA. Ha mejorado la movilidad del miembro superior izquierdo, integra mucho la mano en sus actividades; usa mucho la mano izquierda aunque le duele en sus terapias, pasa la línea media, pinza fina, prende y apaga luces, abre frascos. Al examen físico con menor velocidad para pronosupinación del miembro superior izquierdo, cambios tróficos previos han mejorado notoriamente, leve aumento del tono de los tendones flexores de dedos de la mano izquierda sin retracciones ni contracturas; reflejos musculotendinosos simétricos, excepto el estiloradial izquierdo, marcha independiente con menor balanceo del miembro superior izquierdo, apoyo monopodal, ligera inclinación del hombro izquierdo. Se revalora la necesidad de neuroimagen cervical posterior, pero al momento no hay signos de patología cervical ni neurocutánea. 25/01/2022 CONTROL FISIATRÍA. La madre dice que incluye mucho el miembro superior, todavía la mamá le ve dificultad en el trofismo, se cuelga de pasamanos, esta en bmx, gana competencias. Estuvo hasta diciembre en terapias. Al examen físico paciente con marcha independiente con leve disminución del braceo lado izquierdo, leve hipotrofia de deltoides, flexión de codo 110 grados lado izquierdo, retracción axilar. Manejo con hidroterapia adicional a terapia física por 4 meses. 19/11/2022 CONTROL FISIATRÍA Madre refiere buena evolución, realiza actividad deportiva tipo fútbol y bicicleta. Al examen físico discreta hipotrofia de miembro superior izquierdo a predominio de cintura escapular ipsilateral, logra amplitudes articulares activas completas con fuerza muscular ++++/++++, sensibilidad conservada. Secuela de parálisis de ERB izquierda con evolución satisfactoria. Se recomienda actividad física tipo baloncesto para fortalecer miembros superiores y controles anuales para evaluar cambios posturales y alineación de la columna [...]

OTROS RECURSOS UTILIZADOS

No aplica.

EXAMEN CLÍNICO FORENSE ACTUAL

No se realiza porque el presente informe pericial está orientado a analizar la historia clínica y emitir un concepto médico legal relacionado con la atención en salud que recibieron la señora Yolanda García Grisales y el menor Emiliano García Giraldo.

RESUMEN DEL CASO

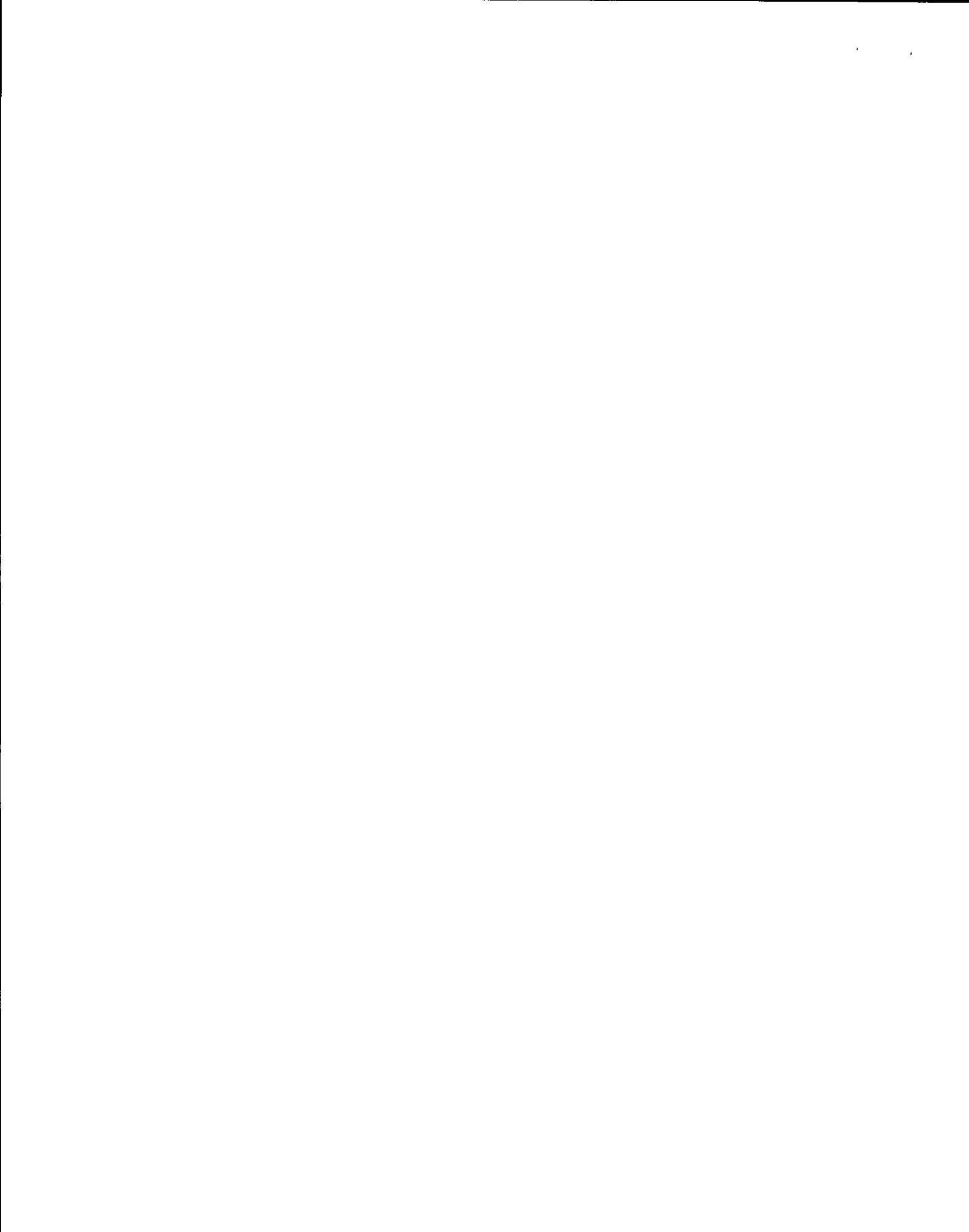
Se trata de una mujer adulta de 34 años, secundigestante quien inició controles prenatales con un embarazo de 7.2 semanas, deseado no planeado; con riesgo obstétrico estándar; asistió a 9 controles prenatales según historia clínica, sin complicaciones ni hallazgos anormales en el examen físico ni en las ecografías obstétricas; tomó de manera continua los micronutrientes formulados por el médico; tuvo diagnóstico de hipotiroidismo por resultados de laboratorio manejado con levotiroxina sin inconvenientes. Consultó al SES Hospital de Caldas el 10 de abril de 2017 a las 01:17 horas e ingresó directamente al servicio de obstetricia con ruptura de membranas ovulares e inicio de trabajo de parto: valorada sin ninguna complicación ni hallazgos anormales; con feto único, vivo y sin alteraciones; monitoreos fetales satisfactorios. Se indicó refuerzo con oxitocina y el trabajo de parto transcurrió sin alteraciones. Cuando estuvo en dilatación y borramiento del cuello completos, fue trasladada a la sala de partos con nacimiento a las 07:04 del 11 de abril de 2017. Tiempo de trabajo de parto 6 horas aproximadamente. Parto vaginal no instrumentado con presentación cefálica del feto, peso y talla adecuados para la edad gestacional, Apgar adecuado y alumbramiento completo a los 10 minutos; se realizó corrección de un desgarro superficial del canal del parto. En notas médicas

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

23/04/2024 08:33

Aportamos a la justicia en favor de la vida

Pag. 6 de 13



INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



y de enfermería el feto no presentó hallazgos anormales, con buena adaptación al medio externo, con reflejos completos y buena succión; no se describen tampoco deformidades de origen congénito. Puerperio con escaso sangrado vaginal y adecuada involución uterina. Valoración del recién nacido sin ningún hallazgo anormal al examen físico y no se hace referencia a alteraciones observadas por los padres. Por buena evolución clínica del binomio madre-recién nacido, se da alta con recomendaciones y signos de alarma. El 15 de abril de 2017 asistieron a control posparto, la madre refirió hemorroides dolorosas y no manifestó ninguna alteración del recién nacido; al examen físico sin hallazgos anormales. No se encontró información clínica del menor entre el 16 de abril y el 8 de octubre de 2017. El 9 de octubre el neonato fue valorado por neuropediatría, quien fue llevado por la madre, refiriendo que el menor presentaba disminución del volumen muscular y de los movimientos del miembro superior izquierdo. al examen físico con signos clínicos de parálisis de Erb-Duchene en miembro superior izquierdo sin antecedente de parto distócico ni instrumentado, tampoco de trauma ni signos compatibles con accidente cerebrovascular, con signos de motoneurona inferior. Inician terapia de rehabilitación física y solicitan valoración por fisiatría. Fue valorado por fisiatra quien encontró al examen físico con miembro superior izquierdo con rotación interna del hombro, disminución de pliegues del codo, sin embargo realiza movimientos activos, lo lleva a la línea media, lo saca desde la posición prona, arcos de movilidad completos en miembros inferiores. Reacciones posturales: paracaídas asimétrico con paresia del miembro superior izquierdo, reacciones laterales adecuadas del lado derecho, reflejos normales y tono normal. Diagnóstico: parálisis de Erb izquierda. La madre refirió en las consultas especializadas que la alteración en la extremidad superior izquierda la notó desde el momento del nacimiento. Continué con manejo especializado, neuropediatría y fisiatría hasta noviembre del 2022, la última valoración describe al examen físico discreta hipotrofia de miembro superior izquierdo a predominio de cintura escapular ipsilateral, logra amplitudes articulares activas completas con fuerza muscular +++++/+++++, sensibilidad conservada. Secuela de parálisis de ERB izquierda con evolución satisfactoria.

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

Para describir el manejo esperado para el caso, se tendrán en cuenta las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO; LA NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO, NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y LA NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [2013].

ATENCIÓN DEL EMBARAZO CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MÉDICINA GENERAL En la primera consulta prenatal se busca evaluar el estado de salud, los factores de riesgo, biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles. Elaboración de la historia clínica e identificación de factores de riesgo, antecedentes personales, obstétricos y ginecológicos, antecedentes familiares, anamnesis sobre gestación actual y síntomas asociados, valoración de condiciones psico-sociales. Examen físico completo por sistemas, valoración ginecológica y valoración obstétrica. Solicitud de exámenes paraclínicos: Hemograma completo, hemoclasificación, serología (Serología prueba no treponémica VDRL en suero o LCR), uroanálisis, pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, prueba Elisa para VIH, antígeno de superficie para hepatitis B, frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto Prematuro. Citología cervical. Administración de Toxide tetánico. Formulación de micronutrientes: sulfato Ferroso, ácido

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

Mejia
Aportamos a la justicia en favor de la vida

23/04/2024 08:33

Pag. 7 de 13

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



fólico y calcio. Educación, fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo, preparación para la lactancia materna. Remisión a consulta odontológica general. Diligenciar y entregar el carné materno y educar sobre la importancia de su uso.

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto. Control prenatal por médico, quien deberá realizar el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo. Los últimos 2 controles prenatales deben ser realizados por médico con frecuencia quincenal, para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido. La consulta de seguimiento y control prenatal por médico incluye: Anamnesis, examen físico completo, análisis de los resultados de exámenes paraclínicos; este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anomalías realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido. Solicitud de exámenes paraclínicos. Durante el segundo trimestre los exámenes paraclínicos requeridos son los siguientes: Uroanálisis, prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24. En el tercer trimestre, las pruebas requeridas son el uroanálisis y la serología según el riesgo. Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media. Formulación de micronutrientes. Educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma. Remisión a curso de preparación para el parto. Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva. Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. Control prenatal por enfermera es el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento. El control por Enfermera deben incluir: Anamnesis, examen físico completo; analizar las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media; análisis de los resultados de exámenes paraclínicos y solicitud de exámenes paraclínicos correspondientes a la etapa gestacional en la que se encuentre la embarazada; análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media; formulación de micronutrientes; Información y educación; diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico y remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, ó si los exámenes paraclínicos reportan anomalías.

ATENCIÓN DEL PARTO ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO: Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno. Elaboración de la Historia Clínica completa. Examen Físico: aspecto general, signos vitales. Revisión completa por sistemas, estado emocional; valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto; fetocardia, tamaño del feto, número de fetos, estado de las membranas, pelvimetría. Solicitud de exámenes paraclínicos. Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas. La presencia de factores de riesgo condicionará la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. Definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si por el contrario, se halla aún en el preparto para determinar hospitalización o deambulación, teniendo en cuenta condiciones de accesibilidad al servicio.

ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO). Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo, brindar apoyo. Canalizar vena periférica. Seguimiento horario de signos vitales. Registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta. Evaluar la

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

Intepaz

23/04/2024 08:33

Aportamos a la justicia en favor de la vida

Pág. 8 de 13

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma. Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma. Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica y consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación; si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal. Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería. Si hay prolongación anormal de la dilatación, debe identificarse y corregir el factor causante. Los factores causantes de distocia en el primer periodo del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos: Distocia mecánica: si hay desproporción cefalo-pélvica se debe remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad. Distocia dinámica: En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación cefalo-pélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: mal control del dolor, hipodinamia uterina, deshidratación e infección amniótica. En caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad.

ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO) El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las multíparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Vigilancia estrecha de la fetocardia. Evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico. El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones. Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión. Actualmente no se indica la episiotomía de rutina y sólo debe practicarse a juicio del médico. La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido. Pinzamiento del cordón umbilical.

ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. perfusión de la piel. Es importante tener en cuenta que durante este período del parto ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que este proceso debe vigilarse estrechamente. Revisión de la placenta tanto por su cara materna como por su cara fetal y la integridad de las membranas, el aspecto del cordón, si es necesario debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos. Normalmente el útero se contrae adecuadamente una vez ha ocurrido el alumbramiento, pero se administra una infusión I.V. de 5-10 Unidades de Oxitocina diluidas en 500 o 1.000 cc de Cristaloides para prevenir la hemorragia postparto por atonía uterina. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal. Suturar desgarros de cuello y/o perineales y episiorrafia en forma anatómica por planos, con materiales sintéticos absorbibles, y sin dejar espacios muertos o hemorragia activa. El médico que atiende el parto debe diligenciar la historia clínica materna y del recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carné materno.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO Este periodo comprende las dos primeras horas postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la homeostasia uterina. Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda.

ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO Este periodo comprende desde las

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

Mejia Z

23/04/2024 08:33

Aportando a la justicia en favor de la vida

Pág. 9 de 13



INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato: Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios. Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos. Deambulación temprana. Alimentación adecuada a la madre. Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO. En esta fase es preciso dar información a la madre sobre: Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido. Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución. Importancia de la lactancia materna exclusiva. Puericultura básica. Alimentación balanceada adecuada para la madre. Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido. Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación. Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar. Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata. La gestante debe egresar con una cita médica ya establecida a fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA (ANI) EN SALA DE PARTOS Es el conjunto de modificaciones cardio-hemo-dinámicas, respiratorias y de todo orden, de cuyo éxito depende fundamentalmente el adecuado paso de la vida intrauterina a la vida en el ambiente exterior. Requiere de la atención inmediata en sala de partos, e incluye: Secar al recién nacido el líquido amniótico. El secado de cabeza y cara se debe realizar inmediatamente después de la expulsión de la cabeza, mientras el tórax aún permanece en el canal del parto. Una vez culminado el expulsivo, y mientras se respeta la circulación umbilical si no hay contraindicación para ello, se procede al suave secado general, con toalla tibia y suave. Realizar succión activa de las vías aéreas sólo cuando esté indicado, la recuperación manual de secreciones es suficiente y se elimina el riesgo de depresión dependiente de reflejo vagovagal. Realizar sondaje gástrico de manera selectiva en caso de persistir salivación anormal, para verificar la permeabilidad esofágica. Valorar el APGAR en el primer minuto, con énfasis en esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y color. Vigilar y asegurar el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización de la temperatura. Apoyar el curso espontáneo de la adaptación si el APGAR es de 7 o más, para consolidar su satisfactoria estabilización. Realizar el Pinzamiento del Cordón Umbilical Tomar sangre del extremo placentario del cordón para el tamizaje de hipotiroidismo congénito, TSH (Hormona estimulante del tiroides TSH neonatal, la hemoclasificación y otras pruebas de laboratorio que puedan estar indicadas. Secar, abrigar e iniciar la lactancia materna en la primera media hora después del nacimiento; secar y abrigar al niño para evitar enfriamiento. Si está en buenas condiciones, colocarlo en el abdomen materno para fomento del vínculo afectivo e inicio inmediato de la lactancia materna. Valorar el APGAR a los 5 minutos. Identificar al Recién Nacido. Tomar medidas antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico y torácico; los datos deben registrarse en la historia clínica y en formatos de atención. Registrar los datos en la historia clínica; en la historia clínica deben ser registrados todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos desarrollados al recién nacido; así como las indicaciones de actividades a realizar durante las siguientes cuatro horas de vida.

CUIDADOS DURANTE LAS PRIMERAS CUATRO HORAS DE VIDA La atención del recién nacido durante las primeras cuatro horas de vida debe ser prestada por el médico y por el

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

Mejia
Aportamos a la justicia en favor de la vida

23/04/2024 08:33

Pág. 10 de 13

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



personal de enfermería. Atención del recién nacido por el médico: examen físico general que incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas, para diagnosticar identidad sexual, calcular edad gestacional, evaluar correlación de peso para la edad gestacional, descartar malformaciones, descartar infecciones, comprobar permeabilidad rectal y esofágica; revisar los resultados de exámenes paraclínicos cuando haya lugar. Remitir y garantizar la ubicación del neonato en institución de mayor complejidad con capacidad resolutive para casos con: ambigüedad sexual, edad gestacional menor de 36 o mayor de 42 semanas; peso para la edad gestacional excesivo o deficiente, malformaciones mayores, evidencia de infección, desequilibrio cardio-respiratorio, Ausencia de permeabilidad rectal y esofágica. Atención del recién nacido por Enfermería: administrar 1 mg intramuscular de Vitamina K, realizar profilaxis oftálmica, realizar aseo general y vestir adecuadamente; alojar junto con la madre y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, controlar los signos vitales, mantenerlo a temperatura adecuada y con poca luz; vigilar estado del muñón umbilical; verificar presencia de deposiciones y orina, hacer valorar por médico en casos de vómito o sialorrea, o ante la presencia de otros signos que puedan indicar anomalía; vigilar condiciones higiénicas y del vestido.

CUIDADOS MEDIATOS Además de los cuidados prestados en las primeras cuatro horas de vida se debe: Iniciar esquema de vacunación con aplicación de BCG, antihepatitis B y antipolio; brindar educación a la madre sobre: nutrición, puericultura y detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud; inscripción del recién nacido para la valoración de su crecimiento y desarrollo y esquema completo de vacunación; registro civil del recién nacido; inscripción del niño y la niña en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; fortalecimiento de los vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija; servicios de planificación familiar; confirmar antes de dar de alta que se tomó la muestra de sangre para el tamizaje de hipotiroidismo congénito y dar indicaciones sobre la importancia de reclamar el resultado oportunamente y entregarlo al momento del primer control del recién nacido.

CONSULTA MÉDICA DE CONTROL DEL RECIÉN NACIDO Consulta de primera vez por medicina general que tiene por objeto consolidar la adaptación neonatal inmediata, debe ser realizada por médico luego de las 72 horas del nacimiento e incluye las siguientes actividades: Anamnesis: verificar la vía oral al seno, los hábitos de micción y deposición; examen físico completo: vigilar el adecuado desempeño cardio-respiratorio, vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusión, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza. Evaluar conductas y cuidados maternos del recién nacido y dar las indicaciones pertinentes.

PARALISIS DE ERB – MANEJO Los síntomas se pueden ver inmediatamente o poco después del nacimiento. Los síntomas pueden incluir: No hay movimiento en la parte superior o inferior del brazo o la mano del recién nacido; ausencia del reflejo de Moro en el lado afectado, brazo extendido y apoyado contra el cuerpo; disminución del agarre en el lado afectado (según el sitio de la lesión). Pruebas y exámenes: Un examen físico por lo regular muestra que el bebé no está moviendo la parte superior o inferior del brazo o la mano. El brazo afectado puede tambalear cuando el bebé se voltea de un lado para otro. Durante la atención médica se examinará la clavícula para buscar fractura; puede ser necesario tomarle al bebé una radiografía. El tratamiento para los casos leves, incluye masajes suaves en el brazo y ejercicios de rango de movimiento, orientado idealmente por fisioterapeutas. Puede ser necesario que los especialistas [ortopedia, fisiatría, neurología], vean al bebé si el daño es grave o la afección no mejora en las primeras semanas. Se puede contemplar la posibilidad de una cirugía si la fuerza no ha mejorado cuando el bebé tiene de 3 a 9 meses de edad. La mayoría de los bebés se recuperará al cabo de 3 a 4 meses. Aquellos que no se recuperan durante ese tiempo tienen un

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

Mejia

23/04/2024 08:33

Aportando a la justicia en favor de la vida

Página 11 de 13

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



pronóstico muy desalentador para una recuperación total. En estos casos, puede haber una separación de la raíz nerviosa desde la médula espinal (avulsión). No está claro si la cirugía para reparar el problema de los nervios puede servir. La cirugía puede involucrar injertos o transferencias de nervios. Es posible que la curación tome varios años.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La parálisis de Erb es una condición clínica en la que se puede presentar una pérdida del movimiento o debilidad del brazo cuando los nervios del plexo braquial se dañan. El plexo braquial es un grupo de nervios alrededor del cuello y el hombro los cuales inervan las extremidades superiores. Dentro de las causas más frecuentes que pueden desencadenar las alteraciones de los nervios del plexo braquial, están la compresión dentro del útero de la madre o durante un parto difícil. La lesión puede ser causada por: tracción de la cabeza y el cuello del bebé hacia el lado a medida que los hombros están atravesando la vía del parto, los hombros del bebé se estiran durante un parto en donde la cabeza sale antes y presión sobre los brazos levantados del bebé durante un parto de nalgas (primero los pies). Existen diferentes formas de parálisis, las cuales dependen del grado de afectación de la extremidad, siendo las más comunes, la parálisis del plexo braquial que afecta frecuentemente solo la parte superior del brazo, que se conoce como parálisis de Erb-Duchenne y la parálisis de Klumpke que afecta la parte inferior del brazo y la mano, este tipo es menos frecuente. Los factores incrementan el riesgo de parálisis de Erb son: Parto en posición podálica [de nalgas], obesidad materna, recién nacido de mayor tamaño al promedio (como el bebé de una madre diabética), dificultad para pasar el hombro del bebé después de que la cabeza ya ha salido [denominada distocia del hombro]. La parálisis de Erb en recién nacidos es menos común ahora que en el pasado; la cesárea se utiliza con mayor frecuencia cuando hay alta probabilidad de un parto difícil, aunque se reduce el riesgo de lesión, no lo previene. Los síntomas se pueden ver inmediatamente o poco después del nacimiento e incluyen: no hay movimiento en la parte superior o inferior del brazo o la mano del recién nacido; ausencia del reflejo de Moro en el lado afectado; brazo extendido [derecho] en el codo y apoyado contra el cuerpo y disminución del agarre en el lado afectado. El diagnóstico se realiza inicialmente por clínica con adecuado examen físico y posteriormente se hace necesario la realización de radiografías, electromiografías, incluso resonancia magnética nuclear. La recuperación de la parálisis de ERB puede darse de manera espontánea sin ninguna secuela, se considera que si no hay mejoría en los tres primeros meses de vida, el menor debe ser valorado por especialistas y contar con la participación de fisioterapia para un plan de rehabilitación, si en el lapso de tres a nueve meses no hay adecuada recuperación es probable la necesidad de procedimientos quirúrgicos; el tratamiento es prolongado y puede durar de meses a años, según el grado de afectación de los nervios del plexo braquial. Todas las fuentes consultadas coinciden en que la causa principal de la alteración nerviosa es un parto distócico, prolongado y/o instrumentado, pero en algunos casos no es posible determinarlo, ya que se describen en la literatura, recién nacidos con parálisis de Erb sin ninguna complicación durante la atención del parto y el puerperio, ni tampoco ninguna situación anómala durante el embarazo. En este caso, se trata de un menor, actualmente con seis años de edad, quien fue diagnosticado con de parálisis de Erb a los seis meses de edad, según información consignada en la historia clínica. La madre del menor sin antecedentes médicos de importancia ni factores de riesgo identificados durante los controles prenatales, embarazo de curso normal y riesgo estándar con atenciones médicas adecuadas, pelvis probada y feto sin alteraciones evidentes. Fue atendida en el Hospital de Caldas, institución de tercer/cuarto nivel, con todos los servicios especializados disponibles para brindar tratamiento oportuno de cualquier situación clínica del binomio madre-feto. Trabajo de parto de aproximadamente 6 horas con nacimiento vía vaginal, no complicado y feto en buenas condiciones generales sin hallazgos anormales, con buena adaptación neonatal y adecuada evolución clínica tanto de la madre como del recién nacido. Egreso hospitalario luego de vigilancia posparto y de valoraciones médicas de rutina. Control posparto sin hallazgos anormales y neonato sin alteraciones según historia clínica. Luego del diagnóstico de parálisis

LEONARDO MEJIA ZULUAGA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBMAN-DSCA-01340-2024



de ERB, el menor fue valorado y manejado por pediatría, neurología, fisiatría y fisioterapia, con evolución lenta y mejoría importante de la funcionalidad de la extremidad superior izquierda; en últimas atenciones se mencionan actividades físicas sin mayores limitaciones, describen realización de actividades deportivas de forma adecuada. Según médicos y especialistas tratantes no requirió manejo quirúrgico u otro tipo de terapias diferentes a las mencionadas en la historia clínica.

CONCLUSIÓN

Se trata de un niño quien tiene actualmente 6 años de edad con diagnóstico de parálisis de ERB-Duchenne desde los seis meses de edad con manejo médico adecuado y acorde a las condiciones clínicas que presentaba, con una recuperación satisfactoria de acuerdo a la información consignada en la historia clínica. Se considera que la atención médica brindada a la madre del menor, Yolanda Cristina García Velásquez, durante su embarazo; fue adecuada y estuvo ceñida a la normatividad vigente para la atención de mujeres gestantes y no se identificaron alteraciones o problemas clínicos que pudieran haber provocado la condición clínica del menor Emiliano Giraldo García. En la atención del trabajo de parto, del parto y del puerperio realizada en el Hospital de Caldas, se describen conductas médicas y procedimientos ajustados a las guías de manejo clínico y no se describen en la historia clínica ninguna alteración o complicación que pudiera ser la causa directa de la patología del menor Emiliano.

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

¿La atención brindada a Yolanda Cristina el momento del parto se encuentra ajustada a los protocolos médicos? La atención médica brindada a la señora Yolanda Cristina García fue completa y adecuada durante la gestación, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto o puerperio y las normas técnicas correspondientes del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. De la misma manera, se considera que la atención del parto fue adecuada y no presentó complicaciones en ninguna de sus etapas. ¿Las secuelas que presenta el menor de edad EMILIANO GIRALDO son consecuencia de una mala praxis en el momento de la atención del parto? Aunque la patología que presentaba el menor está asociada a complicaciones durante la atención del parto; en este caso, no se identificaron en la historia clínica, situaciones anormales o complicaciones que pudieran ser la causa directa de la alteración diagnosticada; por lo tanto, no existe nexo de causalidad y no es posible determinar una mala praxis, ya que el menor y su madre fueron atendidos en una institución de salud acreditada con personal de salud idóneo y con suficiente experiencia.

COMENTARIOS

En algunas ocasiones, la lesión del plexo braquial puede estar asociada al cuidado y manejo del recién nacido en su hogar, situaciones que pueden ser frecuentes y es importante tener en cuenta, sobre todo porque la información relacionada con ese tipo de eventos no necesariamente estará consignada en la historia clínica; principalmente, si no se consulta al servicio médico por algún hecho traumático.

Atentamente,

LEONARDO MEJÍA ZULUAGA
Profesional Especializado Forense

Aportamos a la justicia en favor de la vida

NOTA: Al solicitar cualquier información relacionada con el presente informe pericial, cite el número de caso interno. Este Informe pericial fue elaborado a solicitud de autoridad competente con destino al proceso penal indicado en el oficio de remisión, no reemplaza ni homologa a la incapacidad laboral. Para un próximo reconocimiento es indispensable traer nuevo oficio petitorio.
23/04/2024 08:33

