



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA CALI

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

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025

CIUDAD Y FECHA: CALI. 24 de abril de 2025
NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBCALCA-DSVA-09816-C-2024**
OFICIO PETITORIO: No. 22170 - 2024-09-03. Ref: Proceso 76001333302120220010100 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: NESTOR JULIO VALVERDE LOPEZ
21 ADMINISTRATIVO DE CALI
JUZGADO
AUTORIDAD DESTINATARIA: NESTOR JULIO VALVERDE LOPEZ
21 ADMINISTRATIVO DE CALI
JUZGADO
CL 12 5-75 PISO 5 OFICINA 509 CENTRO CCIAL PLAZA DE
CAICEDO
CALI, VALLE DEL CAUCA
NOMBRE PACIENTE: **EDHIER FABIANY MENESES CAJAS**
IDENTIFICACIÓN: CC 4616486
EDAD: 44 años
ASUNTO: Responsabilidad profesional
PROCESO No. **76001-33-33-021-2022-00101-00**
DEMANDANTE: **NANCY ANEIDA CAJAS RUIZ Y OTROS**
DEMANDADO: **NACIÓN – MINDEFENSA – POLICÍA NACIONAL Y OTROS**
MEDIO DE CONTROL: **REPARACIÓN DIRECTA**

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: Hospital Susana López de Valencia
- Municipio: Popayán
- Nivel De Complejidad: 2

- Institución: Clínica Cosmitet
- Municipio: Cali
- Nivel De Complejidad: 3

- Institución: Fundación Clínica Valle del Lili
- Municipio: Cali
- Nivel De Complejidad: 4

MOTIVO DE PERITACIÓN:

Se recibió del Juzgado 21 Administrativo - Valle Del Cauca – Cali, solicitud de VALORACIÓN MEDICINA LEGAL, dentro del expediente digital 760013333021202200101-00. En la solicitud el señor Juez del Despacho, mediante auto No. 629 del 29 de junio de 2023 OFICIA al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para que realice "DICTAMEN PERICIAL, a fin

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



de que, con base en las historias clínicas aportadas por el Hospital Susana López de Valencia (archivo 9 carpeta No. 0016 del ED), Cosmitet Ltda. (págs. 34 a 497 del archivo 2, carpeta No. 0018 del ED) y la Fundación Valle del Lili (archivo 3 de la carpeta No. 0020 y archivos 2, 3 y 4 de la carpeta No. 0056 del ED) de respuesta a los interrogantes planteados en la demanda, relacionados con el deceso y atención médica brindada al señor Edhier Fabiany Meneses Cajas:

1. Determine cuáles fueron las causas reales de la muerte de acuerdo a la historia clínica.
2. Determine si los diagnósticos consignados en las historias, eran o no los correctos que presentaba el hoy fallecido de acuerdo a su historia clínica.
3. Indique cuál considera era el diagnóstico acertado y tratamiento médico a seguir por el hoy fallecido.
4. Determine si la atención médica, el nivel de complejidad de las entidades que atendieron al hoy fallecido, estaban en condiciones de brindarle los tratamientos médicos que requería el hoy fallecido o requería uno más especializado y de qué nivel.
5. Determine si el tiempo que duro su tratamiento infirió en las patologías que se desarrollaron en el transcurso y que finalmente le ocasionaron la muerte.
6. Determine cuál era el procedimiento médico que se debía seguir y duración en tiempo, para atender la patología presentada por el hoy fallecido.
7. Determine si los médicos y/o personal que brindó atención médica al hoy fallecido eran los idóneos para la prestación del servicio.
8. Determine si los medicamentos brindados al hoy fallecido eran los correctos para tratar su patología."

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

Se reciben archivos digitales con 4713 folios, distribuidas de la siguiente manera:

Carpeta "0016. RTA HOSPITAL SUSANA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA\9. HISTORIAL CLINICO -EDHIER FABIANY MENESES"

1. 1-NOTA ENFERMERIA -EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 5.
2. 1-Triage -EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 1
3. 2-NOTA ENFERMERIA -EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 35
4. 2-Triage -EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 1
5. 3-Triage -EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 1
6. Consentimiento de VIH-EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 2
7. Gases Arteriales-EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 1
8. H.C - EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 52
9. Registro de Ambulancia-EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 1
10. Reporte Electrocardiograma-EDHIER FABIANY MENESES -. pdf, folios 1
11. Resultados LABORATORIOS -EDHIER FABIANY MENESES.pdf, folios 1

Carpeta "0018. RTA COSMITET y LLAMAMIENTO"

1. 2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf con la EPICRISIS e HC pg 34 a 497, folios 497

Carpeta "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO"

1. 3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf, folios 3147

Carpeta "0056. RTA FUN VALLE"

1. 2.HISTORIA CLÍNICA FÍSICA.pdf, folios 97
2. 3.ANEXOS 1.pdf, folios 474
3. 4.ANEXOS 2.pdf, folios 399

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



Una vez realizada la revisión integral de todos los documentos aportados, se toman los siguientes apartes:

Del archivo "MENESES CAJAS EDHIER FABIANY TOMO 1.pdf" se aporta historia clínica ocupacional con los estudios de ingreso ocupacionales desde 07/03/2003 al 20/06/2003 e historia laboral donde niega patologías cardiovasculares o antecedentes a ese nivel, con reporte de electrocardiograma "Normal" el 14/04/2003, tiene reportes de una prueba física del 2011 y cuatro pruebas físicas del 2013 todas reportando normalidad (folios 28-69, 257 y 341/342).

Del archivo "1-Triage -EDHIER FABIANY MENESES.pdf" (01 folio) del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. se toma:

25/12/2018 5:09:49 p. m. "Tensión Arterial:110/70 Frecuencia Cardíaca: 92 Frecuencia Respiratoria: 18 Temperatura: 36 SO2: 99 Estado de Conciencia: Alerta Peso (kg): 73,0000. Motivo Consulta: CONSULTORIO: TALLA: 1.66MOTIVO DE CONSULTA: HACE 1 DIA EN PROCEDIMIENTO SINTIO DOLOR EN HOMBRO DERECHO. ESCALA DEL DOLOR: ANTECEDENTES:EPS: POLICIA. Hallazgos Positivos al Examen: INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS ALERTA GLASGOW 15/15 CONSCIENTE ORIENTADO SIN SIGNOS NI SÍNTOMAS AGUDOS NI DESCOMPENSACIÓN NO DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA. HMBRO DERECHO, CONSERVA ARCOS DE MOVILIDAD, LELNADO CAPIALR NORMAL, IMPRESION DIAGNÓSTICA Diagnóstico 1: Diagnóstico 2: Diagnóstico 3: Observaciones: Recomendaciones: PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, HIDRATADO (A) SIN SIRS, EN EL MOMENTO SU PATOLOGÍA ES DE MANEJO EN NIVEL DE ATENCIÓN UNO EN EL MOMENTO PACIENTE NO REQUIERE VALORACIÓN POR URGENCIAS NIVEL DOS. SE DERIVA A HOSPITAL NIVEL 1 DEL NORTE U HOSPITAL MARÍA OCCIDENTE. SE EXPLICA CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA." Folios 1/1, RUIZ JIMENEZ ASTRID LILIANA, Especialidad MEDICINA GENERAL, Registro Médico 34321117.

Del archivo "2-Triage -EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. se toma:

21/02/2019 2:41:57 a. m. Nota médica de urgencias "MC Y E.A: PACIENTE PESIMO INFORMANTE,MANIFIESTA ESTA DORMIDO Y LO DESPIERTA DOLOR EN HOMBRO DERECHO, NIEGA DOLOR EN TORAX, NO OTRA SINTOMATOLOGIA Observaciones: FAMILIAR APRENSIVO, INTERRUMPE EN VARIAS OCASIONES LA ANAMNESIS, MANIESTA PACIENTE LO ENCONTRO CON LA MANO EN EL PECHO. SS EKG Diagnóstico 1: R074 DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO" (01 folios) MEDICINA GENERAL CERON ROLANDO ESTEBAN Registro Medico 196446

Del archivo "1-NOTA ENFERMERIA -EDHIER FABIANY MENESES.pdf" (05 folios) del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

21/02/2019 Atención por "CONSULTA POR DOLOR EN HOMBRO DERECHO", "PENDIENTES: CITA EN 5 DIAS CON MEDICO GENERAL VALORACIÓN POR FISIATRIA, CONDICIONES DE EGRESO: POR SDS PROPIOS MEDIOS" Responsable: OSORIO CASTAÑO MAIBEL YULIANA, páginas 2 y 5/5)

21/02/2019, Hora 13:00:00, Nota de enfermería "NOTA DE ENTREGA – EGRESO. PENDIENTES: CITA EN 5 DIAS CON MEDICO GENERAL VALOARCION POR FISIATRIA, CONDICIONES DE EGRESO: POR SDS PROPIOS MEDIOS. ANÁLISIS-PLAN: EDUCACIÓN

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



AL PACIENTE Y FAMILIA: SI, SE EXPLICAN INDICACIONES DE SALIDA SE HACE ENTREGA DE FORMULACION MEDICA SE EXPLICA CLARAMENTE COMO TOMAR EN CASA SE EDUCA SOBRE DIETA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE RECONUDLTAR SE ACOMPAÑA A LA SALIDA VENOPUNSIÓN: SI, SE RETIRA POR EGRESO." (folio 5/5) Responsable: OSORIO CASTAÑO MAIBEL YULIANA.

Del archivo "H.C .- EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

..
21/02/2019 3:30:06 a. m. de URGENCIAS – CONSULTA, "Mótiwo de Consulta" Enfermedad Actual: DOLOR AL HOMBRO DERECHO PACIENTE QUIEN HACE MEDIA HORA MANIFIESTA ESTABA DORMIDO Y LO DESPIERTA DOLOR EN HOMBRO DERECHO, NIEGA DOLOR EN TORAX, NO OTRA SINTOMATOLOGIA, CON ESTE DOLOR EN EL HOMBRO VIENE DESDE HACE UN AÑO QUE SE HA IDO INCREMENTANDO TRAE ECOGRAFIA DEL HOMBRO NEGATIVA HACE 8 DIAS, SU MADRE MANIFIESTA QUE HAY EPISODIOS QUE NO RECUERDA... Analisis y Plan: PACIENTE CONCUADRO SUBITO DE DOLOREN HOMBRO DERECHO HACE MEDIA HORA, EN DONDE DESDE HACE UN AÑO PREWSNTA DOLOR, AHRA CON DESPERATDSA POR EL DOLOR, NIEGA ORTROS SINTOAMS LA MADE INSITE EN DOLOR EN EL TORAX, REQUEIRA PARCLINISO PARA DEFINOIR Y ANALGESIA Diagnostico M255 DOLOR EN ARTICULACION" (Folios 1-5/52) MEDICINA GENERAL DIEGO MANUEL ALBAN SILVA, rm 1387/90.

..
Del archivo "H.C .- EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

21/02/2019 hora 3:30:06 a. m. de URGENCIAS – CONSULTA " [...] TROPONINA T hs STAT ALTA SENSIBILIDAD Resul: 11 Analisis: PACIENTE CON DOLOR EN HOMBRO DERECHO CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, SIN LIMITACION FUNCIONAL, SE DECIDE EGRESO CON RECOMENDACIONES ESPECIALES Y SIGNOS DE ALARMA, CONTROL AMBULATORIO CON MEDICO GENERAL CONSULTA EXTERNA Plan: SALIDA CON ORDENES AMBULATORIAS RECOMENDACIONES ESPECIALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS ASISTIR A CITA POR CONSULTA EXTERNA NIVEL I O POR LA CONSULTA PRIORITARIA DE SU EPS EN 3 DÍAS." Folios 6-7/52) MEDICINA GENERAL PINO YACUMAL YULY BIBIANA Registro Médico: 630178.

..
Del archivo "Reporte Electrocardiograma-EDHIER FABIANY MENESES -. pdf"

21/02/2019 solo se encuentra una página con imagen del trazado electrocardiográfico con fecha 21/02/2019, sin lectura o interpretación por el especialista.

..
En el archivo "Resultados LABORATORIOS -EDHIER FABIANY MENESES.pdf" HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Se encuentran resultados de laboratorios desde el 21/02/2019 al 23/09/2019, folios 1-8/8.

..
Del archivo "3-Triage -EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

18/09/2019 2:41:17 p. m. CONSULTORIOS DIFERIDA – TRIAGE 3, "Motivo Consulta: CONSULTORIO: 2TALLA: 1+66MOTIVO DE CONSULTA: DESDE HACE 5 DIAS TOS SECA, ESCASA FLEMA Y HACE 4 DIAS HEMOPTISIS., NO TOLERA ACOSTARSE , FIEBRE ALTA D E 40°CESCALA DEL DOLOR: ANTECEDENTES: EPS:" (folios 1) MEDICINA GENERAL BAOS LOPEZ LUIS ARGEMIRO, Registro Médico 1046/85.

..
Del archivo "H.C .- EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

18/09/2019 hora 3:07:43 p. m. URGENCIAS – CONSULTA "Antecedentes Médicos NOASAM

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



DM HTA, Quirúrgicos ENLA INFANCIA POR CRIPTORQUIA, Médicos EPILEPSIA EN MANEJO CON LEVETIRACETAM 500 MG VO CADA 12 HORAS, Quirúrgicos CIRUGIA EN LA NIÑEZ POR CRIPTORQUIDIA DE LADO IZQUIERDO [...] Motivo de Consulta: "TIENE TOS Y FIEBRE", Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS DE EDAD, CUADRO CLINICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN FIEBRE CUANTIFICADA EN 40°, TOS SECA, DESDE HACE 3 DIAS CON ESPECTORACION, EN LAS NOCHES HEMOPTISIS, DISNEA, DOLOR TORACICO, CEFALEA, SENSACION DE TAQUICARDIA [...] Analisis y Plan: PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA EN MANEJO CON LEVETIRACETAM, QUE INGRESA POR SINTOMAS RESPIRATORIOS DE UNA SEMANA DE EVOLUCION, ULTIMAMENTE CON HEMOPTISIS, AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, CREPITOS EN BASES PULMONARES, CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE NEUMONIA, SE INGRESA PARA MANEJO SINTOMATICO Y TOMA DE PARACLINICOS, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. [...] Diagnostico: J189 NEUMONIA, NO ESPECIFICADA. " (folio 8-13/52) MEDICINA GENERAL, JOSE ANIBAL DIAZ MOLINA Registro Médico: 18104532.

Del archivo "2-NOTA ENFERMERIA -EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

18/09/2019 HORA: 15:10:00, nota de urgencias "PACIENTE DE SEXO: MASCULINO, CONDICIONES DE INGRESO: ACOMPAÑANTE: NO, RIESGO(S): SIN RIESGO, MANILLA: SIN, ASPECTO GENERAL: INGRESA PACIENTE EN SALA DE CONSULTORIO CIENTIFICAMENTE ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA SE LE OBSERVA DECIDIDO ALGICOTOS CON EXPETORACION. DOLOR EN TORAX MALESTAR GENERAL, PRESENTA DOLOR: NO, CABEZA: SIN ALTERACIONES EVIDENTES, CUELLO [...] (Folio 5/35) Responsable: Enfermera SANDRA LILIANA QUETAMA DELGADO.

Del archivo "2-NOTA ENFERMERIA -EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

18/09/2019 HORA: 18:00:00 "PACIENTE QUE LE ORDENAN TRASLADO A OBSERVACION Y VALORACION POR MI" (Folio 6/35) Responsable: enfermera SANDRA LILIANA QUETAMA DELGADO.

Del archivo "H.C. - EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

18/09/2019 hora 6:19:36 p. m. IDX: - NEUMONIA MULTILobar - EDEMA PULMONAR. PACIENTE REFIERE PERSISTIR SINTOMATICO. PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE CRIPTORQUIDIA, QUE INGRESA POR SINTOMAS RESPIRATORIOS Y HEMOPTISIS, SE TOMA PARACLINICOS QUE REPORTAN HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS CON LEVE NEUTROFILIA POR ELEVADA, CREATININA AUMENTADA, BUN NORMAL, RX DE TORAX CON INFILTRADOS ALGODONOSOS GLOBALES, EN PROYECCION PA Y LATERAL, SE CONFIRMA DIAGNOSTICO DE NEUMONIA Y SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNA, SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR. (folio 8-13/52) MEDICINA GENERAL, JOSE ANIBAL DIAZ MOLINA Registro Médico: 18104532.

Del archivo "H.C. - EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

18/09/2019 hora 10:58:26 p. m. URGENCIAS INTERCONSULTA ESPECIALIZADA "FUENTE DE INFORMACIÓN: PACIENTE REGULAR INFORMANTE MC: TENGO TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR EA: PACIENTE MASCULINO, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 10 DIAS DE EVOLUCIÓN APROXIMADAMENTE, ACOMPAÑADO DE TOS, DISNEA DE

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



ESFUERZO, HIPOREXIA PERDIDA DE PESO Y DIAFORESIS, ACOMPAÑADO DE ESPECTORACIÓN BLANQUECINA, HAY DOLOR PLEURITICO EN BASES POR LO QUE DECIDE CONSULTAR [...] IDX: NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DEL GRUPO 2, - EPILEPSIA POR HISTORIA CLÍNICA?, PACIENTE MASCULINO, QUIEN PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS ESTABLECIDOS EN TOS, DOLOR PLEURITICO, SIN FACTORES DE RIESGO Y SIN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PREVIO NO VEO CRITERIO PARA DEJAR PIPTAZ Y VANCOMICINA, HAY QUE VIGILAR EVOLUCIÓN Y SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE SE DEJA EN OBSEVACIÓN PARA VIGILAR LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO, SEGÚN ESTO, SE DETERMINARÁ MANEJO AMBULATORIO, SE LE EXPLICA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AL PACIENTE, QUIEN REFIERE ENTENDER Y COMPRENDER LO EXPLICADO. [...] Diagnostico G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Principal, J189 NEUMONIA, NO ESPECIFICADA [...] J01CA028721 AMPICILINA SODICA 1 g + SULBACTAM 0.5 g POLVO PARA INYECCION 6, APLÑICAR 3 GRAMOS EV CADA 6 HRAS PPS NEGATIVA. (folio 14-17/52) MEDICINA INTERNA MAYA RODRIGUEZ CARLOS ADRIAN Registro Médico: 520968

Del archivo "Gases Arteriales-EDHIER FABIANY MENESES.pdf" hay resultados de gases arteriales del 19/09/2019 (01 folios)

Con alcalosis Respiratoria por pH elevado y PaCO₂ bajo sugieren hiperventilación, con PaO₂ y saturación de oxígeno altas, con desequilibrio Electrolítico por Anión gap elevado (normal: 8-16 mmol/L) puede indicar acidosis metabólica compensada.

Del archivo "H.C .- EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

19/09/2019 hora 11:21:28 a. m. URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS "NAC MULTILOBAR HEMOPTISIS EPILEPSIA EVOLUCIONA SIN FIEBRE MENOS DOLOR PLEURITICO TOS ESPECTORACION BLANQUECINA MENOS SANGRADO ESTA UN POCO MEJOR [...] PACIENTE CON NEUMONIA MULTILOBAR AL PARECER RECIBIO AZITROMICINA EN CASA POR EXTENSOS INFILTRADOS RIESGO DE FALLA EVENTILATORIA AUMENTO ESPECTRO ANTIBIOTICO SE LE EXPLICA POR HEMOPTISIS HEMORRAGIA ALVEOLAR ?? SS HEMOGRAMA DE CONTROL [...] OMITIR AMPICILINA SULBACTAM, PIPERACILINA TAZOBACTAM 4,5 G EV CADA 6 HORAS, VANCOMICINA 1 G EV CADA 12 HORAS, SS HEMOGRAMA RX DE TORAX DE CONTROL, SS PANEL VIRAL " (folio 27) Profesional: MEJIA SANTANDER HERNAN FELIPE Registro Médico: Especialidad: MEDICINA INTERNA RM 774 (folio 26-27/52).

Del archivo "H.C .- EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

19/09/2019 2:20:54 p. m. URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS "SE ACLARA QUE HAY DEMORA EN EL CUMPLIMIENTO DE CAMBIOS DE MD INTERNA POR COLAPSO DEL SERVICIO UN SOLO MEDICO PARA 35 PACIENTES. [...] OMITIR AMPICILINA SULBACTAM PIPERACILINA TAZOBACTAM 4,5 G EV CADA 6 HORAS VANCOMICINA 1 G EV CADA 12 HORAS SS HEMOGRAMA RX DE TORAX DE CONTROL SS PANEL VIRAL [...] PACIENTE CON DX NAC GRUPO II. AP DE EPILEPSIA. S: REFIERE SENTIRSE FATIGADO CON INICIO DE DISNEA. SIGNOS VITALES: T/A: 90/60 FC: 160 FR: 27 Tª: AFEBRIL O: PACIENTE CON NAC GRUPO II REGULAR EVOLUCION CLINICA SE ENCUENTRA TAQUICARDICO CON USO DE MUSCULOS ACCESORIOS. POR RIESGO DE FALLA VENTILATORIA SE DECIDE TRASLADAR A EMERGENCIA. PLAN: TRASLADO A EMERGENCIA. PENDIENTES PARA CLINICOS" MEDICINA GENERAL Especialidad: CARLOS ANDRES HURTADO MUÑOZ Registro Médico: 1061710458 (folio 29/52).

Del archivo "2-NOTA ENFERMERIA -EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

19/09/2019 HORA: 14:30:00, NOTA DE ENTREGA- TRASLADO "PACIENTE QUIEN EN TOMA DE SIGNOS VITALES D E 2 PM PRESENTA EPISODIOS DE TAQUICARDIA SE TORNA SUDUROSO , CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO, LUGARY PERSONA ,NO REFIERE DOLOR, SE INFORMA A MEDICO DE TURNO CON INDICACION DE PASO A SERVICIO DE EMERGENCIA , ÇON SU OPORTE DE OXIGENO , CON SU RESPECTIVA DOCUMENTACION , QUEDA MONITORIZADO , EN SERVICIO PARA CONTINUAR MANEJO., PRESENTA DOLOR: NO" (Folio 21/35) Responsable: Enfermera PEREZ ALVARADO BLANCA NELLY.

Del archivo "H.C .- EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

19/09/2019 3:14:06 p. m. EVOLUCIÓN SALA DE EMERGENCIAS. "PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS, CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: - NAC MULTILOBAR / HEMOPTISIS - ANTECEDENTE DE EPILEPSIA EVENTO// EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON PALIDEZ GENERALIZADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL. Objetiva SIGNOS VITALES: FC 81 TA 118/64 FR 21 TEMP 36.4 EXAMEN FÍSICO: ALERTA, ORIENTADO, CON PALIDEZ GENERALIZADA, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, TORAX SIMETRICO, TAQUIPNEA, SIN TIRAJES, AHORA SIN BRONCOESPASMO, ESTERTORES BIBASALES FINOS, MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO, CORAZON RITMICO, IMPULSOS BIEN NO EDEMAS NO TVP, ABDOMEN BLANDO NO DOLOR, NEUROLOGICO NO FOCALIZACION NO SD MENINGEO, PARACLÍNICOS: HEMOGRAMA: LEU: 10020, NEU: 7800, LINF: 1440, HB: 12, HTO: 35.2, PLT: 223000 PCR: 114.19, FUNCIÓN RENAL: BUN: 19.3, CREATININA: 1.24, PACRIAL DE ORINA SIN ALTERACIONES, GRAM DE ESPUTO CONTAMINADO, RX DE TORAX: Se aprecian opacidades intersticiales de distribución parahiliar y peribronquial bilateral, que se extiende desde los hilios hacia la periferia con signos de ocupación alveolar de aspecto consolidativo. No hay signos de derrame pleural. Ángulos costodiafragmáticos libres. La vascularización pulmonar es de calibre y distribución usual. La silueta cardiaca y el mediastino son de tamaño y configuración normales. Estructuras óseas y tejidos blandos visualizados de aspecto normal. PENDIENTE CULTIVO DE ESPUTO, HEMOCULTIVO, BACILOSCOPIA, HEMOGRAMA DE CONTROL, RX DE CONTROL, PERFIL VIRAL Y GASES ARTERIALES CON ELECTROLITOS Y LACTATO. Analisis PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA EN MANEJO CON LEVETIRACETAM, QUIEN INGRESÓ POR CUADRO CLÍNICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN DE FIEBRE CUANTIFICADA EN 40° Y TOS INICIALMENTE SECA QUE EN LAS NOCHES SE TORNABA HEMOPTOICA, CON DISNEA, DOLOR TORACICO Y PALPITACIONES POR LO CUAL SE INGRESÓ A SALAS DE OBSERVACIÓN PARA TOMA DE PARACLÍNICOS Y VIGILANCIA. PARACLÍNICOS DE INGRESO REPORTAN HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS CON LEVE NEUTROFILIA, PCR ELEVADA, CREATININA AUMENTADA, BUN NORMAL, RX DE TORAX CON INFILTRADOS ALGODONOSOS GLOBALES DE PREDOMINIO BASAL BILATERAL, EN PROYECCION PA Y LATERAL, POR LO QUE AL INGRESO SE INICIÓ MANEJO ANTIBIÓTICO CON AMPICILINA SULBACTAM + DOXICICLINA Y BROMURO DE IPRATROPIO, DOS PUFF CADA 8 HORAS. EN RONDA DE LA MAÑANA PACIENTE AFIRMO DISMINUCIÓN DEL DOLOR PLEURITICO, AHORA CON MENOS SANGRADO, SIN EMBARGO, SE CONSIDERA .DIAGNÒSTICO DIFERENCIAL DE HEMORRAGIA ALVEOLAR. EN CAMBIO DE TURNO PERSONAL DE ENFERMERIA ENCUENTRA PAÇIENTE TAQUICARDICO, TAQUIPNEICO Y CON TENDENCIA A LA HIPOTENSIÓN, CON ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA, POR LO CUAL SE DECIDIÓ INGRESAR A SALA DE EMERGENCIAS PARA MONITORIZACIÓN PARA MONITORIZACIÓN CONTINUA NO INVASIVA Y TOMA DE PARACLÍNICOS AGUDOS. EN LA MAÑANA SE DIÓ INDICACIÓN DE PIPERACILINA TAZOBACTAM + VANCOMICINA, Y SE SOLICITARON ESTUDIOS DE CONTROL. AL INGRESO A SALAS DE EMERGENCIAS EL

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN EMBARGO, SE DECIDE VIGILANCIA Y SEGÚN EVOLUCIÓN TRANSLADO A OBSERVACIÓN EN EL TRANSCURRIR DE LA TARDE. SE INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO, SOLICITUD DE PLACA DE TORAX DE CONTROL, GASES ARTERIALES CON ELECTROLITOS Y LACTATO, Y VIH. FAVOR AVISAR CAMBIOS, GRACIAS. Plan MONITORIZACIÓN CONTINUA NO INVASIVA EN SALA DE EMERGENCIAS SS/ RX DE CONTROL Y GASES ARTERIALES CON ELECTROLITOS Y LACTATO, VIH SS/ PERFIL VIRAL COMPLETO CONTINUAR MANEJO INSTAURADO EN LA MAÑANA FAVOR AVISAR CAMBIOS, GRACIAS." MEDICINA INTERNA MEJIA SANTANDER HERNAN FELIPE Registro Médico: RM 774 (folios 31-33/52)

Del documento "Consentimiento de VIH-EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

20/09/2019 05:16 Consentimiento informado para toma VIH, con firma. (folios 1-2/2) Médico General KELLY UJUETA 193439.

Del archivo "H.C .- EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

20/09/2019 10:17:13 a. m. URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS "PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA EN MANEJO CON LEVETIRACETAM, QUIEN INGRESÓ POR CUADRO CLÍNICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN DE FIEBRE CUANTIFICADA EN 40° Y TOS INICIALMENTE SECA QUE EN LAS NOCHES SE TORNABA HEMOPTOICA, CON DISNEA, DOLOR TORACICO Y PALPITACIONES POR LO CUAL SE INGRESÓ A SALAS DE OBSERVACIÓN PARA TOMA DE PARACLÍNICOS Y VIGILANCIA. EN EL MOMENTO, HEMOGRAMA CON HEMOBLOBINA EN DESCENSO, LINEA BLANCA SIN ALTERACIONES, GASES ARTERIALES CON EQUILIBRIO ACIDO BASE, PANEL VIRAL NEGATIVO. CONTINUA PENDIENTE BACILOSCOPIA SERIADA, CULTIVO DE ESPUTO Y VIH. EL PACIENTE PERSISTE CON HEMOPTISIS, SE DECIDE SOLICITAR TP, TPT, HEMOGRAMA. DADOS LOS CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA E HIPERTROFIA VENTRICULAR, SE DECIDE SOLICITAR ECOCARDIOGRAMA. RESTO DE MANEJO IGUAL. FAVOR AVISAR CAMBIOS. Plan AISLAMIENTO PROTECTOR PENDIENTE VIH, BACILOSCOPIA, CULTIVO DE ESPUTO, HEMOCULTIVO. SS// ECOCARDIOGRAMA SS// TGO, TGP, TP, INR, TPT, FA, HEMOGRAMA, PCR, CREATININA Y BUN PARA MAÑANA. INICIAR TRAMITE DE REMISIÓN A TERCER NIVEL CONTINUAR MANEJO INSTAURADO EN LA MAÑANA" Especialidad: MEDICINA INTERNA MEJIA SANTANDER HERNAN FELIPE Registro Médico: RM 774 (folios 41-42/52).

Del archivo "H.C .- EDHIER FABIANY MENESES.pdf" del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

21/09/2019 10:46:24 a. m. URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS "Signos Vitales TA:110/70 FC:78 FR:18 (folio 48/52) T:37.0 SATUROMETRÍA SÍ 87 [...] EVOLUCIONA SIN FIEBRE TOLERA DIETA HAY HIPOREXIA DISNEA DE PEQUELOS ESFUERZOS TOLERA BIEN CON O2 POR CANULA NASAL NO DOLOR TORACICO NI ABDOMINAL PERSISTE TOS HEMOPTOICA 100 Objetiva ALERTA OPORIENTADO AFBEIRL ANICTERICO PALIDEZ MUCOCUTANEA NORMOLLENADO YUGULAR SIN TIRAJES SINBRONCOESPASMO ESTERTORES FINOS BIBASALES CORAOZN RITMICO SIN SOPLOS PULSOS BIEN NO EDEMAS NO SIGNOS DE TVP ABDOMEN BLANDO NO DOLRO REFLUJOHEPATUYUGULAR - NEUROLOGICO NO FOCALIZACION NO SD MENINGEO HB 10.6 NN NEUTRO 8140 PCR DESCENDIO 63 PERFIL HEPATICO TIEMPOS NORMALES HIV NEGATIVO HEMOCUTIVOS 48 HORAS NEGATIVOS BACILOSCOPAI 1 NEGATIVA CR 1.4 BUN 18 NIVEL DE VANCOMICINA 18. Analisis PACINYE CON DX ANOTADOS SRIS EN

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



MODULACION PERSISTE E SCTORACION HEMOPTOICA DECSSENSE DE 2 G DE HB SE DEJA IGUAL AMNEJO DEBE REMITIRSE COMO URGENCIA VITAKL POR RIESGO DE HEMOPTISIS MASIVA COLAPSO Y MUERTE AYER SE COMENTO CASO CON AUDITORA SE LES EXPLICA SITUACION. Plan OMITIR TERAPIA RESPIRATORIA REMISION CONMO URGENCIA VITAL TERCER NIVEL CON POSIBILIDAD DE FIBROBRONCOSCOPIA RIESGO DE HEMPTISIS MASIVA COLAPSO Y MUERTE Diagnostico R042 HEMOPTISIS J189 NEUMONIA, NO ESPECIFICADA G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO". Especialidad: MEDICINA INTERNA MEJIA SANTANDER HERNAN FELIPE Registro Médico: RM 774 (folios 48-49/52).

Del archivo "1. ANEXOS NANCY ANEIDA CAJAS RUIZ.pdf" se toma:

21/09/2019 11:05 Epicrisis N°221224 del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. de atención por "PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA EN MANEJO CON LEVETIRACETAM, QUIEN INGRESÓ POR CUADRO CLÍNICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCION DE FIEBRE CUANTIFICADA EN:40° Y TOS INICIALMENTE SECA QUE EN LAS NOCHES SE TORNABA HEMOPTOICA, CON DISNEA, DOLOR TORACICO Y PALPITACIONES POR LO CUAL SE INGRESÓ A SALAS DE OBSERVACION PARA TOMA DE PARACLÍNICOS Y VIGILANCIA, EN EN EL MOMENTO, HEMOGRAMA CON HEMOBLOBINA EN DESCENSO, LINEA BLANCA SIN ALTERACIONES, GASES ARTERIALES CON EQUILIBRIO ACIDO BASE, PANEL VIRAL NEGATIVO. CONTINUA PENDIENTE BACILOSCOPIA SERIADA. CULTIVO DE ESPUTO Y VIH. EL PACIENTE PERSISTE CON HEMOPTISIS. SE DECIDE SOLICITAR TP, TPT, HEMOGRAMA. DADOS LOS CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA E HIPERTROFIA VENTRICULAR, SE DECIDE SOLICITAR ECOCARDIOGRAMA. RESTO DE MANEJO IGUAL. FAVOR AVISAR CAMBIOS. [...] PACINYE CON DX ANOTADOS SRIS EN MODULACION PERSISTE E SCTORACION HEMOPTOICA DECSSENSE DE 2 G DE HB SE DEJA IGUAL AMNEJO DEBE REMITIRSE COMO: URGENCIA VITAKL POR RIESGO DE HEMOPTISIS MASIVA COLAPSO Y MUERTE AYER SE COMENTO CASO CON AUDITORA SE LES EXPLICA SITUACION. Plan: OMITIR TERAPIA RESPIRATORIA, REMISION CONMO URGENCIA VITAL TERCER NIVEL, CON POSIBILIDAD DE FIBROBRONCOSCOPIA RIESGO DE HEMPTISIS MASIVA COLAPSO Y MUERTE" (folios 87-98/182)

Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

21/09/2019--Atención Triage:"Paciente quien consulta por cuadro clinico consistente en 2 semanas de tos con expectoracion con pintas de sangre, se encuentra hospitalizado en popayan 17 septiembre con hemograma sin leucocitosis, con rx torax que evidencia infiltrados parahiliares sin consolidaciones, se han realizado baciloscopias negativas, se cubrio con tazocin + vancomicina, ahora envian como urgencia vital para toma de fibrobroncoscopia Antecedentes personales.Patologicos: epilepsia Farmacologicos: keppra Quirurgicos: niega Alergias: niega Examen fisico TA: 110/61 FC: 98 FR: 24 SAT: 98% fio2 28% Luce enfermo, mucosas humedas, cuello normal, murmullo vesicular simetrico bilateral son estertores en bases, ruidos cardiacos ritmicos regulares sin soplos, abdomen blando depresible no dolor o masas, extremidades moviles, snc activo gcs 15 no focalización motora o sensitiva, orientado en 3 esferas En el momento se encuentra estable hemodinamicamente, sin focalización neurologica, no angina o disnea. Paciente clinicamente cursando con neumonia sin sirs, no soporte vasoactivo o ventilatorio invasivo, se comenta con dr diez emergenciólogo, considera manejo en su ips principal, se explica a familiares y medico de ambulancia La resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del ministerio de salud y protección social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación: Triage III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias.

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa. En cumplimiento de esta norma, le solicitamos dirigirse al servicio de urgencias de la red de prestadores de su entidad aseguradora de manera INMEDIATA. Se explicó al paciente y entendió." Responsable: QUINTERO FERNANDEZ, JUAN PABLO Especialidad: MEDICINA GENERAL. (Página 1/3147).

21/09/2019 Hora registro 19:16:31 "Paciente hemodinámicamente estable, normocardico, afebril, sin focalidad neurológica, no déficit motor o sensitivo, movilizándose por sus propios medios, orientado en esferas mentales, sin signos de dificultad respiratoria, sin precordialgia, no signos de irritación peritoneal. La resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del ministerio de salud y protección social estipuló cinco categorías de Triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación: Triage III: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente. SERVICIO DE URGENCIAS COLAPSADO, SIN POSIBILIDAD PARA PODER BRINDAR LA ATENCIÓN REQUERIDA (NO DISPONIBILIDAD DE UCI, NO DISPONIBILIDAD DE VENTILADORES), SE ENCUENTRAN ÁREAS DE EXPANSIÓN (PASILLOS) A LA INTemperie. # SE ENCUENTRA INFORMADO CENTRO REGULADOR DE EMERGENCIAS # SE DIO DIRECTRIZ POR PARTE DE COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN MÉDICA DE ACUERDO A EL MOTIVO DE CONSULTA Y LA CONDICIÓN CLÍNICA ACTUAL DEL PACIENTE REQUIERE MANEJO EN IPS (INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD) NIVEL 3 EL CUAL ES DEFINIDO POR SU EPS # SE LE INFORMA ACOMPAÑANTE Y PACIENTE NIVEL DE TRIAGE, NIVEL DE ATENCIÓN REQUERIDA Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS EN FCVL VALORADO POR MÉDICO QUINTERO DE TRIAGE" Responsable GARZON PAPAMIJA, LUDIVIA. (Página 242/3147).

Del archivo "Registro de Ambulancia-EDHIER FABIANY MENESES.pdf" (en 01 folio) se toma:
21/09/2019 hora 15:19 Registro del servicio de ambulancia "Horario de salida: 03:47 pm Hora de entrega: 08:05 pm: Institución de destino: Fundación Valle del Lili [...] Evolución del traslado: Paciente de 39 años IDx: Hemoptisis Neumonía Sx convulsivo, remitido como urgencia vital x riesgo de hemoptisis masiva colapso y muerte CC 1 sna evolución con tos hemoptoica fiebre de 40 °C, disnea y taquicardia y palidez mucocutánea hemodinámica/ estable, con perfil viral negativo, baciloscopia (-) y Rx de tórax infiltrados parahiliares. P/ fibrobroncoscopia y TAC de tórax para definir conducta. No fue aceptada en Valle del Lili. Se traslada a Valle Rey David donde fue aceptada. "Firma a nombre de Gonzalo A. Ordoñez T. 19-3452 y aparece sello a nombre de médico y cirujano Juan Carlos Valencia Z. RM 522311/11

Del archivo "1. ANEXOS NANCY ANEIDA CAJAS RUIZ.pdf" se toma:
21/09/2019 a las 18:28 de valoración en triage de la Fundación Valle del Lili, del Registro de Consulta con número de EPISODIO: 6653344
Paciente quien consulta por cuadro clínico consistente en 2 semanas de tos con expectoración con pintas de sangre, se encuentra hospitalizado en Popayán 17 septiembre con hemograma sin leucocitosis, con Rx torax que evidencia infiltrados parahiliares sin consolidaciones, se han realizado baciloscopias negativas, se cubrió con tazocin + vancomicina, ahora envían como: urgencia vital para toma de fibrobroncoscopia Antecedentes personales Patológicos: epilepsia Farmacológicos: keppra Quirúrgicos: niega-Alergias: niega Examen físico TA: 110/61 FC: 98 FR: 24 SAT: 98% fio2 28% Luce enfermo, mucosas húmedas, cuello normal, murmullo vesicular simétrico bilateral son estertores en bases, ruidos cardíacos rítmicos regulares sin soplos, abdomen blando depresible no dolor o masas, extremidades móviles, SNC activo ges 15 no focalización motora o sensitiva, orientado en 3 esferas: En el momento se encuentra estable

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



hemodinamicamente, sin focalización neurológica, no angina o disnea. Paciente clínicamente cursando con neumonía sin sirs, no soporte vasoactivo o ventilatorio invasivo, se comenta con dr diez emergenciólogo, considera manejo en su ips principal, se explica a familiares y médico de ambulancia La resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del ministerio de salud y protección social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicaran en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación: Triage III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. son aquellos pacientes que necesitan un examen: complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa. En cumplimiento de esta norma, le solicitamos dirigirse al servicio de urgencias de la red de prestadores de su entidad aseguradora de manera INMEDIATA. Se explico al paciente y entendido." Responsable: QUINTERO FERNANDEZ JUAN PABLO, Especialidad: MEDICINA GENERAL.

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

21/09/2019 20:27 SERVICIO: URGENCIAS "MOTIVO DE CONSULTA: " REMITIDO DE POPAYAN DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ, CON DIAGNOSTICO DE NEUMONIA MULTILOBAR, CON HEMOPTISIS CONTINUA, DESCENSO DE SU HEMOGLOBINA PARA REALIZACION DE FIBROBRONCOSCOPIA ". ENFERMEDAD ACTUAL : INGRESA PACIENTE REMITIDO DE LA CIUDAD DE POPAYAN DE LA CLINICA SUSANA LOPEX DE VALENCIA, CON CUADRO CLINICO DE DOS SEMANAS DE EVOLUCION, CONSISTENTE EN TOS CON ESPECTORACION HEMOPTOICA Y FIEBRE CUANTIFICADA DE 40 GRADOS CENTIGRADOS, CEFALEA, CONSULTA A CENTRO PERIFERICO EL 17 DE SEPTIEMBRE, DOCUMENTAN DISNEA, DOLOR TORACICO Y PALPITACIONES, TOMAN HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS, RX DE TORAX, DONDE EVIDENCIAN OPACIDADES INTERSTICIALES PARAHILIARES Y PERIBRONQUIALES BILATERALES, CON SIGNOS DE OCUPACION ALVEOLAR DE ASPECTO CONSOLIDATIVO. INICIAN MANEJO ANTIBIOTICO EMPIRICO CON AMPICILINA SULBACTAM Y DOXICICLINA, CON DIAGNOSTICO DE NEUMONIA MULTILOBAR, POR NO MEJORIA AJUSTAN A PIPERACILINA Y VANCOMICINA, CON PERSISTENCIA DE LA HEMOPTISIS, CON ESTUDIOS ADICIONALES, HEMOCULTIVOS NEGATIVOS A LAS 48 HORAS, BK SERIADO NEGATIVA Y PANEL VIRAL NEGATIVO (INFLUENZA A Y B Y AH1N1), CON DESCENSO DE HGB, TOMAN EG DONDE DOCUMENTAN BLOQUEO DE RAMA DERECHA E HIPERTROFIA VENTRICULAR, SOLICITAN ECOCARDIOGRAMA , POR PERSISTENCIA DE SECRECION HEMOPTOICA , SIRS EN MODULACION , DESCENSO DE SU HGB, DECIDEN REMITIR POR RIESGO DE HEMOPTISIS MASIVA, PARA REALIZACION DE FIBROBRONCOSCOPIA.. INGRESA EN APERENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN TRABAJO RESPIRATORIO CON CANULA NASAL, SIN DETERIORO NEUROLOGICO, ANT PATOLOGICOS: EPILEPSIA EN TTO CON LEVETIRACETAM 500 MG CADA 12 HORAS ANT QX: CRIPTORQUIDEA EN LA INFANCIA ANT ALERGICOS: NIEGA. EXAMEN FISICO: CONCIENTE, AFEBRIL, CON CANULA NASAL, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL, SIN ADENOMEGALIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, TAQUICARDICO. A CAMPOS PULMONARES CON CREPITOS GENERALIZADOS ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, GU: SE OMITE EXT: MOVILES, SIMETRICAS, SIN EDEMAS, SNC: NO DEFICIT MOTOR, NI NEUROLOGICO ASOCIADO, EG: 15/15. DIAGNOSTICO DE INGRESO G409 EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, J159 NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA, R042 HEMOPTISIS. HALLAZGO OBJETIVO: TA: 111/68, TAM: 88, FC: 100 X MIN, SO2: 97%. CONCIENTE, AFEBRIL, CON CANULA NASAL, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL, SIN ADENOMEGALIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, TAQUICARDICO. A CAMPOS PULMONARES CON CREPITOS GENERALIZADOS ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, GU: SE

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



OMITE EXT: MOVILES, SIMETRICAS, SIN EDEMAS, SNC: NO DEFICIT MOTOR, NI NEUROLOGICO ASOCIADO, EG: 15/15 HALLAZGO SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR PRECORDIAL, NIEGA DISNEA, SIN EVIDENCIA DE ALZAS TERMICAS.. PERSISTE CON ACCESOS DE TOS CON PINTAS HEMOPTOICAS. (pág. 52-53/497) JUAN CARLOS VALENCIA ZULUAGA ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL UCI.

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

22/09/2019, 09:01 SERVICIO: URGENCIAS "HALLAZGO OBJETIVO: PCTE CON 39 AÑOS HACE 1 SEMANA INICIA CON FIEBRE DISNEA Y TOS ..LUEGO EMPEORA LA TOS Y PRESENTA HEMOPTISIS CONSULTA EN POPAYAN Y HOSPITALIZAN SE INICIAN ANTIBIOTICOS CON VANCO + PIP/TAZ

REMITEN POR PERSISTIR HEMOPTISIS ACA LLEGA CON LEVE DISNEA TOS PERSISTENTE AHORA AFEBRIL FC 90 FR 20, NO ADENOPATIAS

C/P: HIPOV ACPS CON CREPTIOS FINOS BILATERALES, ABD. NEGATIVO, SNC. ALERTA, SIRS. NEGATIVO". Firma a nombre de ANDRES VANEGAS TOBAR ESPECIALIDAD: INTERNISTA. (Páginas 54 y 55/497)

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

23/09/2019--SERVICIO: HOSPITALIZACION "INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO: ECO TT VI DE TAMAÑO NORMAL CON CONTRACTILIDAD CONSERVADA. FE 60%.AI DILATADA(22 CM2). ESTENOSIS MITRAL SEVERA. AREA 0.8 CM2. GP 20 MMHG. GM 17 MMHG CON MAYOR COMPROMISO DEL APARATO SUBVALVULAR (RETRACCION Y ENGROSAMIENTO). RIGIDEZ DE LA H. POSTERIOR Y APERTURA EN DOMO DE LA H. ANTERIOR. (NO ES CANDIDATO A VALVULOPLASTIA PRECUTANEA).I. TRICUSPIDE LEVE.PSP 70 MMHG.CAVIDADES DERECHAS DILATADAS CON CONTRACTILIDAD CONSERVADA DEL VD. VENA CAVA DILATADA. NO DERRAME PERICARDICO" HECTOR ARMANDO DAZA MEJIA ESPECIALIDAD: CARDIOLOGO . (Página 58/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

24/09/2019 --SERVICIO: HOSPITALIZACION "PTE QUE CONSULTO POR DISNEA. TOS CON HEMOPTISIS ..CON TAC DE TORAX QUEU MOSTRO DERRAME PLEURLA BILATERAL ATELECTASIA PASIVA LOB PULMONARES SUP E INF BILATERALES. MLTIPLS ADENOMEGALIAS MEDIASTINALES.. MULTIPLES IMAGENES DE ASPECTO PESUDONODULAR DISPERSAS..ZONAS DE OCUPACION ALVEOLAR .FIBROTORAX .. CON ECO QUE DOCUMENTO EM SEVERA E HTP SEVERA .. LA HTP PODRIA SER SECUNDARIA A CARDIOPATIA VALULAR IZQ (EM SEVERA) AUNQUE POR HALLAZGO EN TAC DE TORAX ES IMP DESCARTAR CAUSAS PARENQUIMATOSAS PULMONARES (SARCOIDOSIS) O ENF AUTOINMUNES" MAURICIO DARAVIÑA VALLEJO ESPECIALIDAD: INTERNISTA. (Páginas 58/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

24/09/2019--SERVICIO: HOSPITALIZACION "ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): PACIENTE CON INDICACION DE RECAMBIO AVVULAR MITRAL POR ESTE NOSIS SEVERA PERO QUE EN EL MOMENTO NO ES CANDIDATO A INTERVENCION QUIRURGICA. PRIMERO DEBE RESOLVERSE LA CONDICIONES CLINICA ACTUAL Y SEGUN PRONOSTICO Y EVOLUCION REALIZAR SEGUIMEINTO POR CONSULTA EXTERNA HALLAZGO OBJETIVO: ECO TT VI DE TAMAÑO NORMAL CON CONTRACTILIDAD CONSERVADA. FE 60%.AI DILATADA(22 CM2). ESTENOSIS MITRAL SEVERA. AREA 0.8 CM2. GP 20 MMHG. GM 17

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



MMHG CON MAYOR COMPROMISO DEL APARATO SUBVALVULAR (RETRACCION Y ENGROSAMIENTO). RIGIDEZ DE LA H. POSTERIOR Y APERTURA EN DOMO DE LA H. ANTERIOR. (NO ES CANDIDATO A VALVULOPLASTIA PRECUTANEA).I. TRICUSPIDE LEVE.PSP 70 MMHG.CAVIDADES DERECHAS DILATADAS CON CONTRACTILIDAD CONSERVADA DEL VD. VENA CAVA DILATADA. NO DERRAME PERICARDICO" JAIME ALBERTO ARROYO SEPULVEDA ESPECIALIDAD: CIRUJANO CARDIOVASCULAR (Páginas 58-59/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

24/09/2019--SERVICIO: HOSPITALIZACION "NEUMONIA MULTILobar METASTASIS PULMONARES A DESCARTAR HEMOPTISIS SECUNDARIA SD CONVULSIVO DESDE DIC 2018 VASCULITIS ? CARDIOMEGALIA GLOBAL, CON PREDOMINIO DE CAVIDADES DERECHAS. POR TAC IMÁGENES SUGESTIVAS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR POR TAC PLAN: 1. SE ORDENA TAC CEREBRAL CON CONTRASTE 2. MANEJO DE FALLA CARDIACA 3. SE PROGRAMARA PARA FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA CON BIOPSIA DE LESIONES PULMONARES. *ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): PACIENTE CON VALVULOPATIA MITRAL (ESTENOSIS MITRAL SEVERA) E HTP SECUNDARIA. CLINICAMENTE CON EVIDENTE FALLA CARDIACA. MASAS PULMONARE PERIFERICAS YA DESCRITAS Y ADENIMEGALIAS MEDIASTINALES. ANTECEDENTE DE SINDROME CONVULSIVO Y SEGUN EL PACIENTE NODULO CÉREBRAL??. EN TRATAMIENTO CON LEVETIRACETAM. HALLAZGO OBJETIVO: PALIDEZ MUCOCUTANEA, MUCOSAS ORALES HUMEDAS, OROFARINGE NORMAL; C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON ESTERTORES HUMEDOS BILATERALES. DISMINUCION DE LA TRNSMISION DE LOS RUIDOS RESPIRATORIOS EN BASES. HEPATOMEGALIA 4CM PORDEBADO DEL BORDE COSTAL INFERIOR DERECHO. EDEMA LEVE DE MIEMBROS INFERIORES. HALLAZGO SUBJETIVO: PACIENTE QUIEN REFIERE QUE DESDE DICIEMBRE DE 2018 PRESENTA SINDROME CONVULSIVO, EL PACIENTE FUE VALORADO POR NEURQLOGIA Y LE ORDENO TAC CEREBRAL DONDE SE OBSERVO LESION NODULAR? Y SE LE ORDENO LEVETIRACETAM, CON LO QUE HA ESTADO CONTROLADO. ACTUALMENTE REFIERE DISNEA CLASE FUCNIONALII-II, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, MALESTAR GENERAL." CESAR MARINO OSPINA PARRA ESPECIALIDAD: NEUMOLOGO. (Páginas 59-60/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

01/10/2019 NOTA OPERATORIA "PREVIA ANESTESIA GENERAL Y POR TOT SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO TRAQUYEA DE CALIBRE NORMAL CÁRINA CENTRAQL,FIAN DE GROSOR Y MOVILIDADNORMALES ARBOL BRONQUIAL DERECHO:BRONQUIO FUENTE, LOBARES Y SEGMENTARIOS DE CALIBRE NORMAL.SANGRADO DE LOS SEGMENTARIOS BASALES Y DEL ANTERIOR DEL LOBULO SUPERIOR.RC1 Y RC2 DE GROSOR Y MOVILIDAD NORMALES. ARBOL BRONQUIAL DERECHO:BRONQUIO FUENTE,LOBARES Y SEGMENTARIOS DE CALIBRE Y MUCOSA NORMALES.RC1 Y RC2 DE GROSOR Y MOVILIDAD NORMALES. SE REALIZA BA,CEPILLADO Y BIOPSIA TRASNBONQUIOAL DE LOS EGMENTOA ANTERIOR DEL LOBULO SUPERIOR DERECHO Y BASALES POSTERIORES DERECHOS. SOLO 3 MUESTRAS POR SANGRADO. TOLERO BIEN EL PROCEDIMIENTO SE ENVIAN MUESTRAS AL LABORATORIO Y PATOLOGIA. HALLAZGOS QUIRURGICOS: 1.PRESENCIA DE SANGRADO ACTIVO DEL LOBULO INFERIOR DERECHO Y SEGMENTO ANTERIOR DEL LOBULO SUPERIOR DERECHO" es valorado por medicina interna y ordena valoración por neumología. (pg 51/497) CESAR MARINO OSPINA CC - 10241296 - TP: ESPECIALIDAD: NEUMOLOGO.

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas.

03/10/2019 --SERVICIO: HOSPITALIZACION anotan el "CONCEPTO DE INFECTOLOGIA RESPECTO A LAS LEVADURAS VISTAS Y REPORTADAS EN MUESTRA DE FBC... COMPLETAR 14 DIAS DE CADA ATBS. REVISAR OTROS ESTUDIOS TOMADOS CON FBC.. CONTINUA CON TTO ESTABLECIDO. *ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): DIAGNOSTICOS DE TRABAJO: 1.SIND CONVULSIVO DE NOVO. 2.INFILTRADO PULMONAR ALVEOLAR. (EN TTO PARA NAC CON PIPTAZ 12 DIAS MAS LINEZOLID 11 DIAS. 3. HTP SEVERA. 4. ESTENOSIS MITRAL SEVERA. (EN ESPERA DE MEJORIA PARA DEFINIR PLAN QX) SE REALIZO FBC...EN ESPERA DE CULTIVO Y BIOPSIA. HASTA EL MOMENTO LO UNICO POSITIVO ES UN KOH CON LEVADURAS... HALLAZGO SUBJETIVO: HC ANOTADA. DICE SENTIRSE MEJOR. MENOR DISNEA. SIN EXPECTORACION HEMOPTICA. FC 110 FR 20 SIN FIEBRE. CYC NORMAL. O2 3L M SPO2 97% ESTERTORES FINOS EN BASES ABD NEGATIVO. EDEMA GRADO I SNC NORMAL". GUILLERMO AYALA ESPECIALIDAD: INTERNISTA (Páginas 65/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

04/10/2019 --SERVICIO: HOSPITALIZACION **ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): EL COMPROMISO PULMONAR (DISNEA, INFILTRADOS ALVEOLARES Y HEMOPTISIS) EN MI CONCEPTO ES SECUNDARIO A LA ESTENOSIS MITRAL SEVERA . HASTA EL MOMENTO LO ESTUDIOS NO REVELAN OTRA ETIOLOGIA... TALES HALLAZGOS ESTAN BIEN DESCRITOS RELACIONADOS CON LA VALVULOPATIA MITRAL. EN ESE SENTIDO ES IMPORTANTE N UEGO CONCEPTO DE CX CARDIO PARA DEFINIR PLAN QX Y EL MOMENTO IDEAL ...ESTA RECIBIENDO TTOATB ASI PIPTAZ DIA 13 LINEZOLID DIA 12 ... HALLAZGO OBJETIVO: SE SIENTE UN POCO MEJOR.PERO CONTINUA CON ORTOPNEA Y DISM DE PEQ A MEDIANOS. CON REQUERIMIENTO DE O2 PERMANENTE. FC 108 FR 22 SPO2 96% AL 32% ALGUNOS CREPITOS BIBASALES FINOS. EDEMA GRADO I DE MIS. HALLAZGO SUBJETIVO: HC ANOTADA. PTE JOVEN CON LOS SGTES DX ESTENOSIS MITRAL SEVERA.. HPT SEVERA. CONGESTION PULMONAR Y HEMOPTISIS SEC A LA ESTENOSIS. SIND CONVULSIVO RECIENTE DE CAUSA NO ESTABLECIDA INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO: LAB OK TIENE UN KOH POS PARA LEVADURAS EN LA FBC..." GUILLERMO AYALA ESPECIALIDAD: INTERNISTA (Página 65-66/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

05/10/2019--SERVICIO: HOSPITALIZACION "INFECTOLOGIA CONCEPTUA QUE LAS LEVADURAS REPORTADAS EN LA FBC NO REPRESENTAN PATOLOGIA... CONCEPTO DEL GRUPO DE CX CARDIO. *ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): COMO SE HA COMENTADO ANTERIORMENTE EL CUADRO CLINICO DONDE PREDOMINAN LOS SINTOMAS Y SIGNOS PULMONARES, OBEDECEN A LA ESTENOSIS MITRAL SEVERA...NO SE HA DEMOSTRADO OTRA PATOLOGIA PULMONAR SUBYACENTE. EN ESE SENTIDO ES CONVENIENTE CONCEPTO DE CX CARDIO VASCULAR Y DEFINIR PLAN QX . YA QUE ESTE CUADRO SE PERPETUA Y NO VA A MEJORAR HASTA RESOLVER EL PROBLEMA VALVULAR... HALLAZGO SUBJETIVO: HO DICE ESTAR UN POCO MEJOR...MENOR DISNEA. SPO2 SL 21% EN 96% CYC NORMAL. CP CREPITOS FINOS EN BASES. RX DE CONTROL MUESTRA DISM DE LOS INFILTRADOS. SE VE UNA IMAGEN RADIOOPACIA EN CPD HACIA EL TERCIO SUP DER. EDEMA GRADO I DE MIIS. SNC NORMAL. INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO: LA ESTENOSIS MITRAL SEVERA PRESENTA LOS SINTOMAS Y SIGNOS DE ESTE PACIENTE. : DISNEA, HEMOPTISIS(INCLUSO A

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



VECES CON SANGRADO PROFUSO DEBIDO A LA RUPTURA DE LOS VASOS BRONQUIALES DIALTADOS CON UNA PARED MUY DELGADA Y TAMBIEN DE LOS CAPILARES ALVEOLARES ,A CAUSA DEL AUMENTO BRUSCO DE LAPRESION DE LA AURICULA IZQUIERDA . CONGESTION PULMONAR. HTP SEVERA ETC..." GUILLERMO AYALA ESPECIALIDAD: INTERNISTA (Página 66/497).

..
Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

08/10/2019--SERVICIO: HOSPITALIZACION "PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE VALVULOPATÍA MITRAL, HIPERTENSIÓN PULMONAR. EL DIA DE HOY REFIERE DISMINUCION DOLOR TORACICO Y TOS NO HEMOPTOICA, DISMINUCION DE SINTOMAS RESPIRATORIOS QUE HAN MEJORADO CON EL USO DE LOS DIURETICOS, SE ESTA PENDIENTE DE LA REALIZACION ECO TE Y CON LOS CRIETRIOS DE WILKIN EVALUAR SI PODRIA IR A VALVULOPLASTIA MITRAL CON BALON COMO PUENTE PARA UNA CIRUGIA DEFINITIVA(PACIENTE COMENTADO CON HEMODINAMIA) A LA ESPERA DE RESULTADO, UN PRIMER REPORTE NO OFICIAL DE LA FBC NO ENCUENTRA LESIOENS MALIGNAS, SE CONSIDERA PEDIR LAS PRUEBAS DE REACTIVIDAD PULMONAR POR HEMODIANAMIA PARA SER LLEVADO A CIRUGIA , SE SOLICITA PARACLINCISO DE CONTROL HALLAZGO OBJETIVO: SIGNOS VITALES: PA: 100/70 , FC: 90, FR: 18, SAT: 98% T: 35.8°C PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS." MARIO DANIEL LLANOS ROJAS ESPECIALIDAD: INTERNISTA (Página 67-68/497).

..
Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

08/10/2019--SERVICIO: HOSPITALIZACION "INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO: ECO TE VI DE TAMAÑO NORMAL CON CONTRACTILIDAD CONSERVADA. FE 60% AI DILATADA (25 CM2). ESTENOSIS MITRAL SEVERA. AREA 0.75 CM2. GP 21 MMHG. GM 16 MMHG.I. WILKINS 10-11. HOJUELAS ENGROSAMIENTO 2 MOVILIDAD 2. CALCIFICACION 3. APARATO SUBVALVULAR ENGROSAMIENTO Y RETRACCION 3-4.I. TRICUSPIDE G II. PSP 85 MMHG.CAVIDADES DERECHAS DILATADAS CON HIPOCINESIA DEL VD. VENA CAVA LEVEMENTE DILATADA. DERRAME PERICARDICO PEQUEÑO. DERRAME PLEURAL" HECTOR ARMANDO DAZA MEJIA ESPECIALIDAD: CARDIOLOGO, (Página 68/497).

..
Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

09/10/2019--SERVICIO: HOSPITALIZACION "PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE VALVULOPATÍA MITRAL, HIPERTENSIÓN PULMONAR. PACIENTE CON HEMOPTISIS AL DIA DE HOY. SE LE HIZO UN ECO TE QUE CONCLUYO QUE TENIA FE 60%, ESTENOSIS MITRAL SEVERA, WILKINS 10-11, CAVIDADES DERECHAS DILATADAS CON HIPOCINESIA DEL VD. SE ORDENAN PRUEBAS DE REACTIVIDAD PULMONAR ANTES DE UNA EVENTUAL CAMBIO QUIRURGICO DE VALVULA MITRAL. PACIENTE PRESENTA ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA (HB: 8.40 G/DL; VCM: 86 FL; CHCM: 32,40 G/DL). PACIENTE PENDIENTE DE EVALUACION DE PREUBAS DE DE REACTIVIDAD PULMONAR, PACIENE CON ALTO VALOR DE WIKINS POR LO QUE NO SE CONSIDERA CANDIDATO PARA VALVULOPLASTIA MITRAL CON BALON COMO TRATAMIENTO PUENTE, PACIENTE COMENTADO CON HEMODIAMIA, QUEDA PENDIENTE EALUAR LAS PRUEBAD DE REACTIVIDAD PULMONAR" MARIO DANIEL LLANOS ROJAS ESPECIALIDAD: INTERNISTA, (Página 68-69/497).

..

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

10/10/2019--SERVICIO: SERVICIO: UCI ADULTO "PACIENTE CON CUADRO DE CONVULSIONES, CON UNOS HALLAZGOS QUE REFIEREN EN LAS IMÁGENES PREVIAS, PERO EN LA IMAGEN DE LA INSTITUCION SIN LESION (CONVULSION VS COREA??) EN PACIENTE CON HEMOPTISIS Y CON ADENOPATIAS TORAXICAS, QUE SE EVIDENCIA EN LA HOSPITALIZACION UNA ESTENOSIS MITRAL CONSIDERADA MUY SEVERA (CON AREA VALVULAR MENOR DE 1 CM Y EL PACIENTE TIENE EN LOS ECO TT 0.8 CM ECO TE 0.75 CM CON UNA HIPERTENSION PULMONAR QUE SE CONSDIERA ES LA QUE ESTA GENERANDO LA HEMOPTISIS, (CLASIFICADA COMO MODERADA) PACIENTE CON DESCOMPENSACION DE EDEMA DE PULMON QUE HA PRESENTADO EN LA HOSPITALIZACION, Y HOY DESPUES DE LOS TEST DE REACTIVIDAD PULMONAR HAY UNA DESCOMPENSACION PEOR QUE REQUIERE EL INGRESO A UCI, INGRESA EN EDEMA DE PULMON, POR LA HIPERTENSION PULMONAR TAN SEVERA SE CONSDIERA MANEJO PACIENTE CON HTPULMONAR SEVERA Y QUE NO TIENE REACTIVIDAD PULMONAR Y POR HALLAZGOS DEL ECOCARADIOGRAMA MAL CANDIDATO PARA VALVULOPLASTIA CON BALON SE CONTINUA MANEJO EN UCO, PACIENTE CON PRONOSTICO RESERVADO SE EXPLICA A LA FAMILIA [...] PACIENTE CON VALVULOPATIA MITRAL (ESTENOSIS MITRAL SEVERA) E HTP SECUNDARIA. CLINICAMENTE CON EVIDENTE FALLA CARDIACA. MASAS PULMONARE PERIFERICAS YA DESCRITAS Y ADENIMEGALIAS MEDIASTINALES. SE SOLICITA FBC QUE EVIDENCIA SANGRADO PRESENCIA DE SANGRADO ACTIVO DEL LOBULO INFERIOR DERECHO Y SEGMENTO ANTERIOR DEL LOBULO SUPERIOR DERECHO SEW TOMAN BIOPSIA DE PULMON QUE EN UN INFORME PRELIMINAR VERBAL, SE DESCARTA PROCESO INFECCIOSO O NEOPLASICO, CON PRESENCIA DE MACROFAGOS CON HEMOSIDERINA EN SU INTERIOR. SE COMENTA CON HEMODINAMIA, SE CONSIDERA REALIZAR CON ECO TE VI DE TAMAÑO NORMAL CON CONTRACTILIDAD CONSERVADA. FE 60% AI DILATADA (25 CM2). ESTENOSIS MITRAL SEVERA. AREA 0.75 CM2. GP 21 MMHG. GM 16 MMHG. I. WILKINS 10-11. HOJUELAS ENGROSAMIENTO 2 MOVILIDAD 2. CALCIFICACION 3. APARATO SUBVALVULAR ENGROSAMIENTO Y RETRACCION 3-4. I. TRICUSPIDE G II. PSP 85 MMHG. CAVIDADES DERECHAS DILATADAS CON HIPOCINESIA DEL VD. VENA CAVA LEVEMENTE DILATADA. DERRAME PERICARDICO PEQUEÑO. DERRAME PLEURAL, POR WILKINS ALTO HEMODINAMIA, CONSIDERA NO ES CANDIDATO A VALVULO PLASTIA, ES LLEVADO HOY A HEMODINAMIA PARA EVALUAR REACTIVIDAD PULMONAR CATETERISMO CARDIACO DERECHO: VCS: 15 VCI: 15 AD: 15 VD: 115 / 9 MEDIA 44 mm Hg AP: 110 / 50 MEDIA 69 mm Hg POST ILOPROST INHALADO 110 / 51 MEDIA 71 mm Hg CUÑA: 20 mm Hg GASTO CARDIACO: 4,62 INDICE CARDIACO: 2,54 GRADIENTE TRANSPULMONAR: 49 GRADIENTE TRANSPULMONAR DIASTOLICO: 30 RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR: 12 U Woods RESISTENCIA PULMONAR TOTAL: 17 U Woods DURANTE EL PROCEDIMIENTO EL PACIENTE HACE EDEMA DE PULMON, CON ABUNDANTES ESTEROTES, CON DESATURACION (SATURACION DE O2 EN 60%) , REQUIERE DE SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO, NTG EN INFUSION, METOPROLOL, MORFINA Y FUROSEMIDA CON LA CUAL VIENE EN MEJORIA PARCIAL" MARIO DANIEL LLANOS ROJAS ESPECIALIDAD: INTERNISTA (Página 71-72/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

10/10/2019--SERVICIO: HOSPITALIZACION "Observacion de aval: VALORAR CUANDO SE ENCUENTR MAS ESTABLE VALVULPLASTIA PERCUTANEA *ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): EL PACIENTE NO ES CANDIDATO S CIRUGIA DE REEMPLAZO VALVULAR BAJO COSRCULACION EXTACORPOREA POR PRESENTAR1. HIPERTENSION PULMONAR MUY

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



SEVERA NO REVERSIBLE 2. HEMORRAGIA PULMONAR ACTIVA 3. DISFUNCION VENTRICULAR DERECHA HALLAZGO OBJETIVO: INESTABLE HEMODINAMICAMENTE. TAQUICARDICO EN RS. VMI. RCR AP, MV CONSERVADO HIPOFONESIS BIBASAL. ABDOMEN NO DISTENDIDO NOMAASAS. EEII NO EDEMAS PULSOSPERSBNETES SIMETRICOS. CATETERISMO CARDIACO DERECHO: VCS: 15 VCI: 15 AD: 15 VD: 115 / 9 MEDIA 44 mm Hg AP: 110 / 50 MEDIA 69 mm Hg POST ILOPROST INHALADO 110 / 51 MEDIA 71 mm Hg CUÑA: 20 mm Hg GASTO CARDIACO: 4,62 INDICE CARDIACO: 2,54 GRADIENTE TRANSPULMONAR: 49 GRADIENTE TRANSPULMONAR DIASTOLICO: 30 RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR: 12 U Woods RESISTENCIA PULMONAR TOTAL: 17 U Woods HALLAZGO SUBJETIVO: PACIENTE CONOCIDO. VAVULOPATIA MITRAL TIPO ESTENOSIS MUY SEVERA. HIPERTENSION PULMONAR SEVERA POST CATETERISMO DERECHO. INESTABILIDAD HEMODINAMICA QUE REQUIRIO IOT + SOPORTE VASOPRESOR." JAIME ALBERTO ARROYO SEPULVEDA ESPECIALIDAD: CIRUJANO CARDIOVASCULAR. (Página 72/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

18/10/2019--SERVICIO: UCI ADULTO "EVOLUCION UCO DIA - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA MIXTA 1 Y 2. - CHOQUE MIXTO CARDIOGENICO Y SEPTICO - FALLA MULTIORGANICA (HEMODINAMICA - PULMONAR - HEPATICA - RENAL) - HIPERTENSION PULMONAR SEVERA SUPRASITEMICA (CATETERISMO CARDIACO 10/10/2019:: AP: 110 /50 MEDIA 69 mm Hg -- TEST DE VASOREACTIVIDAD NEGATIVO) - EDEMA PULMONAR SEVERO SECUNDARIO - ESTENOSIS MITRAL SEVERA (ECO TE 08/10/2019: ESTENOSIS MITRAL SEVERA. AREA 0.75 CM2. GP 21 MMHG. GM 16 MMHG.I. WILKINS 10-11. HOJUELAS ENGROSAMIENTO 2 MOVILIDAD 2. CALCIFICACION 3. APARATO SUBVALVULAR ENGROSAMIENTO Y RETRACCION 3-4.- NEUMONIA MULTILOBAR - ALTO RIESGO DE GERMEN RESISTENTE - LESION RENAL AGUDA OLIGURIA AKI III - HEPATITIS AGUDA CON PATRON HEPATOCELULAR PROBABLEMENTE DE COMPONETE MIXTO ISQUEMICO Y POR CONGESTION RETROGRADA - MELD NA 21 PUNTOS - EPISODIO CONVULSIVO EN 2018 PLAN: MANEJO INTEGRAL EN UCI CORONARIA VER ORDENES MEDICAS *ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): PACIENTE EN UCO POR DESCOMPENSACION DE HIPERTENSION PULMONAR SEVERA, SECUNDARIA A ESTENOSIS MITRAL SEVERA, CON DILATACION AI Y DISFUNCION VENTRICULAR DERECHA, CON PRESIONES PULMONARES SUPRASISTEMICAS, TEST DE VASOREACTIVIDAD NEGATIVO, EVOLUCION TORPIDA CON EDEMA PULMONAR CARDIOGENICO, DERRAME PLEURAL BILATERAL, CHOQUE MIXTO, FALLA MULTIORGANICA, REQUIRIO REANIMACION GUIADA POR PARAMETROS HEMODINAMICOS CON CATETER DE ARTERIA PULMONAR, MANEJO DE HTO CON OXIDO NITRICO, SE HA LOGRADO DESTETE DEL MISMO Y DESTETE DE VASOACTIVOS, ACTUALMENTE PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN VASOACTIVOS, RITMO SINUSAL, MEJORIA EN PERFUSION, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, ACOPLADO, SIN TRABAJO RESPIRATORIO, FUNCION RENAL ALTERADA, REQUIRIENDO TRR, ANURICO, CON ANEMIA MODERADA, LEUCOCITOSIS EN DESCENSO, ELECTROLITOS CON LEVE HIPERKALEMIA, SE CONTINUA MANEJO DE SOPORTE , EN DESTETE DE SEDACION Y PARAMETROS DE VENTILACION, NO TIENE OPCION DE MANEJO ENDOVASCULAR PARA VALVULOPLASTIA MITRAL POR CALCIFICACION SUBVALVULAR, ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS POR LO CUAL SE INICIO PROCESO DE REMISION A IV NIVEL PARA MANEJO QUIRURGICO DE ESTENOSIS MITRAL, ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES MAYORES Y MUERTE, CONTINUA MANEJO EN UCI CORONARIA." HECTOR ARTURO CARRILLO PEREZ ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGO. (Página 72/497).

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

22/10/2019--SERVICIO: UCI ADULTO "ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): PACIENTE EN VENTILACION MECANICA EN MODO CONTROLADO, EN PLAN DE DESTETE DE LA VENTILACION MECANICA, TOLERANDO PÁSO A MODOS ESPONTANEOS, BAJO ANALGESIA CON REMIFENTANILO. EN EL MOMENTO SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO, NO PICOS FEBRILES. PERSISTE UREMICO CON MEJORIA DE LOS AZOADOS POST DIALISIS, EN SEGUIMIENTO POR NEFROLOGIA. EN PLAN DE COMPLETAR ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS, PERO CON LEUCOCITOSIS PERSISTENTE, SEGUN EVOLUCION SE DEFINIRA TOMA DE NUEVOS POLICULTIVOS. ESTA EN TRAMITE REMISION A DONDE SU EPS ASIGNE PARA CONTEMPLAR POSIBLE VALVULOPLASTIA POR COMORBILIDADES. PRONOSTICO RESERVADO. [...] HALLAZGO SUBJETIVO: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, EN VENTILACION MECANICA MODO CONTROLADO, BAJO EFECTO OPIOIDE DESPIERTO, TRANQUILO, OBEDECE ORDENES. CON NET TOLERANDO." MAURICIO ARAGON DELGADO ESPECIALIDAD: INTERNISTA (Página 105/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

25/10/2019--SERVICIO: UCI ADULTO "RECIBE REPORTE DE CULTIVO DE SOT CON Stenotrophomonas maltophilia SENSIBLE A TMP MXZ SIN EMABRGO POR CONTEXTO RENAL Y HEPATICO DEL PACINTE EN RESOLUCION SE DECIDE INCIAR MANEJO CON LEVOFLOXACINA COMO OPCION ALTERNATIVA. PREOCUPA EN EL PACIENTE QUE SU PATOLOGIA VALVULAR MITRAL NO HA SIDO RESUELTA. POR PARTE DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR DE LA INSTITUCION DE COPNSIDERA PACIENTE NO OPERABLE Y SERVICIO DE HEMODINAMIA CONSIDERA QUE EL RIESGO DE INTERVENCION ENDOVASCULAR DE ESTE PACINTE ES MUY ALTO POR LO CUAL SOLICITAN REMISION AUN CUARTO NIVEL PARA VALORIAOCN POR HEART STEM A FIN DE PODER ESTABLECER SI SE BENEFICIA DE ALGUN PROCEDIMIENTO QUE PERMITA MEJORAR SU SOBRE VIDA DADO LA EDAD JOVEN DEL PACIENTE. POR LO ANTERIOR SE INSITE ANTE SU EPS AUTORIZACION PARA REMISION A IV NIVEL PARA CONTINAUR MANEJO Y SE ES CLARO QUE LAS DEMORAS EN LA REMISION DISMINUYEN LA PROBABILIDAD DE RESULTADOS FAVORABLES. SE EXPLICA CLARAMENTE A LA FAMILIA EL ESTADO ACTUAL Y LAS CONDUCTAS A SEGUIR. DICEN ENTENDER. DEBE EPRMANECER EN UCI EN VIGILANCIA Y MANEJO ESPECIALIZADO. Elaborada por: richard.imbachi - RICHARD FERNANDO IMBACHI IMBACHI ESPECIALIDAD: INTERNISTA INTERNISTA (Página 113-114/497).

Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

26/10/2019--SERVICIO: UCI ADULTO "PACIENTE DE 39 AÑOS CON HC AMPLEMENTOE ANORTADA. CARDIOPATIA VALVULAR, HIPERTENSION PULMONAR SEVERA SECUDNARIA. COMPLCIAICONES AMPLIEMENTE AOTADAS. EL DIA DE AYER CON ADECUADO TRBAJO RESPIRATORIO, INDICES DE OXIGENACION BAJOS, RX DE TORAX MENOS CONGESTIVA, TRABAJO BIEN EN MODO EXPONTÁNEO E INCLUSO EN TUBO EN T POR LO CUAL SE DECIDIO EXTUBAR. POSTERIOEMENTE HA PRESNETADO EVOLUCION IRREGUALR TENDENCIA ALA HIPOXEMIA POR LO CUAL REQUEIRE CILOS DE VENTILAICON MECANICA NO INVASIVA. LLAMA LA ATENCION HOY EN LA MAÑAN HIPOVENTILACION IZUQUIERDA, SE REvisa RX DE LA MADRUGADA CQUE MUESTRA NEUMOTORAX IZUQUIERDO DEL 50% POR LO CUALS E SOLICITA DE FORMA URGENTE A CIRUGIA TORACOSTOMIA IZUQUIERDA. UNA VEZ COLOCADA, SE PUEDE SENTAR AL

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



PACIENTE APRA FAVORECER EXPANSIVON PULMOANR Y CONTINAUR CON CICLOS DE VMNI. ADEMAS SE SOLICITA NEUVA SESIOND E HEMODIALIS CON UF MAXIMA TOLERAD APARA LLEVAR A PESO SECO. SE ORDENA TRANFUNDIR 2 UGR INTRA DIALSIS PARA FAVORECER EL TRANSPORTE DE O2. POR O DEMAS CONTINUA CON MACROHEMODINAMIA ESTABLE, CON DIUREIS ACEPTBALE REFORZADO POR DIRUETICO. MODULA SRIS. AYER INCIO NUEVO CICLO DE LEVOFLOXACINA POR STENOTROPFOMONA MALTHOFILA Y SE VIGILA EVOLUCION. LLAMA LA TENCION TORMBOCITOPENIA POR LO CUAL SE DIFIERE ENOXAPARINA Y SE ICNICAN MEDIDAS MECANICAS ANTITROMBOTICAS. SE EPSERA MAYOR ESTABILDIAD Y SUPERAR LSO PROCESO INFECCIOSO PARA RECOMENTAR A FCVL Y DEFINIR SU TRASLADO PARA EVALUACION Y MANEJO PO HEART EAM. DEBE PERMANCER EN UCI POR GRAN LABILIDAD VENTIALTORIA, SOPROITE CON VMNI Y LABILIDAD HEMODINAMICA. EXISTE ALTO RIESGO DE MAYOR DETERIORO Y DE FALLECER. LA FAMILAI ENTERADA D ELA SITUAICON. Elaborada por: richard.imbachi - RICHARD FERNANDO IMBACHI ESPECIALIDAD: INTERNISTA (Página 116/497).

..
Del archivo "2. CONTESTACIÓN RAD. 2022-00101 DTE NANCY ANEIDA CAJAS.pdf" en 497 páginas, de la Clínica Cosmitet.

06/11/2019--SERVICIO: UCI ADULTO "EGRESA PACIENTE EN COMPAÑIA DE MEDICO DE AMBULANCIA MEDICALIZADA Y DE FAMILIAR EN VENTILACION MECANICA MODO CONTROLADAO SEDACION Y ANALGESIA CON FENTNAYL Y MIDAZOLAM ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SOPORTADO CON NORADRENALINA REMITIDO A CLINICA FUNDACION VALLE DE LILI REMISION GESTIONADA POR POLICIA NACIONAL" JULIO ENRIQUE GARZON AGUDELO ESPECIALIDAD: INTERNISTA (Página 139-140/497).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

06/11/2019--Historia Hospitalización. "DIAGNÓSTICOS A419 - SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA, K810 - COLECISTITIS AGUDA, T884 - FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION, I050 - ESTENOSIS MITRAL, L89X - ULCERA DE DECUBITO, I702 - ATEROSCLEROSIS DE LAS ARTERIAS DE LOS MI EMBROS, R02X - GANGRENA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE. [...] Paciente de 39 años con historia descrita, con cuadro clinico de 2 meses de evolución aprox. consistente en neumonía multilobar + hemoptisis manejado inicialmente extrainsitucional con multiples regimen es antibacterianos, documentándose concomitantemente estenosis mitral severa+hipertensión pulmonar y dilatacion de cavidades derechas, asi mismo multiples adenomegalias mediastinales, desarrollando falla ventilatoria y choque (distributivo/caridogenico) recibiendo incluso ciclo de inotropico. En este momento en malas condiciones generales, con soporte ventilatorio y vasopresor demas de terapa dialitica y evidencia de difuncion organica multiples y choque persistente con datos de clinicos de hipoperfusión persistente. Clínicamente luce cronicamente enfermo, icterico, con signos de hipoperfusión clinica sin claros signos de bajo gasto, llamando atencion palpación de masa abdominal. Ya se inicio TRR con impcto hemodinamico por lo que se ajusta manejo con bolo de albumina y en caso de no rspuesta e inicia doble soporte vasopresor y esteroide (en contexto de choque refractario). Su pronostico es reservado, aun sin saber etiologia clara del cuadro, con aparente proceso infeccioso de etiologia no clara sin descartar etiologia inmunoreumatologia y/o neoplasica. Se optimiza manejo hemodinamico, se solicitan paraclínicos complementarios infecciosos y ecografia de vias biliares y esplenoportal, continuo manejo en UCI". Dr Fredy Watts Emergenciólogo Carlos A Vargas R2 Medicina de Emergencias Responsable: WATTS PAJARO, FREDY ALEJANDRO Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS . (Página 04/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



CLÍNICA SAP.pdf"

07/11/2019--Evolución UCI:" Paciente de 39 años, con historia de hospitalización prolongada extrahospitalaria en Popayán y posteriormente en Clínica Rey David, quien es remitido para valoración por cirugía cardiovascular por estenosis mitral severa. Durante su estancia hospitalaria extrahospitalaria, el paciente presentó neumonía multilobar, que fue tratada con antibióticos de amplio espectro, pero sin mejoría, con choque mixto séptico y cardiovascular con falla multiorgánica, clínicamente su estado actual es crítico, con soporte vasopresor dual que ha aumentado dosis en el transcurso del día, en TRR temprana dado fallo renal agudo, paraclínicos con bicitopenia (anemia + trombocitopenia) con leucocitosis mas neutrofilia reactivas de fase aguda aumentado con hiperbilirrubinemia con aumento de SOFa respecto a días previos, hipoalbuminemia dado shock mixto, séptico y cardiogénico, con radiografía de tórax que muestra múltiples infiltrados en ambos campos pulmonares que sugieren proceso neumónico (etiología puede ser multifactorial); por otro lado, dado el compromiso de la función cardiovascular, se realizó ecocardiograma TE que descarta presencia de endocarditis continua manejo con daptomicina, meropenem, polimixina B y caspofungina, se realizó un Ecocardiograma TE que descarta presencia de endocarditis, sin alteración de la contractibilidad, presenta una estenosis mitral severa que requiere manejo por parte de cirugía cardiovascular una vez alcanzada la estabilización clínica, dado su estado de vasoplejía el día de hoy en horas de la tarde pasaron azul de metileno, se transfundió 1 unidad de plaquetaféresis, persiste hipertermico a pesar de manejo con PARACETAMOL ENDOVENOSO, DIPIRONA, se aplicó DICLOFENACO se indica paso de bolo de Hartmann a 4 °C y protocolo de enfriamiento intensivo, igualmente dada su condición actual consideramos paciente se beneficia de relajación con CISATRACURIO, se solicita paraclínicos de control. malas condiciones generales, alta probabilidad de complicaciones y muerte. Dr. Diego Bautista Fernando Rodríguez Bayona Intensivista-Internista Internista." Responsable: RODRIGUEZ BAYONA, FERNANDO

Especialidad: MEDICINA INTERNA -. (Página 10/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

09/11/2019-- "Paciente con situación clínica muy compleja, hoy con leucocitos 12,000, plaquetas 14,000, de lavado broncoalveolar se obtuvo crecimiento de Klebsiella pneumoniae betalactamasa espectro extendido, con galactomanan negativo. Por ahora en mi opinión su cuadro es muy complejo en relación a su patología valvular cardíaca que hace difícil la interpretación del estado hemodinámico y atribución total de los síntomas a proceso infeccioso. En este orden de ideas, se sugiere suspender Daptomicina ante la no penetración a parénquima pulmonar, suspender polimixina y continuar Meropenem 2 g/8 h."Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES Especialidad: INFECTOLOGIA. (Página 17/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

09/11/2019-- "En cuanto a la parte cardiovascular, se documenta estenosis mitral severa e HTP severa, esto amerita intervención por parte de hemodinamia pero el plan es realizarla al alcanzar mayor estabilidad hemodinámica. Hoy requirió soporte transfusional y se debe llevar a cabo UF diario en la medida de lo posible. El pronóstico a corto plazo es sombrío y no hay familiar en el momento para explicar la delicada situación. Continuamos manejo multidisciplinario en UCI. Dr. Alberto Federico García Dra. María Iriarte Cirujano - Intensivista Residente de Medicina Interna" Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO Especialidad: CIRUGIA DE TRAUMA Y EMERGENCIA - GRUPO SOPORTE NUTRICION. . (Página 18/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



CLÍNICA SAP.pdf"

11/11/2019- "Paciente quien cursa con una estenosis mitral severa en estado de falla cardiaca con compromiso multisistémico, complicada con sobreinfección pulmonar por Klebsiella pneumoniae productora de BLEE. Tratamiento actual con meropenem. Su estado general es crítico con un pronóstico reservado. Ha presentado ligera mejoría en parámetros paraclínicos sin embargo la condición del paciente es crítica y tiene alto riesgo de complicaciones. Es probable que la condición infecciosa no sea la que prime en el paciente y la disfunción valvular cardiaca sea responsable de la mayor parte de espectro mórbido. Continúa tratamiento antibiótico." Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO Especialidad: INFECTOLOGIA . (Página 22/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

13/11/2019-- "Actualmente se encuentra en malas condiciones generales , requiriendo dosis muy elevadas de vasopresores e inotrópico, con hipoperfusión que ha respondido a la reanimación con discreta mejoría, ademas (edema pulmonar), con balance hídrico positivo desde ayer en soporte dialítico continuo, aun con balance positivo con metas de balance neutro en las siguientes 24 horas, diálisis sin heparina por trombocitopenia severa pero en la noche con disfuncion del prismaflex por taponamiento por lo que nos comunicamos con nefrologia quien indica anticoagulacion con citrato para evitar eventos similares en el futuro. en la hemodinamia con icbajos a pesar del manejo con inotropico, con gases AV de control que evidencia sato2 venosa con aun baja con anemia por lo que se indica transfusion de 1 UGRE. el día de mañana se realizara valvuloplastia Continúa reanimación en UCI con soporte vasoactivo e inotrópico, soporte ventilatorio y dialítico. Se solicita control paraclínicos de control Se brinda información a familiares. alto riesgo de complicaciones y fallecimiento. Dr. Gustavo A. Ospina T. Dr. Plata Internista –Intensivista Residente MI PhD Ciencias Biomédicas. . (Página 30/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

14/11/2019--Procedimiento Asistido Descripcion de la prestación : VALVULOPLASTIA MITRAL VIA PERCUTANEA Hallazgos : Nombre: EDHIER FABIANY MENESÉS CAJAS Estudio # Indicación clínica: Angina Complicaciones: Ninguna FECHA: 14 noviembre 2019 Comentarios: Paciente de 39 años con historia de estenosis mitral severa ingresa intubado y mal perfundido con soporte inotrópico y vasoconstrictor. Es remitido a nuestra institución para evaluación invasiva del árbol coronario. En ausencia de premedicación, bajo anestesia local con lidocaina y por punción femoral, se practicó cateterismo izquierdo, valvulotomía mitral con balón Inoue Valvuloplastia mitral con balón Inoue por estenosis mitral crítica. Previa anestesia local y con guía ecográfica, se coloca un introductor femoral venoso 6Fr, también bajo guía ecográfica se coloca un introductor arterial radial 6Fr pero no es posible avanzar por esta vía por la presencia de un bucle en la radial. Se coloca otro introductor radial izquierdo por donde se avanza un catéter de pigtail hasta el seno no coronario. Se avanza otro pigtail hasta la aurícula derecha y se realiza auriculograma para determinar por fluoroscopia los puntos anatómicos de la punción transeptal. Se cambia el introductor venoso femoral por un introductor Preface 8Fr. Se avanza una guía de punción transeptal BRK1, bajo guía de ecocardiograma transesofágico se realiza la punción transeptal y se avanza el introductor. Se avanza la guía Protak a la aurícula izquierda y posteriormente se avanza el balón Inoue n26 previa preparación del mismo. Se avanza el balón al ventrículo izquierdo y se realiza valvuloplastia mitral sin complicaciones. El gradiente medio por ecocardiograma es de 5mmhg. Notas: Luego del procedimiento el paciente es trasladado a UCI. Diagnóstico: 1. Valvulotomía mitral percutánea con balón Inoue N26. Se recomienda ácido acetilsalicílico 100 mg día por 6 meses, una vez mejore el recuento plaquetario. Jorge Velasquez MD Fernando Guerrero Pinedo MD Manuel Paulo MD

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025

Responsable: GUERRERO PINEDO, FERNANDO ANDRES Especialidad: CARDIOLOGIA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y - MEDICINA.". (Página 34/3147).



..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

17/11/2019--UCI "Fue llevado a valvuloplastia percutanea hace 96 horas. En ecocardio TE de control (15.nov.2019) se evidencia una disminnución obstensible de gradiente transvalvular mitral, pero elevación MUY severa de la presión pulmonar con disfunción severa del VD. En relación a ello, se procede a inserción de catéter de Swan Ganz, confirmandose severa HT pulmonar (PAPs 108 mmHg / PAPm 75 mmHg). Se decide entonces inicio de óxido nítrico nebulizado a dosis alta (teniendo además en cuenta la fuga pulmonar a través de toracostomía). Se logra evidenciar rápida caída de la PAP; se titula NO a 40 ppm y luego a 30 ppm, con lo que se logra caída de PAPs alrededor de 58 mmHg el día de hoy, con incremento substancial de gasto cardiaco. Se decide mantener Milriñone a 0.75 ugr kg min. Durante los últimos 5 días hemos mantenido TRR-HDFVVC con lo que se ha prevenido la ganancia adicional de más volumen. De ayer ahoy hemos logrado balance negativo, con lo que hemos observado una disminución del ELWI (de 26 a 14 ml/kg). En vista de ello, se decide suspensión de parálisis muscular nuevamente, para probar mecánica ventilatoria. Sigue evidenciándose pérdida por fistula pulmo-pleural. Dada la respuesta favorable con NO inhalado, decidimos mantenerlo al menos 24 horas m+ás a 30 ppm. Persiste la necrosis del antepie derecho (púrpura y microtrombosis de piel establecida - extremos atentos a delimitación del borde de necrosis). Aspecto clínico sugiere mejor perfil, con un llenado capilar en 2,5 segundos. El lactato ha sido nuevamente normal en las últimas 24 horas. Relación Ca+/Total de 2.4. Mantendremos controles estrictos de calcio total / ionico cada 6 horas. Recibe aporte nutricional, bajo flujo, con glucometrias dentro de lo normal. Su condición continúa siendo MUY critica, aunque impresiona una respuesta aceptable. Debe continuar manejo en UCI dada la complejidad de su caso y necesidad de soporte vital avanzado." Responsable: OSPINA TASCÓN, GUSTAVO ADOLFO Especialidad: INTENSIVISTA - MEDICINA INTERNA -. (Página 41/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

18/11/2019--Evolución Médica "ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS: 14.11.2019 Valvulotomía con balón: Diagnóstico: Valvulotomía mitral percutánea con balón Inoue N26. El gradiente medio por ecocardiograma es de 5mmhg. 17.11.2019 ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO PORTATIL: Calidad de la imagen: Aceptable 1.Aurícula izquierda: levemente dilatada. 2.Ventrículo izquierdo: no dilatado. 3.Paredes del ventrículo izquierdo: con leve engrosamiento de sus paredes, las cuales tienen contractilidad normal. Hay aplanamiento del septum IV durante sístole 4.Fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 71 %. 5. Válvula mitral: engrosada con movilidad en domo de la valva anterior y apertura aceptable. Gradiente transvalvular medio de 5.5 mmHg. Hay insuficiencia mitral trivial. 6.Válvula aortica: trivalva sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. 7.Válvula tricúspide: con insuficiencia leve. 8. Válvula pulmonar: estructuralmente normal sin estenosis ni insuficiencia significativa. 9. Cavidades derechas: leve dilatación del VD. Observando leve disminución de su contractilidad global, pero con mejoría en comparación del día anterior 10.Presión sistólica de arteria pulmonar: 61 mmHg, (alta probabilidad de hipertensión pulmonar) 11.Raíz aortica, aorta ascendente proximal y arco aórtico normales. 12.Vena cava inferior: de dimensiones normales con adecuado colapso inspiratorio. 13.Función diastólica del ventrículo izquierdo: no evaluable 14.Pericardio: normal." Responsable: CARRILLO GOMEZ, DIANA CRISTINA Especialidad: CARDIOLOGIA . (Página 46-47/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



CLÍNICA SAP.pdf"

21/11/2019--Descripción Quirúrgica Tipo de herida : Limpia Contaminada Descripción de la prestación : TRAQEOSTOMIA VIA PERCUTANEA "ANESTESIA GENERAL ASEPSIA CON SOLUCIONES YODADAS COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES INCISIÓN TRANSVERSA A NIVEL DE ANILLOS TRAQUEALES 2 Y 3 DISECCIÓN - EXPOSICIÓN DE LA TRÁQUEA INTRODUCCIÓN DE CATÉTER DE TEFLÓN #14 ENTRE ANILLOS 3 Y 4 INTRODUCCIÓN DE GUÍA METÁLICA FLEXIBLE DILATACIÓN SECUENCIAL INTRODUCCIÓN DE CÁNULA TRACOE FENESTRADA 8.0 COMPROBACIÓN DE LA INTUBACIÓN ADECUADA DE LA VÍA AÉREA FIJACIÓN DE LA CÁNULA CON CINTA Y VELCRO Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO. . (Página 60/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

26/11/2019 Evolución Médica "ORTOPEDIA EDHIER FABIANY MENESES 39 AÑOS PACIENTE CON HISTORIA DE ESTENOSIS MITRAL SEVERA, REQUIRIO MANEJO CON ANGIOPLASTIA, DESARROLLO MULTIPLES COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES, PULMONARES, ESCARA SACRA SOBREINFECTADA Y NECROSIS DE ARTEJOS DEL PIE DERECHO. REMITIDO, HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS, AHORA CURSANDO CON BACTEREMIA POR GRAM NEGATIVOS. SE HAN DESCARTADO FOCOS DE INFECCION Y CONSIDERAN EN EL MOMENTO POSIBLE FOCO A NIVEL DEL PIE DERECHO POR NECROSIS YA DESCRITA. ANTECEDENTES -Patologicos: Epilepsia, Estenosis mitral severa. Ulcera sacra. -Farmacologicos: Levetiracetam 500 mg cada 12 horas -Alergicos: No conocidos -Quirurgicos: Angioplastia con balon mitral. REGULARES CONDICIONES, POBRE RESPUESTA A ESTIMULOS. CON SOPORTE DE O2 Y VASOPRESOR MIEMBROS SUPERIORES SIN CAMBIOS ÍSQUEMICOS MIEM INFERIOR DERECHO: NECROSIS SECA EXTENSA DE TODOS LOS ARTEJOS HASTA LA BASE, CON COLGAJO DE ANTEPIE EN REGION DE LA PLANTA CONSERVADO. PULSO PEDIO CONSERVADO Y TIBIAL POSTERIOR DEBIL. NO MAL OLOR. NO CUENTA CON RX. LABS 26/11: LACTATO: 2.64 PCR: 27 WBC: 4670 N:3970 PLT: 35.000 DX: SHOCK SEPTICO NECROSIS SECA DE ANTEPIE DERECHO A/P: PACIENTE CON NECROSIS SECA DE ARTEJOS DE PIE DERECHO, SE CONSIDERA POSIBLEMENTE NO ES CAUSA DE SU BACTEREMIA, SIN EMBARGO SI REQUIERE AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO Y CURETAJE OSEO, POR VIABILIDAD DE COLGAJO PLANTAR SE DECIDE NIVEL TRANSMETATARSIANO, SE PASA TURNO QUIRURGICO, SE LLENA CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE EXPLICARA A FAMILIARES UNA VEZ ESTEN PRESENTES. ESTABILIZAR PARA PROCEDIMIENTO. DR ANDRES FONSECA R1 ORTOPEDIA" Responsable: TORRÉS CALERO, MAURICIO Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA. . (Página 76/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

27/11/2019--Descripción Quirúrgica "Tipo de herida :Limpia Descripción de la prestación : SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO. Hallazgos : NECROSIS VASOACTIVA DE TODO EL ANTEPIE DERECHO COMPROMISO DE 1 AL 5 TO DEDOS SECA SIN COLECCIONES NI SIGNOS DE INFECCION. COLGAJO PLANTAR VIABLE SE UTILIZA PARA COBERTURA METATARSIANA. AYUDANTE QXDR FELIPE FONSECA Descripción procedimiento : ANESTESIA GENERAL ASEPSIA YODADOS, CAMPOS ESTERILES, ABORDAJE EN BOCA DE PESCADO CON COLGAJO PLATAR ANTEPIE DERECHO, DISECCION POR PLANOS CIRCUNFERENCIAL, SECCION TENDINOSA FLEXOR Y EXTENSOR, CORTE TRANSMETATARSIANO DE 1 AL 5 TO CON MINISIERRA. LAVDOPROFUS CON SSN. CURETAJE DE METATARSO. SE DEJAN ROMOS LOS BORDES OSEOS CON RASPA DE PUTTY. SE COMPLETA LAVADO CON SSN. SE LIBERA Y AVANZA COLGAJO MUSCULOFASCIOCUTANEO PLANTAR Y SE LOGRA COBERTURA

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



METATARSIANA COMPLETA CON PUNTOS ANTITENSION.

SE REALIZA DERMOABRACION MECANICA CON LIJA QUIRURGICA Y SE DEJA BACTIGRSAS Y APOSITOS ESTERILKES Y VENDAJE BULTOSO. SE ENVIA MUESTRA DE PATOLOGIA DEDOS PIE DERECHO." Responsable: TORRES CALERO, MAURICIO. (Página 86-84/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

Informe Preanestesia

05/12/2019 "Enfermedad actual: PREANESTESIA - 05.12.2019 EDHIER FABIANY MENESES CAJAS EDAD 39 AÑOS DIAGNOSTICOS 1. Choque mixto séptico / cardiogénico -- Falla orgánica múltiple, compromiso hemodinámico, renal, respiratorio, hepático -- HT Pulmonar severa / disfx. ventricular derecha severa 2. Neumonía multilobar? (Historia de Escherichia coli BLEE orina y Stenotrophomonas maltophilia secr. bronquial) -- SDR 3. Estenosis Mitral Severa -- POP valvuloplastia con balón en mitral 14.11.2019 4. Hipertensión pulmonar severa tipo 2. 5. Epilepsia por HC 6. Fístula broncopulmonar bilateral 7. Úlcera por presión sacra GIII 8. Necrosis seca pie derecho ANTECEDENTES PERSONALES: -Patológicos: Epilepsia - Farmacológicos: Levetiracetam 500 mg cada 12 horas [...] ANÁLISIS Y CONSIDERACIONES: Paciente de 39 años, con hospitalización prolongada por cuadro de falla ventilatoria aguda infecciosa (pulmonar) vs cardiogénica (estenosis mitral severa). Llevado valvuloplastia mitral endovascular el 14.11.2019 con gran repercusión hemodinámica post procedimiento (disfunción del VD + HTP severa) ya superada. Tiene eco reciente con buena función bi ventricular, valvulopatía manejada en rango de insuficiencia leve, baja probabilidad de HTP. Actualmente con VMI por TQT (por difícil destete por desacondicionamiento marcado). Sin soporte vasopresor / inotrópico. Sin sedación, alerta, tranquilo. En TRR con aumento de azoados importante, pendiente nueva diálisis ya formulada por nefrología. Persiste con sus fístulas broncopulmonares bilaterales pendientes de manejo por cx de torax. Paraclínicos con aumento de azoados, hiponatremia leve, hiperkalemia moderada sin cambios en ekg, anemia moderada, gases con acidosis metabólica. Va a ser llevado por cirugía para colecistectomía procedimiento abdominal de alta complejidad. Por su parte cardiovascular su valvulopatía ya está manejada y tiene ecocardiograma con buena función bi ventricular y sin HTP, sin soporte. Respiratoriamente ya la vía aérea está asegurada con TQT, dependiente de VMI por desacondicionamiento. Metabólicamente persiste dependiente de TRR la cual está pendiente de realizar hoy ya que tiene aumento importante de azoados y de potasio. Requiere control de electrolitos posterior a TRR y previo a procedimiento para verificar niveles de K. Ayuno preoperatorio de 8h, retener enoxaparina profiláctica 12h pre cx. El procedimiento se puede realizar, pero tiene riesgo elevado de complicaciones a pesar de que su estado actual es aceptable". Felipe Laverde residente anestesiología. (Página 22/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

19/12/2019--Evolución Médica "DIAGNÓSTICOS: 1. Choque mixto séptico / cardiogénico (R). -- Falla orgánica múltiple, compromiso hemodinámico, renal, respiratorio, hepático. -- HT Pulmonar severa / disfx ventricular derecha severa (r) 2. Neumonía multilobar? (Historia de Escherichia coli BLEE orina y Stenotrophomonas maltophilia secr. bronquial tratada). -- SDR. 3. Estenosis Mitral Severa resuelta. -- POP valvuloplastia con balón en mitral 14.11.2019. 4. Hipertensión pulmonar severa del grupo 2. 5. Epilepsia por HC. 6. Fístula broncopulmonar bilateral. 7. Úlcera por presión sacra GIII. 7.1 POP desbridamiento mas VAC 23/11/19 -- 27/7/19. 8. Necrosis seca pie derecho. 8.1 POP amputación antepié derecho (27.11.19). 9. Bacteremia K. pneumoniae KPC persistente. 10. Colecistitis acalculosa resuelta - post colecistostomía - Pop COLELAP (02.12.19) - Laparoscopia diagnóstica (13.12.19) 10.1 -- Peritonitis terciaria a descartar ESTUDIOS: - 14.12.2019 LAVADO PERITONEAL: "Heridas de

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



colecistectomía previa con costras hemáticas recientes. Líquido libre en cuatro cuadrantes aprox 1 lt cetrino. No membranas. No congestión vascular, excepto ligeramente a nivel de ciego y colon ascendente con mayor edema que resto de asas. Colección gelatinosa de mismo color cetrino en lecho vesícula donde está adherido duodeno y colon transversal, al retiro no se observa lesión intestinal sospechosa. Se revisa transcavidad de epiplones, raíz de meso y periduodenal. Específicamente sin signos sospechosos de inflamación o perforación. No otros. PROBLEMAS: - Inflamación sistémica en aumento - Soporte vasopresor a dosis altas (en descenso) - Crítico crónico CANÁLISIS Y PLAN: Paciente masculino de 39 años de edad con historia y diagnósticos previamente descritos, hospitalización prolongada en relación a shock séptico/cardiogénico y soporte vasopresor persistente. Fue llevado a laparoscopia diagnóstica por leucocitos en ascenso y tomografía de abdomen con líquido libre y posible colección en lecho vesicular donde describen abundante líquido turbio, sangrado reciente en lecho vesicular, revisión sistemática de la cavidad y toma de muestras. Sin embargo, preocupa aumento constante y persistente de reacción inflamatoria, asociado a dolor abdominal moderado, se suspende transitoriamente la nutrición y se ajusta analgesia. Paciente que persiste anurico con altos aportes se dej aorden de hemofiltración el día de hoy" Responsable: DURAN REBOLLEDO, CARLOS EDUARDO Especialidad: NEFROLOGIA. (Página 158/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

19/12/2019 CIRUGIA DEL TORAX "Tipo de Evolución: Evolución NOTA OPERATORIA DIAGNOSTICO: ABSCESO PULMONAR PROCEDIMIENTO: RESECCION PULMONAR EN CUÑA POR TORACOSCOPIA CIRUJANO MAURICIO VELASQUEZ ANESTESIOLOGO GERMAN TORRES HALLAZGOS: 200 CC DE LIQUIDO PURULENTO EN EL HEMITORAX, ABSECSO ROTO A LA CAVIDAD PLEURAL EN EL LOBULO SUPERIOR Y MEDIO CON COMPROMISO DE LA CISURA CON EXPOSICION DE UN BRONQUIO SUBSEGMENTARIO QUE FUGA AIRE CONTINUAMENTE. ABSCESO EN EL LOBUJLO INFERIOR ROTO HACIA EL DIAFRAGMA CONTENIDO POR PROCESO ADHERENCIAL. SEVERO PROCESO ADERENCIAL DEL PULMON A LA PARED TORACICA Y MEDIASTINO EN EL LOBULO SUPERIOR Y MEDIO. SIN OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS EN LA CAVIDAD PLEURAL." Responsable: VELASQUEZ GALVIS, MAURICIO Especialidad: CIRUGIA DEL TORAX. (Página 159/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

21/12/2019 23:07:05, Intensivista de turno: DR. CARLOS ORDOÑEZ, "DIAGNÓSTICOS: 1. Choque vasodilatado persistente. 1.2 Foco intrabdominal descartado. 1.3 Escara sacra y muñon de amputación intervenidos. 2. Injuria renal aguda AKI III. 3. Neumotorax bilateral. 3.1 Fuga pleural derecha. 4. Epilepsia por historia clínica. 5. Estenosis mitral severa. 5.1 Post valvuloplastia mitral con balón (14.11.2019). 5.1.1 Hipertensión pulmonar del grupo 2. 5.1.2 Falla cardiaca derecha postangioplastia (R). 6. Necrosis seca antepie derecho. 7. Pop amputación antepie derecho (27.11.2019). 8.1 Colecistitis aguda resuelta. 8.1.1 POP Colecistostomia. 8.2.2 POP COLELAP 02.12.2019. 9. Polineuropatia del paciente crítico. 9.1 Descondicionamiento físico severo. 10. Deposiciones diarreicas. 10.1 Infección por Clostridium descartada. 11: Hemorragia de vías digestivas altas – ulcera duodenal. 12. Anemia aguda secundaria. PROBLEMAS: - Ventilación Mecánica. - Soporte vasopresor dual. - Trastorno de coagulación - Terapia de reemplazo renal. Paciente en críticas condiciones generales, bajo efectos de sedoanalgesia, soporte ventilatorio mecánico, soporte vasoactivo doble, soporte inotrópico MONITORÍA: SV: T°:35.1 FC:86 TA:133/63 TAM:82 VM MODO ACP SAT:99% FIO2: 0.3 FR:20 PEEP 6 IMV 22 TiNS 0.90 Ve 436 PIM 21, PWA 14 VCTE 9 DOBUTAMINA 29.4 cc/hr NOREPINEFRINA C2: 26cc/hr VASOPRESINA 18 cc/hr FENTANYL 2cc/hr Diuresis: 230cc, TT der: 700 cc, TT izqier 800ccIngresos 4495cc, Egresos: 2280cc, Balance; 2215cc,

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



total acumulado 19124cc ANÁLISIS Y PLAN: Paciente masculino cuarta decada con estancia hospitalaria prolongada en contexto de falla respiratoria, estenosis mitral severa y bacteremia por germen MDR. Múltiples complicaciones secundarias, cursando con choque refractario. Persiste en críticas condiciones generales. En las últimas horas con elevación de lactato, aumento de los requerimientos de soporte, se documentó melenas, se llevó nuevamente a endoscopia encontrando úlcera previamente descrita duodenal, se realizó electrofulguración con pulsos de argón plasma. Se realizó tromboelastograma con hallazgos de r y k prolongadas, ángulo disminuido, se considera que cursa con trastorno de la coagulación, déficit de factores, se indica transfusión de 6 u de crioprecipitado y 1 aferesis adicional de plaquetas. se estabiliza requerimiento de vasoactivo aunque continúa recibiendo dosis alta. Oligoanúrico. seguimiento de hemoglobina y vigilancia de sangrados. debe continuar seguimiento manejo en UCI", DR. Carlos Ordoñez Dra. Marcela Morales Cirujano de Trauma - Intensivista Internista. (Página 2509-2510/3147).

Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

22/12/2019 Intensivista de turno: DR. CARLOS ORDOÑEZ "ANÁLISIS Y PLAN: Paciente de 39 años de edad, con antecedentes conocidos y estancia hospitalaria prolongada por múltiples complicaciones, dentro de historial clínico se ha documentado falla respiratoria, estenosis mitral severa, bacteremia por K. pneumoniae MDR, shock distributivo refractario al tratamiento, empiema pulmonar, úlcera duodenal que requirió electrofulguración con pulsos de argón plasma, además de múltiples transfusiones de crioprecipitado y aféresis plaquetaria por hallazgos en tromboelastograma de trastorno de la coagulación y déficit de factores, su condición es crítica, con acidosis metabólica hiperlactémica con soporte vasoactivo dual e inotrópico, ha recibido trasfusión de hemoderivados, en reposición de potasio por hipokalemia, con cubrimiento antimicrobiano de amplio espectro, oligoanúrico con balance positivo, además con TRR, tiene úlcera sacra en malas condiciones en curaciones por terapia enterostomal, además con sistema VAC que no ha mejorado, tubo de tórax con drenaje de líquido hemático, dada mala evolución y pronóstico vital se decidió durante ronda de la mañana limitación del esfuerzo terapéutico, comento el caso con el familiar presente (PADRE) quien está de acuerdo con la conducta, se le explica a familiar las complicaciones y el posible desenlace final el cual es el fallecimiento, dice comprender". Dr. Carlos Ordoñez Fernando Rodríguez Bayona Cirujano de Trauma - Intensivista Internista. (Página 2510-2511/3147).

Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

23/12/2019--Hora Registro: 13:01:21. Evolución UCI: "Paciente masculino de 39 años de edad, con historia clínica anotada, estancia hospitalaria prolongada por múltiples complicaciones de neumonía necrotizante y estenosis mitral severa, documentándose en curso de su hospitalización falla respiratoria, estenosis mitral severa, insuficiencia renal aguda, bacteriemia por K. pneumoniae MDR, shock distributivo refractario al tratamiento, colecistitis aguda, necrosis isquémica de antepié derecho, desacomodamiento físico severo, escara sacra por decúbito, hemorragia digestiva secundaria a úlcera duodenal, fístula broncopulmonar bilateral, empiema pulmonar. Se realizó amputación de antepié derecho, desbridamiento de úlcera sacra, colecistostomía y posterior colecistectomía laparoscópica, endoscopia de vías digestivas altas más escleroterapia y argón plasma de úlcera duodenal, terapia transfusional, soporte dialítico, soporte vasoactivo en altas dosis, toracotomía drenaje de empiema, decorticación pleural y resección en cuña de pulmón derecho, cubrimiento antibiótico de amplio espectro, condición crítica inicialmente con respuesta a terapias instauradas sin embargo con deterioro progresivo ante repetidas injurias con severa repercusión en la condición general y falla para prosperar, por lo cual se decidió limitación del esfuerzo terapéutico, en el momento con medidas paliativas y de confort, en progresivo deterioro de signos vitales con probable fallecimiento en las

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



siguientes horas. La familia se encuentra enterada de la situación y se encuentran en proceso de duelo, se resuelve dudas a familiares" Responsable: Dr. Gustavo Ospina, Internista – Intensivista – PHD Ciencias Biomédicas Helmer Palacios, Fellow Cirugía de Trauma y Emergencias- (Página 167 y 2511-2512/3147).

..
Carpeta: "0020. RTA CLINICA VALLE DEL LILI y LLAMAMIENTO", archivo "3. HISTORIA CLÍNICA SAP.pdf"

23/12/2019 Hora Registro: 16:23:48 "Alta Médica. Tipo Alta Muerte. Condición del Egreso Muerto. Fecha Muerte 23.12.2019 - 14:46:56, Causa CHOQUE SEPTICO REFRACTARIO [...] Diagnóstico Alta. A419 - SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA." (Páginas 167-168/3147).

OTROS RECURSOS UTILIZADOS:

1. Pérez-Olivares Delgado Carmen, Aurteneix Pérez1,3 Águeda, Escribano Subías1,2,3 Pilar. Hipertensión arterial pulmonar: progresión, pronóstico e impacto. Insuf. card. [Internet]. 2019 Mar [citado 2025 Mar 04] ; 14(Suppl 1): 1-7. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622019000200001&lng=es.
2. de Zubiría, Alejandra I., Wills, Beatriz, Buitrago, Andrés F., Moreno, Jerson Quitian. Valvuloplastia mitral percutánea de emergencia en un paciente con edema pulmonar refractario. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. 2018 Feb [citado 07 de abril de 2025] ; 25(1): 101-101. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332018000100101&lng=en. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.06.003>.
3. Quezada Loaiza CA, Velázquez Martín MT, Jiménez López-Guarch C, Ruiz Cano MJ, Navas Tejedor P, Carreira PE, Flox Camacho Á, de Pablo Gafas A, Delgado Jiménez JF, Gómez Sánchez MA, Escribano Subías P. La evolución de la hipertensión arterial pulmonar a lo largo de 30 años: experiencia de un centro de referencia. Trends in Pulmonary Hypertension Over a Period of 30 Years: Experience From a Single Referral Centre. Rev Esp Cardiol. 2017 Nov;70(11):915-923. ISSN: 0300-8932. Factor de impacto 2023: 7.2. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-la-evolucion-hipertension-arterial-pulmonar-articulo-S0300893217300714>.
4. Ordoñez-Vázquez L, Montes-Castillo C, Mora-Soto JR, Sánchez-Hernández JD. Hipertensión arterial pulmonar. El Residente. 2015;10(1):18-30.
5. Bossone E, D'Andrea A, D'Alto M, Citro R, Argiento P, Ferrara F, Cittadini A, Rubenfire M, Naeije R. Echocardiography in Pulmonary Arterial Hypertension: from Diagnosis to Prognosis. J Am Soc Echocardiogr. 2013;26(1):1-14.
6. Zagolín Blancaire Mónica. Sobrevida en hipertensión pulmonar. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Jul [citado 2025 Mar 04]; 144(7): 827-828. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000700001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000700001>.
7. Gómez Tejada RA, Monteverde M, Laborde H, Fridman V, Mazzei M, Vázquez Blanco M. Hipertensión Pulmonar. Serie de 30 casos con evaluación hemodinámica en un hospital universitario. Respirar. 2019;11(1):11.
8. Garrido-Lestache E, Barrios E. Hipertensión pulmonar. Avances en hipertensión pulmonar; Devenir histórico de la hipertensión pulmonar con mención especial a España. N.º 39. Barcelona: Ediciones Mayo, S.A.; 2019. ISSN: 2255-5498.
9. Galiè N, Torbicki A, Barst R, Darteville P, Haworth S, Higenbottam T, et al. Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar. Grupo de Trabajo sobre el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial Pulmonar de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2005;58(5):523-66
10. Saldías PF, Díaz PO. Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Rev Med Chil. 2014;142(5):553-64. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70070-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-evaluacion-manejo-neumonia-del-adulto-S0716864014700707>

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



11. Cortés JA, Cuervo-Maldonado SI, Nocua-Báez LC, Valderrama MC, Sánchez EA, Saavedra A, et al. [Guía de práctica clínica para el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad]. Rev. Fac. Med. 2022;70(2): e93814. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n2.93814>.
12. Ley No. 1733 del 8 de septiembre de 2014, "mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida".

Abreviaturas y términos:

AKI III: lesión renal aguda (AKI, por sus siglas en inglés) se clasifica en tres etapas según la gravedad, y la etapa III es la más severa.

ECG-EKG: electrocardiograma

FBC: fibrobroncoscopia

FC: frecuencia cardíaca

FR: frecuencia respiratoria

HAP - HP: hipertensión arterial pulmonar

LBA: lavado broncoalveolar.

MDR: se refiere a bacterias resistentes a múltiples fármacos (MDR, por sus siglas en inglés)

POP: postoperatorio

RMN: Resonancia magnética nuclear

SAT – SaO₂: saturación de oxígeno

SDRA: Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo

SIRS - SRIS: Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS, por sus siglas en inglés)

T – TEMP: temperatura

TAC: Tomografía axial computarizada

TACAR: Tomografía Axial Computarizada de Alta Resolución.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

VD: ventrículo derecho

EXAMEN DE PATOLOGÍA FORENSE ACTUAL

Se revisan las diferentes bases de datos del instituto de medicina legal SICOMAIN, SICLICO y SIRDEC, no se encuentran registros a nombre del hoy occiso.

RESUMEN DEL CASO

Según la documentación aportada, se trata de un paciente masculino de 39 años quien presentó inicialmente dolor en el hombro derecho en diciembre de 2018 y por dolor torácico en febrero de 2019, en ambas oportunidades consultó a urgencias del Hospital Susana López de Valencia en Popayán, donde fue valorado y remitido en las dos oportunidades a valoración por consulta externa de su EPS, no se aportó historia clínica de la realización de estos controles.

La demanda plantea que estos síntomas repitieron en marzo y junio de 2019, y que consultó el 10 de julio de 2019 con especialista en neurocirugía, quien sospecha esclerosis mesial temporal izquierda por RMN, fue manejado con "KOPODEX 500 MGCADA 12 HS" y con "RESTRICCIONES: EVITAR DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO", no se aportó esta historia clínica. La demanda plantea que en agosto de 2019 se realizaron otros exámenes, pero no se aportó esa historia clínica.

En septiembre de 2019, el paciente ingresó al Hospital Susana López de Valencia en Popayán con fiebre alta, tos seca, hemoptisis, disnea y dolor torácico. Se diagnosticó neumonía adquirida en la comunidad y se realizaron estudios que mostraron infiltrados pulmonares y alteraciones en el hemograma. Debido a la persistencia de síntomas y mayor hemoptisis, fue trasladado a la Fundación Valle del Lili en Cali donde realizan una valoración inicial y por

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



presentar estabilidad hemodinámica sin dificultad respiratoria al momento de la valoración deciden que debía ser atendido por su EPS y la EPS autoriza la atención ese mismo día en la Clínica Cosmitet.

En la Clínica Cosmitet, continúan manejo de la neumonía y le se realizaron estudios cardiológicos que revelaron estenosis mitral severa e hipertensión pulmonar severa. El ecocardiograma mostró dilatación de la aurícula izquierda y cavidades derechas, con presión sistólica pulmonar elevada. La TAC de tórax evidenció derrame pleural bilateral, atelectasia y adenomegalias mediastinales, sugiriendo posibles causas pulmonares adicionales como sarcoidosis o enfermedades autoinmunes. El paciente fue evaluado por cirugía cardiovascular, determinándose la necesidad de recambio valvular mitral, aunque no era candidato a intervención quirúrgica inmediata debido a su estado clínico. También, se realizaron estudios neumológicos, incluyendo fibrobroncoscopia, que mostraron sangrado activo y tomaron biopsias para descartar metástasis pulmonares y otras patologías. Finalmente, se concluyó que los síntomas pulmonares predominantes eran consecuencia de la estenosis mitral severa y la hipertensión pulmonar, sin evidencia de otra patología pulmonar subyacente significativa. Se recomendó seguimiento y manejo de las condiciones cardíacas y pulmonares del paciente.

Durante la hospitalización en la Clínica Cosmitet, se ordenó un ecocardiograma transesofágico y se evaluó la posibilidad de realizar una valvuloplastia mitral con balón como puente para una cirugía definitiva. El paciente fue comentado con hemodinamia, un primer reporte no oficial de la fibrobroncoscopia no encontró lesiones malignas y solicitaron pruebas de reactividad pulmonar por hemodinamia para ser llevado a cirugía cardíaca. El 09/10/2019 reportaron ecocardiograma transesofágico fracción de eyección del 60%, estenosis mitral severa, Wilkins 10-11, cavidades derechas dilatadas con hipocinesia del ventrículo derecho. Se documentó anemia normocítica normocrómica (HB: 8.40 G/DL; VCM: 86 FL; CHCM: 32,40 G/DL). Se consideró que el paciente tenía un alto valor de Wilkins, por lo que no se consideró candidato para valvuloplastia mitral con balón como tratamiento puente y se esperaron las pruebas de reactividad pulmonar.

El 10/10/2019 anotaron que la hipertensión pulmonar generaba la hemoptisis moderada y que el paciente presentaba peor descompensación del edema de pulmón después de los test de reactividad pulmonar, requiriendo ingreso a UCI. Continuaron manejo en la unidad coronaria con pronóstico reservado por valvulopatía por estenosis mitral severa e hipertensión pulmonar secundaria. Cirugía cardiovascular indicó nueva valoración para valvuloplastia percutánea cuando estuviera más estable. El cateterismo cardíaco derecho con prueba de reactividad, concluyó que el paciente no era candidato a cirugía de reemplazo valvular bajo circulación extracorpórea por hipertensión pulmonar muy severa no reversible, hemorragia pulmonar activa, disfunción ventricular derecha, inestabilidad hemodinámica, taquicardia en ritmo sinusal, ventilación mecánica invasiva y soporte vasopresor.

El paciente fue manejado en cuidados intensivos intentando controlar el proceso infeccioso, con mala respuesta al tratamiento antibiótico instaurado. Durante la hospitalización, se administraron antibióticos como meropenem y vancomicina hasta completar 10 días. La TACAR de tórax mostró derrame pleural bilateral, atelectasia pasiva subtotal de lóbulos pulmonares superiores e inferiores bilaterales, imágenes sugestivas de cardiomegalia global con predominio de cavidades derechas. La fibrobroncoscopia y el lavado broncoalveolar reportaron estudios negativos para infecciones y tuberculosis. El paciente se encontraba en estado crítico, en un choque profundo de origen mixto, con gran compromiso cardiovascular por componente vasodilatado, requiriendo dosis máximas de vasoactivo dual. Se inició infusión de óxido nítrico y se ordenó policultivar e iniciar antibiótico de amplio espectro debido a hipoxemia severa e hipercapnia que lo llevaron a acidosis mixta severa. Se realizó drenaje de derrames pleurales,

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



obteniendo 1000 cc de cada lado con mejoría de la saturación de O₂. El nuevo ecocardiograma transtorácico no describió cambios relevantes respecto a los previos. Se reportó tendencia a la oligoanuria y gran elevación de transaminasas con riesgo de falla hepática aguda.

El paciente continuó en UCJ por soporte ventilatorio, soporte vasoactivo y monitoria hemodinámica invasiva, con alto riesgo de fallecer a corto plazo. El 12/10/2019, nefrología consideró que presentaba lesión renal aguda multifactorial, K-DIGO 3, con necesidad de soporte renal y se realizó inserción de catéter bilumen para terapia de soporte renal. El paciente continuó hospitalizado con manejo por múltiples especialidades, con evolución lenta hacia la resolución de la condición hepática y renal, dependiente de intubación y ventilación mecánica, sin fiebre, con cultivos positivos que requerían manejo antibiótico.

El internista planteó que la patología valvular mitral no había sido resuelta y que el paciente no era operable según cirugía cardiovascular de la institución. Hemodinamia consideró que el riesgo de intervención endovascular era muy alto y solicitó remisión a un cuarto nivel para valoración por HEART STEM. Gastroenterología indicó que la elevación de transaminasas era consecuencia de su estado de choque y ordenó continuar monitoria de niveles de transaminasas. Infectología reportó germen BLEE positivo en urocultivo y continuó meropenem por 10 días.

El 22/10/2019 el internista planteó que estaba en ventilación mecánica, persistiendo urémico con mejoría de los azoados post diálisis, en seguimiento por nefrología, en plan de completar esquema de antibiótico, pero con leucocitosis persistente. Solicitaron remisión a donde la EPS determinara para contemplar posible valvuloplastia por comorbilidades, con pronóstico reservado. El 23/10/2019 continúa destete de ventilación, con leucocitosis persistente y sin claros criterios de SIRS. Policultivan y retiran el drenaje por PIG TAIL, con plan de extubación programada. Presenta una escara sacra G II en manejo por terapia enterostomal, que reportan limpia. Continúan medidas de soporte y en trámite de remisión donde la EPS asigne.

El 25/10/2019 continúa en las mismas condiciones, identifican *Stenotrophomonas maltophilia* en cultivo del 23/10/2019, hemocultivos negativos, anemia y desacomodamiento físico. Fue extubado y presenta evolución irregular, requiriendo soporte con ventilación mecánica no invasiva. Se inició levofloxacina y se vigilará respuesta y modulación de SIRS. Debe permanecer en UCI, con pronóstico ominoso. Documentando el 26/10/2019 neumotórax del 50% izquierdo y realizan toracostomía izquierda, con terapias, hemodiálisis y transfusiones, optimizan manejo antitrombótico y esperan mayor estabilidad para traslado a Fundación Clínica Valle del Lili. Se considera que debe permanecer en UCI por su gran labilidad ventilatoria y hemodinámica, con alto riesgo de mayor deterioro y fallecer.

El 30/10/2019, infectología valora aislamiento en secreciones de tubo orotraqueal (SOT) de *S. maltophilia*, tratado como neumonía por *Stenotrophomonas maltophilia*, sensible a Trimetoprim/sulfametoxazol, por cultivo de SOT del 23/10/2019, manejado con levofloxacina desde el 25/10/2019. En esta nueva valoración, el especialista considera que presenta traqueítis por *S. maltophilia* y ordena aislamiento de contacto. Por la disfunción renal, decide diferir el manejo con Trimetoprim/sulfametoxazol, suspende la levofloxacina y cambia a moxifloxacina 400 mg/día, determinando un tiempo de terapia de 10 días, incluidos los días recibidos de levofloxacina.

El 01/11/2019, medicina interna considera que el paciente con estenosis mitral severa ha necesitado ventilación mecánica no invasiva intermitente, sin requerimiento de soporte inotrópico o vasoactivo, solo con reposición de potasio, en paciente con furosemda, diuresis de 0.8 cc/kg/h, sin SIRS, sin fiebre, completando esquema de quinolonas dado por infectología.

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



Revisan en conjunto con nefrología y consideran continuar el plan de balance negativo sin hemodiálisis, forzando diuresis, pendiente remisión a otra institución con mayor experiencia en el manejo de la patología cardiovascular en las condiciones de complicaciones que presentaba el paciente para ese momento.

El 06/11/2019 el paciente egresa en ambulancia medicalizada, con ventilación mecánica, con sedación y analgesia, estable hemodinámicamente, soportado con noradrenalina, remitido a Fundación Valle del Lili, por gestión de la Policía Nacional y hospitalizado con diagnósticos de septicemia, colecistitis aguda, falla o dificultad de la intubación, estenosis mitral, úlcera de decúbito, aterosclerosis de las arterias de los miembros, gangrena, con historia de aproximadamente 2 meses de evolución de neumonía multilobar, hemoptisis, manejado inicialmente en hospitalización prolongada extrainstitucional en Popayán y posteriormente en Clínica Rey David, con múltiples regímenes antibacterianos, donde encontraron estenosis mitral severa, hipertensión pulmonar con dilatación de cavidades derechas, múltiples adenomegalias mediastinales, desarrollando falla ventilatoria y choque mixto séptico y cardiovascular (distributivo / cardiogénico) con manejo inotrópico, falla multiorgánica. Reportan ingreso en malas condiciones generales, con soporte ventilatorio y vasopresor, en terapia dialítica, con múltiple disfunción orgánica y choque persistente con datos clínicos de hipoperfusión persistente, luciendo crónicamente enfermo, icterico, con palpación de masa abdominal, determinando pronóstico reservado, aún sin etiología clara del cuadro, con aparente proceso infeccioso de etiología no clara, sin descartar etiología inmunoreumatológica y/o neoplásica.

El 07/11/2019 reportan anemia, trombocitopenia, leucocitosis con neutrofilia, hiperbilirrubinemia y múltiples infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax, sugieren un proceso neumónico multifactorial. Realizan ecocardiograma transesofágico (TE) y descartan endocarditis, con estenosis mitral severa, manejado por cirugía cardiovascular tras estabilización clínica. Continúa con daptomicina, meropenem, polimixina B y caspofungina.

El 09/11/2019 infectología reporta Klebsiella pneumoniae BLEE, galactomanano negativo, ajustan manejo antibiótico. Documentan estenosis mitral severa e hipertensión pulmonar severa, requiriendo intervención por hemodinamia tras mayor estabilidad hemodinámica. El 11/11/2019, consideran que la disfunción valvular cardiaca es responsable de la mayor parte del espectro mórbido, continúan tratamiento antibiótico y el 14/11/2019 realizan valvuloplastia mitral percutánea con balón Inoue N26 sin complicaciones, ingresando desde cirugía intubado y mal perfundido con soporte inotrópico y vasoconstrictor.

El 17/11/2019 reportan el ecocardiograma transesofágico de control con disminución del gradiente transvalvular mitral, pero, severa hipertensión pulmonar y disfunción del ventrículo derecho, inician óxido nítrico nebulizado, con reducción de la presión arterial pulmonar. Persiste necrosis del antepié derecho. El 21/11/2019 realizan traqueostomía percutánea sin complicaciones y el 26/11/2019 ortopedia decide amputación transmetatarsiana del pie derecho debido a necrosis seca, realizándola el 27/11/2019.

Realizan lavado peritoneal el 14/12/2019 describen líquido turbio y sangrado reciente en el lecho vesicular. El 19/12/2019 diagnostican choque mixto séptico/cardiogénico, falla orgánica múltiple, hipertensión pulmonar severa, neumonía multilobar, estenosis mitral severa resuelta, epilepsia, fístula broncopleurales bilaterales, úlcera por presión sacra GIII, necrosis seca del pie derecho, bacteriemia persistente por Klebsiella pneumoniae KPC, colecistitis acalculosa resuelta y peritonitis terciaria a descartar. Ese mismo día realizan resección pulmonar en cuña por toracoscopia, reportan 200 cc de líquido purulento en el hemitórax, absceso roto en el lóbulo superior y medio, con compromiso de la cisura y exposición de un bronquio subsegmentario que fuga aire continuamente, reportan absceso en lóbulo inferior roto hacia el

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



diafragma, contenido por proceso adherencial, y severo proceso adherencial del pulmón a la pared torácica y mediastino en el lóbulo superior y medio, sin otros hallazgos patológicos en la cavidad pleural.

..
El 22/12/2019, el intensivista de turno analiza la situación del paciente, quien presenta falla respiratoria, estenosis mitral severa, bacteriemia por K. pneumoniae MDR, shock distributivo refractario, empiema pulmonar, úlcera duodenal, trastornos de coagulación, acidosis metabólica hiperlactatémica, soporte vasoactivo dual e inotrópico, oligoanuria, y úlcera sacra en malas condiciones, deciden limitar el esfuerzo terapéutico debido a la mala evolución y pronóstico vital, informando al padre sobre las complicaciones y el posible desenlace final.

..
El 23/12/2019 permanece en UCI con múltiples complicaciones de neumonía necrotizante, estenosis mitral severa, insuficiencia renal aguda, bacteriemia por K. pneumoniae MDR, shock distributivo refractario, colecistitis aguda, necrosis isquémica de antepié derecho, desacondicionamiento físico severo, escara sacra, hemorragia digestiva secundaria a úlcera duodenal, fístula broncopleural bilateral y empiema pulmonar. Le realizaron múltiples procedimientos, incluyendo amputación de antepié derecho, desbridamiento de úlcera sacra, colecistostomía y colecistectomía laparoscópica, endoscopia de vías digestivas altas, terapia transfusional, soporte dialítico, soporte vasoactivo, toracotomía, drenaje de empiema, decorticación pleural y resección en cuña de pulmón derecho. A pesar de la respuesta inicial a las terapias, el paciente presenta deterioro progresivo y deciden limitar el esfuerzo terapéutico, con medidas paliativas y de confort, indicando que la familia estaba informada y en proceso de duelo. Ese mismo día registran muerte del paciente a las 14:46, debido a choque séptico refractario, con diagnóstico de septicemia no especificada.

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

La hipertensión arterial pulmonar es una enfermedad rara, en este sentido se trae lo planteado por Pérez-Olivares "La hipertensión arterial pulmonar (HAP) encuadra un grupo de enfermedades caracterizadas por la pérdida y remodelado del lecho vascular pulmonar, que conlleva un aumento progresivo de la resistencia vascular pulmonar (RVP).

..
La HAP es una enfermedad infrecuente, con una prevalencia estimada de entre 15 y 26 casos por millón de habitantes mayores de 14 años, cuyo pronóstico está determinado por la capacidad de adaptación del ventrículo derecho (VD) a una postcarga elevada.

..
La presión arterial pulmonar media (PAPm) en individuos sanos es de $14 \pm 3,3$ mm Hg, por lo que, en el 6° Simposio Mundial de Hipertensión Pulmonar en 2018, se ha establecido la definición hemodinámica de HAP como PAPm >20 mm Hg, con presión capilar pulmonar normal (<15 mm Hg) y elevación de las RVP ≥ 3 UW2." (1)

..
Sobre las causas de hipertensión pulmonar de Zúbiria, Alejandra ha expresado "La estenosis mitral frecuentemente es causada más por fiebre reumática. Se estima que la prevalencia de enfermedad reumática cardíaca es de 6 por cada 1.000 niños en la India y de 0,5 por 1.000 en países desarrollados; la edad media de presentación es cercana a los 15 años y es más frecuente en mujeres.

..
La enfermedad reumática afecta la válvula mitral produciendo engrosamiento y nodularidad de las valvas, fusión de las comisuras, así como fusión y acortamiento de las cuerdas tendinosas, lo que se traduce en reducción del área valvular y resistencia al flujo sanguíneo.

..
El aumento de la presión en la aurícula izquierda se transmite a la circulación pulmonar,

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



generando edema agudo de pulmón, como en el caso que se expone. En 1982 surgió la idea que una válvula mitral puede ser dilatada de forma percutánea y posteriormente se estableció este procedimiento, en caso de síntomas severos y estenosis mitral severa documentada por un área valvular = 1,5 cm², siendo este siempre programado." (2)

Con respecto a una de las causas de hipertensión pulmonar, se tiene que dentro de las patologías valvulares "La estenosis mitral es una obstrucción del flujo de la aurícula al ventrículo izquierdo. Otras causas de estenosis mitral incluyen calcificación degenerativa severa del anillo valvular mitral, anomalías congénitas como la válvula mitral en paracaídas, enfermedades infiltrativas como las mucopolisacaridoses, enfermedad de Fabry, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, estenosis tras reparo de válvula mitral y síndrome carcinoide.

El orificio valvular mitral normal tiene un área de 4-6 cm². Se produce un gradiente de presión entre la aurícula y el ventrículo izquierdo cuando el área valvular cae por debajo de 2 cm² que hace que la estenosis mitral se vuelva hemodinámicamente significativa. En el caso reportado, el área valvular mitral era de 0,7 cm², hecho que contribuía a la persistencia del edema agudo de pulmón.

Como consecuencia de la disminución del área valvular mitral se genera aumento de la presión en la aurícula izquierda al final de la diástole, el cual se transmite a la circulación pulmonar, que a su vez incrementa la presión hidrostática en los capilares pulmonares.

La elevación de la presión de la aurícula izquierda en el orden de 18-25 mm Hg genera edema pulmonar en fase intersticial. Sin embargo, una vez la presión en la aurícula izquierda sobrepasa los 25 mm Hg, hay edema pulmonar en fase alveolar, [...]

Adicionalmente, en 40% de los pacientes se produce hipertensión pulmonar y aumento de las presiones de las cavidades derechas, que de forma crónica produce falla cardíaca derecha.

La disnea con el ejercicio es la manifestación clínica más frecuente. Pueden observarse eventos tromboembólicos por desarrollo de fibrilación auricular y hasta un 15% de los pacientes puede presentar hemoptisis. Puede haber disfonía por compresión del nervio laríngeo recurrente izquierdo; es durante el examen físico característico que se ausculta un soplo diastólico de bajo tono, asociado a reforzamiento del primer ruido cardíaco y chasquido de apertura diastólico.

El examen para establecer el diagnóstico, evaluar la severidad de la enfermedad y realizar el seguimiento de la estenosis mitral es el ecocardiograma transtorácico. El puntaje de Wilkins se ha convertido en la referencia ecocardiográfica para la evaluación de la válvula mitral. La movilidad de las valvas, su engrosamiento, la calcificación y el compromiso del aparato subvalvular mediante el puntaje de Wilkins, son la mejor herramienta para predecir el éxito terapéutico de una intervención percutánea. Los mejores resultados se obtienen con un puntaje menor o igual a 8.

En 1982, Inoue propuso que una válvula mitral degenerada puede ser dilatada mediante un balón. En tal sentido, un resultado exitoso se define como un área valvular mayor de 1,5 cm² sin regurgitación mitral mayor a leve, resultado que se alcanza en casi un 90% de los pacientes.

La mayoría de las complicaciones ocurre durante el procedimiento, siendo el hemopericardio la más frecuente, con una incidencia hasta del 2%. Otras complicaciones posibles son la liberación de microtrombos de la aurícula izquierda, el aumento en la severidad de la

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: ÚBCALCA-DSVA-03675-2025



regurgitación mitral, complicaciones asociadas al acceso vascular y la generación de cortocircuito iatrogénico de izquierda a derecha, el cual puede persistir y no tiene repercusión hemodinámica. La mortalidad asociada al procedimiento es aproximadamente del 3% y está dada principalmente por taponamiento o regurgitación mitral severa.

Las contraindicaciones principales para la realización de valvuloplastia son las siguientes: trombo en la aurícula izquierda, área valvular mayor de 1,5 cm², regurgitación mitral moderada o severa, calcificación severa de las comisuras, enfermedad concomitante valvular o enfermedad coronaria que requiera intervención quirúrgica". (2)

Respecto al manejo de la estenosis mitral se tiene que "Los estudios reportados de casos de valvuloplastia de emergencia, en su mayoría son de tipo observacional e incluyen pacientes con estenosis mitral muy severa, con un área valvular menor de 1,0 cm² y edema pulmonar refractario, definido como aquel que persiste a pesar de la terapia diurética adecuada y el tratamiento óptimo de las causas precipitantes como infecciones pulmonares, anemia o fibrilación auricular con respuesta ventricular no controlada.

En un estudio observacional y retrospectivo, el cual tuvo como objetivo evaluar la eficacia y la seguridad de la valvuloplastia percutánea de emergencia en pacientes con paro cardíaco, choque cardiogénico o edema pulmonar refractario con estenosis mitral muy severa, se encontró que de 40 pacientes sometidos a este procedimiento de forma urgente, 24 (60%) se recuperaron sin complicaciones. De los restantes, 14 fallecieron. De estos, 7 murieron por falla del procedimiento o por regurgitación mitral severa, y los otros 7 por causas diferentes al procedimiento. El análisis multivariado confirmó que una puntuación de Wilkins = 8 ($p = 0,008$), gasto cardíaco = 3,5 L/min ($p = 0,001$) y presión sistólica de la arteria pulmonar = 65 mm Hg ($p = 0,023$) fueron predictores significativos de mortalidad.

Otro estudio que evaluó el desenlace de 12 pacientes jóvenes críticamente enfermos con falla cardíaca refractaria sometidos a valvuloplastia percutánea de la válvula mitral, encontró que el procedimiento fue técnicamente exitoso en el 100% de los casos. Además, todos los pacientes mejoraron los parámetros hemodinámicos dados por aumento del área valvular mitral, resultados que fueron significativos. Los autores concluyeron que cualquier mejoría de la obstrucción al flujo en pacientes críticamente enfermos e inestables hemodinámicamente, produce una reducción en la resistencia vascular pulmonar y por ende mejoría del grado de hipertensión pulmonar y de la condición de los mismos.

Finalmente, en otro estudio se evaluaron los desenlaces de pacientes con edema pulmonar refractario a quienes se les realizó valvuloplastia percutánea. De un total de 17, 14 tuvieron una recuperación exitosa; de los 3 restantes, 2 fallecieron, uno antes de la valvuloplastia y el segundo 48 horas después por embolia pulmonar masiva. El otro paciente tuvo falla del procedimiento percutáneo por lo que fue llevado a reemplazo valvular mitral. Los autores concluyeron que la dilatación percutánea con balón no solo es un procedimiento seguro sino efectivo en pacientes con edema pulmonar refractario secundario a estenosis mitral, y que puede considerarse como una alternativa en pacientes críticamente enfermos". (2)

Otros autores como Quezada Loaiza han planteado que "La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se define como un grupo de enfermedades caracterizadas por aumento progresivo de la resistencia vascular pulmonar que conduce a insuficiencia ventricular derecha y muerte. El pronóstico se condiciona por las interacciones fisiopatológicas entre la tasa de progresión de los cambios obstructivos en la microcirculación pulmonar y la respuesta adaptativa del ventrículo derecho. Los principales factores pronósticos conocidos en esta enfermedad son la expresión de la disfunción ventricular derecha. La HAP es una enfermedad rara con una

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



prevalencia estimada en distintos registros entre 15 y 26 casos/millón habitantes mayores de 14 años.

Para su manejo se han desarrollado 5 familias de fármacos: análogos de prostaciclina, inhibidores de la fosfodiesterasa 5, estimuladores de guanílatu ciclada, agonistas de los receptores de prostaciclina y antagonistas de los receptores de endotelina. Los fármacos y las novedades en el diagnóstico y el pronóstico han revolucionado el tratamiento de la HAP.

Inicialmente se consideraba que el trasplante pulmonar (TP) era el único tratamiento disponible. Pero, el descubrimiento de distintos fármacos específicos, el TP es la opción terapéutica final para pacientes que no responden al tratamiento farmacológico. A pesar de los avances, la HAP sigue siendo una enfermedad asociada a alta morbilidad, con una supervivencia en España del 65% a 5 años". (3)

En este mismo sentido, hay autores que plantean "la hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una condición compleja y de mal pronóstico. Se caracteriza por fibrosis progresiva y cambios proliferativos en las arterias pulmonares que conducen al incremento gradual de resistencia vascular pulmonar (RVP), insuficiencia ventricular derecha (IVD) y muerte prematura." (4)

Definiéndola como "un aumento en la presión arterial pulmonar media > 25 mmHg, determinada por cateterismo cardíaco derecho y con presión de enclavamiento pulmonar < 15 mmHg." [...] para el año 2015 se utilizaba la "clasificación del 4º Simposio de la Hipertensión Arterial Pulmonar, realizado en Dana Point, California. Las formas idiopática y familiar constituyen cerca del 40% de la etiología, y el 60% restante aparece en pacientes portadores de comorbilidades. La interacción multifactorial genera disfunción endotelial en las arterias pulmonares de menor calibre, alteración de las sustancias vasodilatadoras y vasoconstrictoras endoteliales, tendencia a la agregación plaquetaria con riesgo elevado de trombosis in situ y remodelación vascular, aumentando progresivamente la resistencia vascular pulmonar. Como consecuencia, aumenta la postcarga del ventrículo derecho, resultando en insuficiencia cardíaca derecha. Ante la sospecha clínica de HAP, debe realizarse ecocardiograma y confirmar el diagnóstico sólo con cateterismo cardíaco derecho. La evaluación de la severidad y determinación de la clase funcional de la Organización Mundial de la Salud determinan el tratamiento" (4).

En esta misma línea, otros autores han establecido que la hipertensión arterial pulmonar se diagnostica con mayor frecuencia en sus etapas avanzadas debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas y signos tempranos, que la evaluación clínica es esencial cuando se evalúan pacientes con sospecha de hipertensión arterial pulmonar y que la ecocardiografía es clave en el proceso diagnóstico. Con este estudio se puede estimar la presión de la arteria pulmonar, permite descartar causas secundarias de hipertensión pulmonar y permite evaluar el pronóstico y las opciones de tratamiento, controlar la evolución de los tratamientos. Igualmente, se plantea que en las primeras etapas de la enfermedad los síntomas son inespecíficos y los signos físicos son sutiles, es necesario un alto índice clínico de sospecha para detectar la enfermedad antes de que ocurran cambios fisiopatológicos irreversibles, sin embargo, la consulta por los pacientes suele ser tardía, ya en estados avanzados de la enfermedad. (5)(6)(7)(8)

Sobre el manejo de la neumonía en pacientes con hipertensión arterial las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología: hipertensión arterial pulmonar plasman "Prevención de infecciones: Los pacientes con HAP tienen tendencia a desarrollar neumonía, que es la causa de muerte en el 7% de los casos. Las infecciones pulmonares se toleran muy mal y es necesario que sean diagnosticadas y tratadas de forma precoz. Se recomienda una estrategia de vacunación para la gripe y para la neumonía neumocócica. La fiebre persistente en pacientes con catéteres intravenosos para la administración continua de epoprostenol debe

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



hacer sospechar la infección del catéter". Rev Esp Cardiol. 2005;58(5):523-66 (9)

Respecto al manejo de la neumonía el artículo Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad, plantea "La incidencia anual de NAC en el adulto fluctúa entre 1,07 y 1,2 casos por cada 1.000 personas-año o 1,5-1,7 casos por cada 1.000 habitantes, elevándose en el adulto mayor de 65 años a 12,7-15,3 casos por cada 1.000 personas-año. El estudio de Carga Global de Enfermedad de 2010 reportó que las infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo la neumonía, constituyen la cuarta causa de muerte en el mundo, después de la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro-vascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y son la segunda causa determinante de años de vida potencial perdidos de la población.

El diagnóstico de neumonía es clínico-radiográfico: la historia clínica y examen físico sugieren la presencia de una infección pulmonar, pero el diagnóstico se confirma cuando se demuestra la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. El cuadro clínico y los hallazgos de la radiografía de tórax no permiten predecir con certeza el agente etiológico de la infección pulmonar; los síntomas, signos clínicos y hallazgos radiográficos se superponen entre los distintos agentes causales (bacterias clásicas y atípicas, virus respiratorios). La radiografía de tórax permite confirmar el diagnóstico clínico, establecer su localización, extensión y gravedad además permite diferenciar la neumonía de otras patologías, detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo. La resolución de los infiltrados radiográficos a menudo ocurre varias semanas o meses después de la mejoría clínica, especialmente en el anciano, la neumonía multilobar o bilateral, y la neumonía grave manejada en la UCI.

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO Los exámenes microbiológicos permiten identificar el agente causal de la neumonía y su patrón de sensibilidad a los antibióticos. El tratamiento antimicrobiano dirigido contra un patógeno conocido permite reducir el espectro de acción de los fármacos, los costos, el riesgo de reacciones adversas y de la resistencia antibiótica. Sin embargo, no es necesario realizar estudios microbiológicos extensos a todos los pacientes con neumonía comunitaria. Los estudios deben estar guiados por la gravedad de la neumonía, los factores de riesgo epidemiológico y la respuesta al tratamiento empírico.

No se recomienda realizar estudio microbiológico rutinario a los pacientes de bajo riesgo de complicaciones manejados en el ámbito ambulatorio, los cuales evolucionarán favorablemente con el tratamiento antimicrobiano empírico. En pacientes con tos persistente y compromiso de su estado general, infiltrados pulmonares en los lóbulos superiores y/o factores de riesgo epidemiológico (ej: inmigrantes de áreas endémicas, pobreza, hacinamiento, reclusión, alcoholismo, drogadicción, desnutrición, inmunodeficiencia), se recomienda obtener muestras de expectoración para baciloscopias y cultivo de Koch.

El riesgo de complicaciones y muerte de los enfermos hospitalizados por neumonía comunitaria justifica la realización de exámenes microbiológicos básicos (tinción gram y cultivo de expectoración, hemocultivos, cultivo de líquido pleural) que intentarán precisar el agente causal de la infección pulmonar y orientar el tratamiento antimicrobiano específico. El rendimiento de los exámenes microbiológicos básicos y su utilidad clínica en pacientes hospitalizados con neumonía comunitaria ha sido motivo de controversia. A pesar de las limitaciones de sensibilidad y especificidad de los exámenes serológicos, se recomienda obtener muestras de suero pareadas para la pesquisa de patógenos atípicos (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) y una muestra de orina para la detección de *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella pneumophila* en todos los pacientes con NAC grave admitidos a la UCI, en aquellos que no responden a agentes b-lactámicos y en pacientes seleccionados con riesgo epidemiológico específico. La

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



detección de antígenos de virus respiratorios mediante técnicas de inmunofluorescencia directa o biología molecular se recomienda en los períodos epidémicos de otoño-invierno y en los pacientes con riesgo elevado que serán manejados en el hospital". (10)

..
Adicionalmente, se tiene que "la neumonía es una infección que puede afectar uno o ambos pulmones y cuya sintomatología puede variar de leve a grave, incluyendo tos (con o sin mocos), fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. El grado de severidad de la neumonía depende de factores como la edad, el estado de salud general y la causa de la infección.1 Si bien la neumonía puede afectar a personas de todas las edades, los grupos etarios con un mayor riesgo de desarrollar neumonía y de que esta sea grave son los niños de 2 años o menores y los mayores de 65 años.1De hecho, se ha reportado que, en comparación con otros grupos etarios, la tasa global de mortalidad por neumonía más alta ocurre en las personas de 70 o más años, con 261 muertes por neumonía por cada 100 000 personas en 2017 para este grupo etario.2Además, también para 2017, la tasa de mortalidad global por neumonía fue de 15 muertes por cada 100 000 personas.2En Estados Unidos, en 2014 la neumonía fue el diagnóstico principal más común en pacientes hospitalizados (41.2% en pacientes en unidad de cuidados intensivos [UCI] y 36.6% en aquellos en hospitalización general) y las enfermedades respiratorias representaron la causa más frecuente de muerte en pacientes con dos o más visitas previas al servicio de urgencias (36.1%) y la segunda causa más común en aquellos con una visita previa al servicio de urgencias (25.9%).3En Colombia, para 2010 la población de 80 o más años fue el grupo etario con las tasas anuales más altas de consulta y de hospitalización (873 consultas y 100 hospitalizaciones por cada 1 000 personas-año, respectivamente); además, la infección del tracto respiratorio inferior fue la enfermedad con la segunda tasa de incidencia anual más alta (2 232 casos nuevos por cada 100 000 personas)". (11)

..
Con respecto al manejo de los pacientes cuando se encuentran en fase terminal o irreversible de su enfermedad se trae lo que plantea la Ley No. 1733 del 8 de septiembre de 2014, "mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida". (12)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Una vez revisada la historia clínica y la documentación aportada con el oficio de la referencia, para dar respuesta a su solicitud, se hacen las siguientes consideraciones, acorde con la literatura revisada para la fecha de los hechos. El señor Meneses consultó inicialmente en diciembre de 2018 por presentar un año de evolución de dolor en el hombro derecho y en febrero de 2019 por dolor torácico, le hacen estudios y descartan evento coronario agudo, en ambas oportunidades consultó a urgencias del Hospital Susana López de Valencia en Popayán, donde fue valorado, y remitido en las dos oportunidades a valoración por consulta externa de su EPS, esta conducta se corresponde con el manejo esperado para los síntomas registrados en la historia clínica, sin embargo, no se aportó historia clínica de la realización de los dos controles ordenados por consulta externa en 2018 y 2019, se desconocen las causas de este hecho y, por lo tanto, no se puede hacer pronunciamiento sobre esto.

..
La demanda plantea que los síntomas repitieron en marzo y junio de 2019, y que consultó el 10 de julio de 2019 con especialista en neurocirugía, quien sospecha esclerosis mesial temporal izquierda por RMN, fue manejado con "KOPODEX 500 MGCADA 12 HS" y con "RESTRICCIONES: EVITAR DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO", no se aportó esta historia clínica. La demanda plantea que en agosto de 2019 se realizaron otros exámenes, pero tampoco se aportó esa historia clínica. Como se desconocen los registros de estos hechos, por lo tanto, no se puede hacer pronunciamiento sobre esto.

..

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



En septiembre 18 de 2019, el paciente ingresó a urgencias del Hospital Susana López de Valencia en Popayán con 5 días tos seca, escasa flema y 4 días de hemoptisis, no tolerar el decúbito, fiebre alta de 40°C, diagnostican neumonía adquirida en la comunidad con estudios que mostraron infiltrados pulmonares y alteraciones en el hemograma, hacen manejo con ampicilina sódica – Sulbactam. Al día siguiente ante la evolución y los estudios, realizan ajuste al manejo médico con piperacilina tazobactam y vancomicina para ampliar el espectro y por riesgo de falla ventilatoria. El manejo brindado corresponde al manejo esperado para las condiciones clínicas y los resultados de los estudios diagnósticos realizados al paciente. El 19/09/2019 se encuentra registro de retraso en cumplir la orden de cambio de antibiótico por congestión del servicio, pero, se reporta mejoría del dolor. Sin embargo, esta situación no tiene relación con el deterioro del paciente ni el desenlace final.

El 20/09/2019 en urgencias del Hospital Susana López de Valencia en Popayán se encuentra estable pero por persistir hemoptisis ordenan electrocardiograma, reportando signos de bloqueo de rama derecha e hipertrofia ventricular, por lo cual, ordenan ecocardiograma, hemograma, pruebas de coagulación y renales, consideran que tiene hemoglobina en descenso, por lo tanto, ordenan remitir al día siguiente con los resultados de los estudios ordenados para valoración en un nivel superior, el 21/09/2019 al análisis de los resultados consideran que presenta disminución de 2 gramos de hemoglobina, con tos hemoptoica franca, disnea de pequeños esfuerzos, sin deterioro neurológico y remiten preventivamente como urgencia vital a un mayor nivel de atención. Las anteriores conductas se ajustan al manejo esperado para la condición clínica que presentaba el paciente, sin embargo, la remisión como urgencia vital a la clínica Valle del Lili sin registro de haber comentado el paciente con dicha institución, no se ajusta al manejo esperado, pero, esta conducta no generó deterioro del estado del paciente ni tuvo injerencia en el desenlace final.

El 21/09/2019 fue trasladado a la Fundación Valle del Lili en Cali donde reportan congestión en el servicio, le realizan valoración inicial y consideran que presenta estabilidad hemodinámica sin dificultad respiratoria al momento de la valoración, sin sangrado activo solo pintas hemoptoicas con los accesos de tos, deciden que debía ser atendido por su EPS y hay reporte que la EPS autoriza la atención ese mismo día en la Clínica Cosmitet, siendo trasladado por la misma ambulancia que lo transportó desde Popayán, sin registro de complicación clínica del paciente durante el proceso de traslado, su valoración inicial en la Fundación Valle del Lili y en su recepción final en la Clínica Rey David. Las anteriores conductas se ajustan al manejo esperado para el paciente en las condiciones clínicas que presentaba al momento del traslado y de recepción en esa institución de salud en Cali.

Ingresa a la Clínica Cosmitet – Rey David, el 21/09/2019 los médicos internistas concuerdan con los diagnósticos iniciales y con la conducta de toma de nuevos estudios de sangre y de ecocardiograma, reportando el 23/09/2019 el ecocardiograma como "...estenosis mitral severa. área 0.8 cm². GP 20 mmHg. GM 17 mmHg con mayor compromiso del aparato subvalvular (retracción y engrosamiento). rigidez de la h. posterior y apertura en domo de la h. anterior. (no es candidato a valvuloplastia precutanea). I. tricuspide leve. PSP 70 mmHg. cavidades derechas dilatadas con contractilidad conservada del VD. vena cava dilatada..." el 24/09/2019 el cirujano cardiovascular considera "análisis (justificación): paciente con indicación de recambio avicular mitral por estenosis severa pero que en el momento no es candidato a intervención quirúrgica. primero debe resolverse la condición clínica actual y según pronóstico y evolución realizar seguimiento por consulta externa" estas conductas están acordes con el manejo esperado para las condiciones de salud que presentaba el paciente.

Continúa hospitalizado el 24/09/2019 en la Clínica Cosmitet – Rey David y los días subsiguientes, para manejo de la neumonía, del deterioro de su condición respiratoria, de las

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



complicaciones pulmonares y sistémicas múltiples que presentó, además del proceso cardiaco subyacente, le realizan fibrobroncoscopia con biopsias que descartan proceso infeccioso o neoplásico como origen del sangrado, con cultivos múltiples, realizan pruebas de reactividad pulmonar por hemodinamia para ser llevado a cirugía presentando descompensación y manejado en UCI. Con interconsultas y valoraciones por infectología, medicina interna, neumología y otras especialidades. Consideran que la patología cardíaca era la causa de todos los demás procesos presentes en el paciente incluida la hemoptisis, pero que se deben resolver los procesos infecciosos para poder hacer la intervención quirúrgica de su patología valvular, para mejorar la hipertensión pulmonar, con una valvuloplastia percutánea porque el paciente no era candidato a cirugía de reemplazo valvular bajo circulación extracorpórea por presentar hipertensión pulmonar muy severa no reversible, hemorragia pulmonar activa y disfunción ventricular derecha. Estas conductas están acordes con el manejo esperado para las condiciones de salud que presentaba el paciente en ese momento.

..
Permanece hospitalizado en la Clínica Cosmitet – Rey David, pero, presenta neumonía multilobar con alto riesgo de germen resistente, con lesión renal aguda oligúrica AKI III requiriendo terapia de reemplazo renal, asociado evidencian hepatitis aguda con patrón hepatocelular, sospechan que probablemente tiene componente mixto isquémico y por congestión retrograda por la hipertensión pulmonar severa, secundaria a estenosis mitral severa, con dilatación de aurícula izquierda y disfunción ventricular derecha, con presiones pulmonares supra sistémicas. Persiste con evolución tórpida con edema pulmonar cardiogénico, derrame pleural bilateral, choque mixto, falla multiorgánica, con reanimación guiada por parámetros hemodinámicos con catéter de arteria pulmonar, manejo de hipertensión pulmonar con óxido nítrico, en destete de sedación y parámetros de ventilación, no tiene opción de manejo endovascular para valvuloplastia mitral por calcificación subvalvular, alto riesgo de complicaciones perioperatorias, por lo anterior, el 18/10/2019 inician proceso de remisión a IV nivel para manejo quirúrgico de estenosis mitral, por alto riesgo de complicaciones mayores y muerte, continúa manejo en UCI coronaria, en plan de completar esquema de antibióticos. Las anteriores conductas se ajustan al manejo esperado para el paciente en las condiciones clínicas que presentaba en ese momento.

..
Sigue el manejo en UCI y el 26/10/2019 deciden extubar, presenta evolución irregular tendencia a la hipoxemia y requiere ventilación mecánica no invasiva, por hipoventilación izquierda, toman rayos x que reportan con neumotórax izquierdo del 50% realizan por cirugía toracostomía izquierda de urgencias, recibe hemodiálisis con trasfusión glóbulos rojos, con manejo de levofloxacina por stenotrofomona malthofila, con trombocitopenia, por lo que difieren el uso de enoxaparina e inician medidas mecánicas antitrombóticas, buscando mayor estabilidad y superar los procesos infecciosos para recomendar a Fundación Clínica Valle del Lili y definir su traslado para evaluación y manejo. Permanece hospitalizado hasta el 06/11/2019 cuando es remitido en ambulancia medicalizada en ventilación mecánica, estable hemodinámicamente, remisión gestionada por policía nacional, según las notas. El anterior manejo y conductas tomadas se ajustan a lo esperado para las condiciones del paciente en cada momento.

..
El 06/11/2026 ingresa a la Fundación Clínica Valle del Lili, quienes confirman diagnósticos realizados, asociado a septicemia no especificada, colecistitis aguda, falla o dificultad de la intubación, estenosis mitral, úlcera de decúbito, aterosclerosis de las arterias de los miembros, gangrena no clasificada en otra parte, con pronóstico reservado y aparente proceso infeccioso de etiología no clara, sin descartar etiología inmunoreumatológica y/o neoplásica, determinan que presenta una estenosis mitral severa que requiere manejo por parte de cirugía cardiovascular una vez alcanzada la estabilización clínica. Con nuevos estudios ajustan manejo antibiótico por leucocitos de 12,000, plaquetas 14,000, lavado bronco alveolar con crecimiento de Klebsiella pneumoniae betalactamasa espectro extendido, con galactomanam negativo y

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



establecen que el cuadro es muy complejo en relación a su patología valvular cardiaca que hace difícil la interpretación del estado hemodinámico y la atribución total de los síntomas al proceso infeccioso, que posiblemente la condición infecciosa no sea la que prime en el paciente y la disfunción valvular cardiaca sea la responsable de la mayor parte de espectro mórbido, continúan manejo en malas condiciones generales, requiriendo dosis "muy elevadas de vasopresores e inotrópico" con leve estabilización, en manejo con nefrología, medicina interna, cirugía cardiovascular, intensivista, el 14/11/2019 es llevado a cirugía de valvuloplastia mitral vía percutánea, sin reportar complicaciones en el procedimiento. El manejo brindado hasta este momento se ajusta al tratamiento esperado según las condiciones que presentaba el paciente.

.. Posterior a la valvuloplastia presenta disminución ostensible del gradiente transvalvular mitral, persistiendo la hipertensión pulmonar severa con disfunción severa del Ventrículo Derecho, confirmado por inserción de catéter de Swan Ganz e inician óxido nítrico, los días siguientes presenta mejoría de la presión arterial pulmonar, con pérdida por fístula pulmo – pleural, además necrosis de antepié derecho. El 21/11/2019 le realizan traqueostomía vía percutánea, sin reporte de complicación y el 26/11/2019 ortopedia considera que la necrosis seca de artejos de pie derecho posiblemente no es causa de su bacteriemia, pero, que se requiere la amputación con colgajo cerrado y curetaje óseo, la cual se realiza el 27/11/2019. Lo anterior, está acorde con el manejo médico esperado para los diagnósticos y condiciones que presentaba el paciente en ese momento.

.. Ante evolución tórpida le realizan lavado peritoneal el 14/12/2019 describen líquido turbio y sangrado reciente en el lecho vesicular. El 19/12/2019 diagnostican choque mixto séptico/cardiogénico, falla orgánica múltiple, hipertensión pulmonar severa, neumonía multilobar, neumotórax bilateral, estenosis mitral severa resuelta, epilepsia, fístula broncopleural bilateral, úlcera por presión sacra GIII, necrosis seca del pie derecho, bacteriemia persistente por Klebsiella Pneumoniae KPC, fue llevado a colecistitis acalculosa resuelta el 02/12/2019 y peritonitis terciaria posterior a colecistectomía como procedimiento abdominal de alta complejidad, llevado a laparoscopia diagnóstica el 13/12/2019, descartan foco en vísceras abdominales. El mismo 19/12/2019 es llevado a resección pulmonar en cuña por toracoscopia por presentar absceso pulmonar, encontrando absceso roto a la cavidad pleural en el lóbulo superior y medio, con compromiso de la cisura con exposición de un bronquio subsegmentario que fugaba aire continuamente, con absceso en el lóbulo inferior roto hacia el diafragma y que estaba contenido por un proceso adherencial severo del pulmón a la pared torácica y al mediastino en el lóbulo superior y medio. Estas conductas tomadas se encuentran acordes con el manejo médico esperado, no se reportaron complicaciones en los procedimientos ni durante su atención.

.. El 21/12/2019 continúa hospitalizado con deterioro del estado general y en el plan diagnóstico plantean adicionalmente polineuropatía del paciente crítico, desacondicionamiento físico severo, deposiciones diarreicas, Infección por Clostridium descartada, hemorragia de vías digestivas altas – úlcera duodenal, anemia aguda secundaria, trastorno de coagulación, terapia de reemplazo renal, bacteriemia por germen MDR, con múltiples complicaciones secundarias, con choque refractario. Por presentar melenas, realizan nueva endoscopia que reporta úlcera previamente descrita duodenal, realizan electró fulguración con pulsos de argón plasma, por déficit de factores de la coagulación transfunden de 6 u de crioprecipitado y 1 aféresis adicional de plaquetas. El manejo brindado en estas condiciones reportadas corresponde al manejo esperado, no se encuentran registros de complicaciones o dificultades durante los procedimientos o atenciones.

.. 22/12/2019 durante la hospitalización evidencian deterioro, continúa con los diagnósticos ya registrados y reportan que tiene úlcera sacra está en malas condiciones, que se encuentra en

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



curaciones por terapia enterostomal, con sistema VAC sin mejoría, con tubo de tórax con drenaje de líquido hemático, reportan que por mala evolución y pronóstico vital se decide en la ronda de la mañana limitar el esfuerzo terapéutico y que comentan el caso con el familiar, quien está de acuerdo con la conducta, que le explican las complicaciones y el posible desenlace final de fallecimiento. El manejo brindado en esta etapa corresponde al manejo esperado para las condiciones de salud del paciente.

Finalmente, el 23/12/2019 registran que presenta múltiples complicaciones de neumonía necrotizante y estenosis mitral severa, asociado a falla respiratoria, insuficiencia renal aguda, bacteriemia por *K. Pneumoniae* MDR (multidrogorresistente), shock distributivo refractario al tratamiento, colecistitis aguda, necrosis isquémica de antepié derecho, desacomodamiento físico severo, escara sacra por decúbito, hemorragia digestiva secundaria a úlcera duodenal, fistula broncopulmonar bilateral, empiema pulmonar, con amputación de antepié derecho, desbridamiento de úlcera sacra, colecistostomía y posterior colecistectomía laparoscópica, endoscopia de vías digestivas altas más escleroterapia y argón plasma de úlcera duodenal, terapia transfusional, soporte dialítico, soporte vasoactivo en altas dosis, toracotomía drenaje de empiema, decorticación pleural y resección en cuña de pulmón derecho. Realizan cubrimiento antibiótico de amplio espectro, por condición crítica, inicialmente con respuesta a terapias instauradas, sin embargo, con deterioro progresivo ante repetidas injurias, con severa repercusión en la condición general y falla para prosperar. Por lo cual, decidieron limitar el esfuerzo terapéutico, con medidas paliativas y de confort e informan que la familia se encontraba enterada de la situación y en proceso de duelo, que le resuelven dudas a familiares. El paciente presenta deterioro progresivo de los signos vitales y fallece el 23/12/2019 a las 14:46, con causa muerte por choque séptico refractario, con diagnóstico de alta por muerte por septicemia no especificada. Las anteriores conductas están acordes con el manejo esperado para las condiciones de salud que presentaba el paciente en ese momento.

En suma, los manejos brindados por las diferentes instituciones de salud que atendieron al señor Meneses, se ajustan al manejo esperado para los diferentes diagnósticos y condiciones de salud que presentó durante todo su proceso de enfermedad. Por otro lado, para este análisis no se aportaron los registros de historia clínica que se describieron al inicio del análisis y discusión, por lo tanto, no es posible hacer pronunciamiento alguno sobre dichas atenciones médicas si las hubo. Con lo anterior, respecto a las historias clínicas aportadas, se determina que no existe correlación médica entre la atención en salud brindada en las tres instituciones de salud donde consultó y la producción de la muerte. Se establece, acorde con los registros de la historia clínica 1244816 de la Fundación Clínica Valle del Lili, que el paciente falleció el 23/12/2019 a las 14:46, con causa de muerte por choque séptico refractario, con diagnóstico de alta por muerte por septicemia no especificada, estos diagnósticos son apropiados para la condición de salud y la evolución médica del paciente, descrita en la historia clínica aportada.

CONCLUSIÓN

Según lo plasmado en la historia clínica y en la documentación recibida, desde el ámbito médico forense general, se puede establecer que la atención en salud brindada fue adecuada a la atención esperada para el caso analizado. Se conceptúa que la atención en salud brindada fue adecuada a la atención esperada para norma de atención de neumonía adquirida en la comunidad y estenosis mitral severa, como las condiciones iniciales que generaron toda la cadena de eventos y complicaciones de sus patologías de base. Tampoco, se encontraron situaciones en el resto de la atención médica, que tuvieran repercusión negativa en el desenlace fatal. La causa de muerte se estableció, según los registros de la historia clínica de Edhier Fabiany Meneses Cajas, como choque séptico refractario producido por una septicemia no especificada. Se determina que no se encuentra relación de causalidad médica, entre la atención en salud prestada y la producción de la muerte. Se desconoce si el paciente consultó

CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALCA-DSVA-03675-2025



y si se le brindó atención por consulta externa para la realización de los dos controles médicos ordenados por los médicos de urgencias del Hospital Susana López de Valencia en Popayán, para asistir por consulta externa en 2018 y 2019, por lo cual, no se puede hacer un pronunciamiento al respecto. Se realiza en la parte final de este informe la respuesta a las preguntas del cuestionario enviado.

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

1. Determine cuáles fueron las causas reales de la muerte de acuerdo a la historia clínica.

Respuesta: ver los apartados de análisis y discusión, además de conclusiones.

2. Determine si los diagnósticos consignados en las historias, eran o no los correctos que presentaba el hoy fallecido de acuerdo a su historia clínica.

Respuesta: ver los apartados de análisis y discusión, además de conclusiones.

3. Indique cuál considera era el diagnóstico acertado y tratamiento médico a seguir por el hoy fallecido.

Respuesta: ver los apartados de análisis y discusión, además de conclusiones.

4. Determine si la atención médica, el nivel de complejidad de las entidades que atendieron al hoy fallecido, estaban en condiciones de brindarle los tratamientos médicos que requería el hoy fallecido o requería uno más especializado y de qué nivel.

Respuesta: ver los apartados de análisis y discusión, además de conclusiones.

5. Determine si el tiempo que duró su tratamiento influyó en las patologías que se desarrollaron en el transcurso y que finalmente le ocasionaron la muerte.

Respuesta: ver los apartados de análisis y discusión, además de conclusiones.

6. Determine cuál era el procedimiento médico que se debía seguir y duración en tiempo, para atender la patología presentada por el hoy fallecido.

Respuesta: ver los apartados de análisis y discusión, además de conclusiones.

7. Determine si los médicos y/o personal que brindó atención médica al hoy fallecido eran los idóneos para la prestación del servicio.

Respuesta: la idoneidad del personal de salud debe consultarse a las instituciones que emitieron los respectivos títulos universitarios y a las secretarías de salud departamentales y/o municipales que otorgaron los correspondientes registros médicos.

8. Determine si los medicamentos brindados al hoy fallecido eran los correctos para tratar su patología.

Respuesta: ver los apartados de análisis y discusión, además de conclusiones.

Comentarios: El presente informe se basa únicamente en el análisis de la documentación aportada desde el enfoque forense médico general de la atención como se informó en los oficios UBCALCA-DSVA-09795-C-2023UBCALCA-DSVA-09807-C-2024UBCALCA-DSVA-09814-C-2024UBCALCA-DSVA-12300-C-2024, UBCALCA-DSVA-06850-C-2024. No se regresan documentos por haberlos recibidos por vía electrónica.

Atentamente,



CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE