



Medellín, julio 16 de 2024

Señores

HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.

E. S. M.

JUZGADO: JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DE CALI
REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA / RADICADO 2022-00086 00
DEMANDANTE: KELLY JOHANNA CEBALLOS HERNÁNDEZ Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E. Y OTROS
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en el proceso de la referencia. Dicho dictamen es rendido por el CENDES – dependencia adscrita a la Facultad de Derecho de la Universidad CES (<https://www.ces.edu.co/centros-de-servicio/centro-de-estudios-en-derecho-y-salud-cendes/>) – a través del doctor Jovanny Garcés Montoya, Médico, Especialista en Medicina de Urgencias CES, Docente, Instructor en Reanimación Cerebrocardiopulmonar UCC Medellín, Jefe del postgrado de medicina de urgencias UCC y Perito CENDES. Este dictamen puede ser aclarado o complementado si la solicitud se hace dentro de los 15 días siguientes a su entrega, en cuyo caso el número máximo de preguntas serán 10.

Para el caso de la referencia, la entrega del dictamen escrito tiene un valor de 2,5 smlmv. Por otro lado, en caso de requerirse la sustentación en audiencia virtual, se deberá cancelar un valor adicional de tres (3) smlmv. En caso de programarse la contradicción de la prueba, se nos debe notificar por medios electrónicos (CGIRALDOR@CES.EDU.CO; SMARIN@CES.EDU.CO ; LTORO@CES.EDU.CO PCENDES@CES.EDU.CO), mínimo con un mes de antelación a la diligencia. De requerirse asistencias adicionales del perito, por conductas no imputables a la Universidad, cada comparecencia tiene un costo adicional de tres (3) smlmv.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que rinde el dictamen pericial.

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES



Medellín, julio 16 de 2024

Señores

HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.

E. S. M.

JUZGADO: JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DE CALI
REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA / RADICADO 2022-00086 00
DEMANDANTE: KELLY JOHANNA CEBALLOS HERNÁNDEZ Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E. Y OTROS
ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial requerido para el proceso de referencia.

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico Especialista en Medicina de Urgencias CES
Docente, Instructor en Reanimación Cerebrocardiopulmonar UCC
Perito CENDES

Dirección de contacto: cgiraldor@ces.edu.co – smarin@ces.edu.co

Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia

Teléfono: 604 444 05 55 ext. 1601 – 1106

De acuerdo con el Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro. No me encuentro incurso en causal de exclusión de la lista de auxiliares de la justicia por el Consejo Superior de la Judicatura.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Expreso que en los últimos diez (10) años no he realizado publicaciones relacionadas con la materia del peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi



profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.

- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente a la menor MARÍA GREICY COBO CEBALLOS (Q.E.P.D)

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Se realiza análisis de la historia clínica basado en la evidencia aportada por el CENDES para realizar un análisis imparcial de la atención médica acorde a los protocolos vigentes para la fecha de atención de la paciente.

TRIAGE del 13/04/2020: 11:14 a.m.:

Paciente de 1 Año

Motivo de consulta: *“tiene fiebre y tos”*

Enfermedad actual: *Paciente acompañada de su abuela refiere cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en fiebre subjetiva tos seca e inapetencia.*

No tiene antecedentes reportados en la historia.

Signos vitales:

Frecuencia cardiaca: 130 l/min, Frecuencia respiratoria: 25 r/min, temperatura: 36.0°C, Peso: 7.0 kg, saturación O2:98.0%, estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, No se registra presión arterial

Al examen positivo reportan:

Orofaringe congestiva

Cardiopulmonar: normo expandible, corazón rítmico, pulmones bien ventilados.

Plan:

Paciente con historia descrita, clínicamente estable, cursa con proceso viral respiratorio alto, en el momento sin dificultad para respirar, normo ventilada, se considera manejo ambulatorio.

Salida Fecha y hora de egreso: 13-Abr-2020 11:37 a.m.

Formula y recomendaciones:

Acetaminofén 4 cc cada 8 horas por 3 días

Cetirizina 9 gotas día por 3 días

Reposo en casa

Evitar cambios bruscos de temperatura,

Hidratación

Signos de alarma

Evolución del 14/04/2020 05:05 a.m.: 1 Año

Madre ingresa con su hija en brazos refiere que desde horas de la mañana ha estado con tos dificultad para respirar estuvo en la mañana en urgencias acá en el hospital se mandó para ser valorada por medico sintomático respiratorio por posible covid 19, refiere la madre que la niña fue enviada para su casa, siendo las 04:30 madre ingresa con su hija en brazos, sin signos vitales se realizan maniobras de reanimación por 15 minutos paciente sin respuesta pupilar ni corneana no signos vitales, se realiza valoración completa, paciente con livideces en región dorsal, no es claro cuánto tiempo llevaba en paro cardiorrespiratorio, se observa deshidratada, frialdad y rigidez en pierna y pies, no es claro diagnóstico de la paciente, se sospecha desde horas de la mañana que fuera posible covid 19, se inicia protocolo para toma de muestras de



covid. se declara muerte a las 04:55 no alcanzo manejo por especialista de pediatría en el protocolo de reanimación

Notas de enfermería del 14/04/2020 07:24 a.m.:

Paciente que ingresa al servicio de urgencias sin signos vitales, se inician maniobras de reanimación básicas y avanzadas, se realiza llamado en repetidas ocasiones al pediatra de turno, se le brinda equipo de bioseguridad para que paciente sea valorada pero el se niega a realizar valoración ya que dice que el no se va a exponer, sin embargo el personal médico y enfermería de urgencias continúa con protocolo hasta que a las 4:55 am se declara fallecimiento del paciente, se toma muestra de isopado nasofaríngeo por ser sospecha de covid 19

Nota para solicitar orden de necropsia:

Paciente de 1 año de edad con hora de deceso establecida ya previamente y cuadro clínico descrito, recibo el llamado del Dr Andres Burgos el cual solicita cargar orden de necropsia.

14/04/2020

PCR para SARSCOV 2 negativa.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

Después de revisar la historia clínica aportada por el CENDES, se hace un análisis clínico de esta a la luz de la evidencia disponible para la fecha de la atención y las guías nacionales e internacionales para la probable patología que presentaba la paciente.

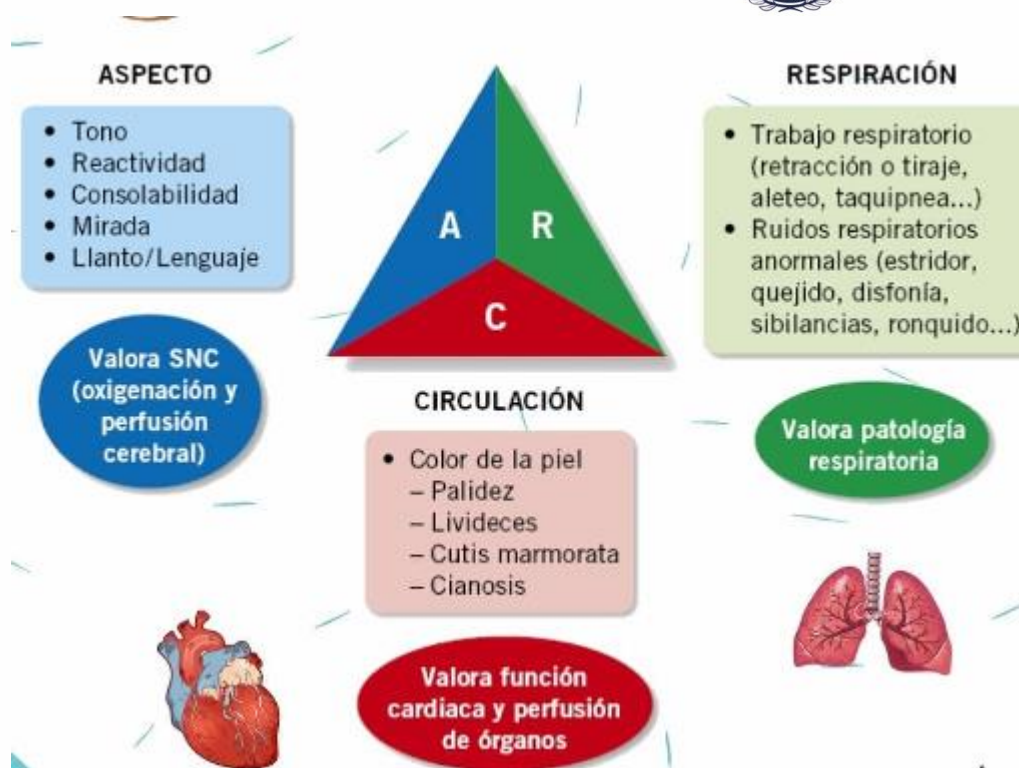
Por lo que se registra en la historia clínica y los síntomas narrados por la abuela y el personal médico de la primera consulta podríamos decir que la paciente es llevada por un síndrome febril en menor de 2 años con posible foco respiratorio.

Para la edad y el momento epidemiológico se debería pensar por lo menos en 3 patologías como origen de los síntomas: Faringoamigdalitis aguda (resfriado común), neumonía y CRUP, siendo las 2 primeras posibilidades la de mayor relación a los síntomas. El CRUP, se considera muy poco probable por la edad, la ausencia de ronquera como síntoma principal, así mismo como la ausencia de estridor o trabajo respiratorio severo. Se enfocará la correlación clínica y médico legal a la faringoamigdalitis aguda y la neumonía en el menor de 2 años.

Para comenzar, cuando enfocamos a un paciente pediátrico en urgencias, la primera valoración que se hace de su estado clínico es el triángulo de evaluación pediátrica.

Es una herramienta rápida y tremendamente útil para la valoración inicial del paciente pediátrico. Es de fácil aplicación, puesto que no requiere de fonendoscopio, otoscopio o cualquier otra herramienta, más allá de la visión y la interpretación del médico.

Se deja a continuación el triángulo de evaluación pediátrica (TEP):



Según la historia clínica aportada, la paciente en mención no tenía trabajo respiratorio, no estaba con alteración del sensorio y no se describen signos de hipoperfusión, por lo que de entrada por lo menos con la aplicación el TEP no se apreciaban signos de enfermedad o patología grave.

Ya después al describir el examen físico se encuentra orofaringe congestiva como único hallazgo patológico. No había ruidos pulmonares sobreagregados, trabajo respiratorio ni taquipnea.

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de la mucosa del área faringoamigdal, con presencia de eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas. Es una de las enfermedades más frecuentes en la infancia y adolescencia y la tercera causa de consulta en la práctica pediátrica. La etiología más frecuente es vírica. Entre las causas bacterianas, *Streptococcus pyogenes* es el más frecuente, siendo responsable de un 5-40% de todos los casos en función de la edad. El interés principal del diagnóstico es identificar aquellas faringoamigdalitis causadas por el estreptococo β -hemolítico del grupo A, por el riesgo de complicaciones supurativas y no supurativas, y para optimizar el uso de antibióticos.

La FAA en niños y adolescentes está causada por una gran variedad de agentes patógenos, con una frecuencia que varía según edad, estación del año y área geográfica. En un 12-30% de los casos, según los estudios, no se identifica un agente causal, a pesar de utilizar técnicas moleculares.

La mayoría de las FAA son víricas en todos los grupos de edad, pero cobran especial relevancia en los menores de tres años. Entre los coronavirus, adquiere especial relevancia el SARS-CoV-2 por la situación de pandemia iniciada en 2019. El dolor de garganta y el eritema faríngeo ocurren en casi la mitad de los niños sintomáticos con infección por SARS-CoV-2. Puede acompañarse a menudo de fiebre, tos, congestión nasal, cefalea y, con menos frecuencia, diarrea, vómitos y disnea. Por lo general, todos ellos presentan una evolución benigna y autolimitada. Resaltando que para ese momento las infecciones por SARS-CoV2 en los pacientes menores de 5 años eran leves o asintomáticas y no tenían ninguna relación a lo evidenciado en cuestión de gravedad que si se presentaba en los adultos. La mayoría de casos de neumonía severa

asociadas a la infección por SARS-CoV2 en menores de 5 años se presentó al final de la pandemia o en el periodo postpandemia.

Entre las causas bacterianas, el estreptococos hemolítico del grupo B, es el responsable del 20-40% de las FAA que se observan en niños de entre 3 y 13 años, del 5-10% en niños de entre dos y tres años y solo del 3-7% en menores de dos años. La paciente del caso en mención tenía menos de 2 años, no tenía exudados, ni úlceras, ni signos de gravedad por lo que lo más probable es que tuviese una infección viral.

En menores de tres años, la FAA bacteriana es menos frecuente y se manifiesta de un modo distinto. El inicio suele ser insidioso, con inflamación faringoamigdalar, congestión nasal y rinorrea persistente, fiebre moderada, adenopatía cervical anterior dolorosa, inapetencia y, en ocasiones, lesiones impetiginizadas en narinas y otitis media aguda. A este complejo de síntomas se le conoce con el nombre de fiebre estreptocócica, nasofaringitis estreptocócica o estreptococosis, clínicamente difícil de distinguir de las infecciones virales, tan frecuentes en este grupo de edad. En lactantes, menores de un año, la irritabilidad, la disminución del apetito y la febrícula pueden ser síntomas de una infección por *S. pyogenes* en un contexto epidemiológico adecuado (hermanos mayores o contactos de guardería con infección por estreptococos), lo que por historia clínica no estaba presente en este caso.

El diagnóstico de esta enfermedad es clínico, no requiere de laboratorios a menos de que se tenga una sospecha alta de infección por *Estreptococos* del grupo B. Describo a continuación un cuadro comparativo de ambas etiologías por la sociedad española de infectología pediátrica.

Sugestivos de infección por EbhGA	Sugestivos de infección vírica
Dolor de garganta de comienzo brusco	Conjuntivitis
Odinofagia	Rinorrea
Fiebre	Afonía
Exantema escarlatiniforme	Tos
Cefalea	Diarrea
Náuseas, vómitos, dolor abdominal	Exantemas o enantemas característicos de síndromes víricos
Eritema	Hepatoesplenomegalia
Exudados faringoamigdalares	Adenopatías generalizadas
Petequias en el paladar blando	Sugestivos de complicaciones de faringitis
Pequeñas pápulas eritematosas y anulares, con centro pálido (lesiones "dónut"), en paladar blando y/o duro	Disfagia
Úvula roja y edematosa	Estridor
Adenopatías cervicales anteriores, aumentadas de tamaño (> 1 cm) y dolorosas	Babeo
Edad: 5-15 años	Disfonía progresiva
Presentación en invierno o principios de la primavera (en climas templados)	Tumefacción marcada del cuello
Historia de exposición a enfermos con FAA en las 2 semanas previas	Dificultad respiratoria
En < 3 años, eritema e inflamación faringoamigdalar, rinitis seromucosa, fiebre moderada, adenopatía submaxilar dolorosa al tacto y en ocasiones lesiones impetiginizadas en narinas y OMA	Pseudomembranas faríngeas
	Inestabilidad hemodinámica
	Viaje o exposición a individuos de regiones con difteria endémica
	Falta de inmunización frente a difteria

Tomado de: Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. *Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Protoc diagn ter pediatr.* 2023;2:51-79

Con respecto al tratamiento, en infecciones víricas no está indicado el uso de antibióticos, el tratamiento en ausencia de complicaciones o signos de enfermedad grave es ambulatorio y solo requiere tratamiento sintomático y síntomas de alarma.

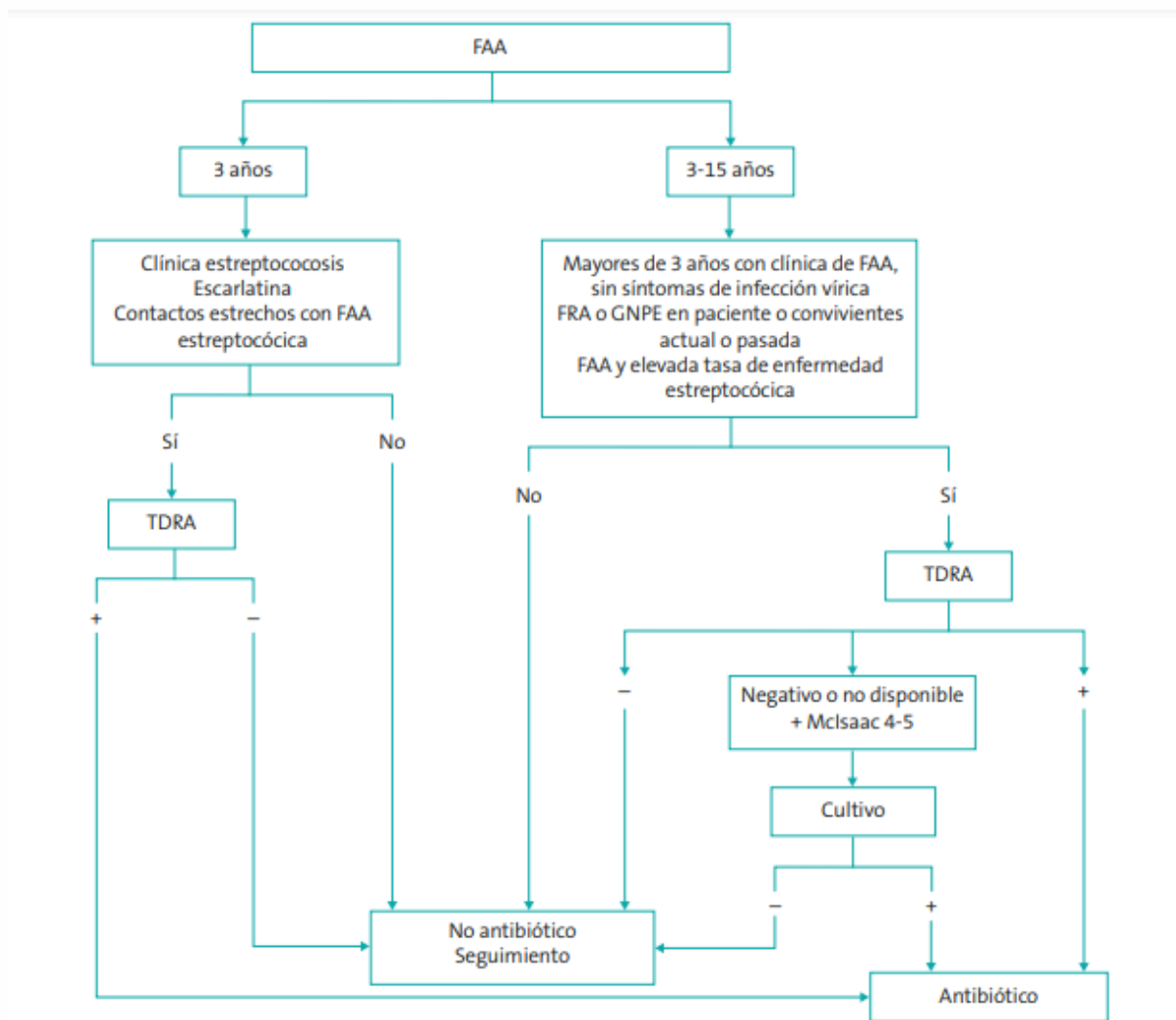
Según la historia clínica descrita la paciente no tenía criterios de tratamiento antibiótico ni otras intervenciones si hablamos de FAA.

Tabla 8. Criterios para iniciar tratamiento antibiótico en la FAA

- Casos confirmados mediante TDRA o cultivo
- Casos de alta sospecha de origen bacteriano de la FAA (4-5 puntos de los criterios de McIsaac), en caso de TDRA negativo o no disponibilidad de la prueba y a la espera de los resultados del cultivo
- Presencia de un cuadro de FAA en el contexto familiar cuando se ha confirmado el origen estreptocócico en alguno de los convivientes, con independencia de los resultados de las pruebas microbiológicas
- Aunque es excepcional en nuestro medio, si existen antecedentes de FRA en el niño o en algún familiar conviviente

FAA: faringoamigdalitis aguda; **TDRA:** técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico; **FRA:** fiebre reumática aguda.

Algoritmo diagnóstico y terapéutico de la faringoamigdalitis aguda en pediatría



Tomado de: Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;2:51-79

Neumonía:

Esta es la otra patología que debe ser tomada en cuenta en el análisis de este caso. Se define como neumonía a la infección del tracto respiratorio inferior que afecta las vías aéreas y el parénquima, con consolidación de los espacios alveolares, signos y síntomas respiratorios agudos (menores de 15 días) causado por proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar. Hace parte de las patologías respiratorias más frecuentes en la infancia. Para su análisis tendremos en cuenta las recomendaciones



del ministerio de salud y protección social a través de las recomendaciones de la guía AIEPI (atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia para personal de salud).

La etiología de la neumonía no es fácil de precisar, de hecho es difícil demostrar la causa microbiológica precisa, se debe tener en cuenta la edad para aproximación causal, así como un uso racional de pruebas diagnósticas, pues no existe un patrón de oro. Los menores de 2 años, por lo general tienen infecciones por gérmenes atípicos o de origen viral en la gran mayoría de los casos, las infecciones bacterianas son poco frecuentes, por lo general se presentan como sobreinfección a un cuadro viral previo con un tiempo de evolución más larvado (por encima de 1 semana). La paciente del caso en mención según la historia tenía 3 días de evolución.

Etiología de la neumonía en pacientes pediátricos:

Pathogens	Neonates	Infants	Children <5 years	Children > 5 years
Viruses	Herpes simplex virus Enteroviruses Adenovirus Mumps Congenital rubella Cytomegalovirus	Cytomegalovirus (CMV)** Respiratory syncytial virus Parainfluenza Influenza Adenovirus Metapneumovirus	Respiratory syncytial virus Influenza A and B Parainfluenza viruses, usually type 3 Adenovirus serotypes (1, 2, 3, 4, 5, 7, 14, 21, and 35) Human metapneumovirus Rhinovirus Coronaviruses (including the severe acute respiratory syndrome virus and the New Haven coronavirus) Human bocavirus Human parechovirus types 1, 2, and 3	• Respiratory viruses • Rare causes of pneumonia: ○ Coronavirus ○ Varicella-zoster ○ Epstein-Barr virus ○ Mumps
Bacteria	Group B streptococci Gram-negative enteric bacteria Ureaplasma urealyticum Listeria monocytogenes Chlamydia trachomatis Streptococcus pneumoniae Group D Streptococcus Anaerobes	Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae Mycoplasma pneumoniae Mycobacterium tuberculosis Chlamydia trachomatis** Mycoplasma hominis** Ureaplasma urealyticum** Bordetella pertussis	Streptococcus pneumoniae H influenzae type b Nontypable H influenzae Moraxella catarrhalis Staphylococcus aureus (including CA-MRSA) Streptococcus pyogenes Mycobacterium tuberculosis	Streptococcus pneumoniae Mycoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae Mycobacterium tuberculosis Chlamydia psittaci Coxiella burnetii Klebsiella pneumoniae Legionella Streptococcus pyogenes Brucella abortus

Tomado de: *Pneumonia*, Rani S. Gereige, MD, MPH,* Pablo Marcelo Laufer, MD, *Pediatrics in Review* Vol.34 No.10 October 2013.

Clínica: Los signos y síntomas pueden ser inespecíficos, sutiles y variados (edad, patógenos), la fiebre y tos son los principales. La taquipnea, dificultad respiratoria son parámetros para buscar para el diagnóstico de neumonía según la OMS y la estrategia AIEPI. *Mycoplasma* y *Chlamydia pneumoniae* pueden estar asociadas con manifestaciones extrapulmonares.

Signos y síntomas de neumonía típica:

Disnea, tos húmeda, dolor de pecho, dolor abdominal, irritabilidad, astenia, adinamia. Taquipnea, tiraje subcostal, fiebre, crépitos, disminución del murmullo vesicular, pectoriloquia, broncofonía, taquicardia, apariencia tóxica.

Signos y síntomas neumonía atípica:

Tos constante no productiva a leve (75% -100%), escalofríos, faringitis (6% -59%), rinorrea (2% -40%), otalgia (2% -35%).

Síntomas extrapulmonares: Anemia hemolítica, brote maculopapular eritematoso, poliartritis.

El enfoque clínico lo hacemos basados en los síntomas, signos, historia y la estrategia AIEPI, donde la taquipnea es tal vez el hallazgo más importante para el diagnóstico de neumonía y así mismo de la gravedad de esta.



1. Evalué signos generales de peligro:

Uno de los siguientes signos: ▪ No puede beber o tomar el pecho ▪ Vomita todo ▪ Convulsiones ▪ Letárgico o inconsciente	ENFERMEDAD MUY GRAVE	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de Estabilización y transporte "REFIERA" ➤ Completar de inmediato la evaluación y el examen físico ➤ Administrar oxígeno ➤ Evaluar y clasificar la convulsión según el capítulo EPILEPSIA e inicie el plan de manejo adecuado
--	-----------------------------	--

2. Evalué la taquipnea y clasifique la enfermedad:

SI EL NIÑO TIENE:	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA:
Menos de 2 meses	60 respiraciones o más por minuto
2 a 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años:	40 respiraciones o más por minuto.

Uno de los siguientes signos: ▪ Cualquier signo general de peligro ▪ Tiraje subcostal ▪ Saturación de O₂ al aire ambiente <92% (o <90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm)	NEUMONÍA GRAVE	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA" ➤ Administrar oxígeno ➤ Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado ➤ Tratar la fiebre ➤ Si hay neumonía severa que requiere UCI descarte VIH
▪ Respiración rápida	NEUMONÍA	➤ Dar un antibiótico apropiado ➤ Tratar la fiebre ➤ Aliviar los síntomas (obstrucción nasal y tos) con aseo nasal y bebidas endulzadas ➤ Enseñar a la madre a cuidar el niño en casa ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para volver de inmediato. ➤ Hacer consulta de seguimiento 2 días después ➤ Enseñar medidas preventivas específicas ➤ Si hay neumonía a repetición (más de 2 al año) siga recomendación de protocolo de VIH
▪ Tos y ninguno de los signos anteriores	TOS O RESFRIADO	➤ Tratar la fiebre ➤ Aliviar los síntomas (obstrucción nasal y tos) con aseo nasal y bebidas endulzadas ➤ Enseñar a la madre a cuidar el niño en casa ➤ Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Si no mejora, consulta de seguimiento 5 días después ➤ Si hace más de 21 días que el niño tiene tos, evalúelo según el cuadro de clasificación de Tuberculosis.

La saturación de oxígeno es un parámetro de evaluación importante, se ha documentado como factor de riesgo de muerte en países en desarrollo. Se debe realizar en todo paciente con sospecha de neumonía y ayuda a definir severidad y necesidad de hospitalización. El niño debe estar tranquilo, la señal debe ser buena durante 30 segundos con equipo adecuado. Según el caso en mención la paciente no tenía desaturación ni apariencia tóxica ni tampoco taquipnea. La frecuencia cardiaca esperada para esa edad fluctúa entre 80 y 140 l/min, el único hallazgo positivo es que el peso que describen en la historia clínica es de 7 kg y el esperado para la edad sin tener la talla de la paciente era entre 7.5 y 8.2 kg aproximadamente, sin embargo este no es un criterio de severidad ni contribuye de manera directa a la muerte de la paciente.

También es de resaltar que el síntoma fiebre según la estrategia AIEPI debe ser evaluado para estimar la gravedad como vemos a continuación:

Uno de los siguientes signos: • Edad < 3 meses y fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Edad 3 a 6 meses y fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ sin foco aparente • Cualquier signo general de peligro • Rigidez de nuca • Aspecto tóxico o apariencia de enfermo grave para el profesional • Ninguna respuesta al estímulo social • Piel pálida, moteada, ceniza o azul • Manifestaciones de sangrado • Rash o eritema que no cede a la presión • Manifestaciones focales de otras infecciones graves (celulitis extensa, artritis, etc.)	ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO	➢ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA" ➢ Administrar la primera dosis de un antibiótico adecuado ➢ Tratar la fiebre ➢ Tratar las convulsiones ➢ Prevenir la hipoglicemia ➢ Garantizar adecuada hidratación ➢ Administrar oxígeno
Uno de los siguientes: • Fiebre por 5 días o más • Edad entre 6 meses y 2 años con fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ sin foco aparente • Respuesta inadecuada al estímulo social: no sonrisa, disminución de actividad, se despierta cuando se estimula	ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO	➢ Realizar Hemograma y Parcial de Orina, si no es posible referir. ➢ Hemograma: >15.000 leucocitos o >10.000 neutrófilos, tratar como ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO ➢ Hemograma: <4000 leucocitos o <100.000 plaquetas REFERIR ➢ Parcial de orina compatible con infección urinaria (pielonefritis) REFERIR. ➢ Tratar la fiebre ➢ Asegurar adecuada hidratación por vía oral ➢ Si ha tenido fiebre más de 7 días REFERIR ➢ Hacer consulta de seguimiento en 2 días ➢ Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato
• Fiebre y no tiene signos para clasificarse en ninguna de las clasificaciones anteriores	ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO BAJO	➢ Tratar la fiebre ➢ Asegurar adecuada hidratación por vía oral ➢ Hacer consulta de seguimiento en 2 días si persiste la fiebre ➢ Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato ➢ Enseñar medidas preventivas específicas

Como se puede apreciar según la historia clínica aportada la paciente no tenía criterios de enfermedad crítica o necesidad de paraclínicos en la evaluación realizada, pues no era menor de 3 meses, no tenía fiebre, evolución mayor a 5 días, ni signos de gravedad al momento de la consulta.

Diagnóstico de neumonía:

Con respecto al diagnóstico de neumonía, es clínico según la estrategia AIEPI, pero existen algunas ayudas diagnósticas que se utilizan según el grado de severidad.

Radiografía de tórax:

No es de uso rutinario, sirve para diagnóstico diferencial y evaluar extensión de la enfermedad, si hay consolidación es altamente confiable de neumonía:

• VPP del 45% • VPN del 83% • Sensibilidad 74% • Especificidad del 67%.

Está indicada cuando tenemos:

- Enfermedad grave, hipoxemia o dificultad respiratoria.
- Hallazgos clínicos no concluyentes.
- Para diagnósticos diferenciales (cuerpo extraño, enfermedad cardíaca).
- Fiebre prolongada o fiebre sin foco con leucocitosis.
- Empeoramiento de los síntomas a pesar del tratamiento (derrame para neumónico, neumotórax).

**Hemograma:**

El hemograma completo no se hace rutinario, sin embargo, aunque el hemograma no es suficiente para diferenciar con certeza entre causa viral o bacteriana, se debe realizar en el paciente hospitalizado para tener un parámetro de base, en caso de deterioro o mejoría. Debemos tener en cuenta en este examen:

Leucocitosis >15.000 (S: 65% y E:79%) para neumonía bacteriana, y leucocitosis-leucopenia: tiende a ser más de neumonías virales o atípicas.

Hemocultivos:

Positivos sólo en 10-12% (Con derrame pleural 30-40%), tiene gran valor en la identificación, deben realizarse en: Pacientes con evolución desfavorable, formas graves de neumonía, sospecha de gérmenes resistentes.

Proteína C reactiva (PCR):

Si la PCR es mayor de 8 mg/dL se relaciona con neumonía bacteriana con una S: 26% y E: 83%). Lamentablemente no se altera precozmente y sólo se eleva significativamente cuando la enfermedad ya es evidente por parámetros clínicos.

Indicaciones para hospitalizar el paciente con neumonía:

- Edad < 3-6 meses.
- Apnea, dificultad respiratoria.
- Taquipnea: Frecuencia respiratoria > 70 en < de 1 año y >50 en el > de 1 año.
- Hipoxemia < 90-92%.
- Aspecto tóxico, no come, deshidratado.
- Fracaso de la terapia ambulatoria (48-72 horas sin respuesta), bronco obstrucción que no cede a los broncodilatadores.
- Neumonía complicada: derrame, absceso, empiema.
- Enfermedad subyacente general, respiratoria o cardíaca.
- Prematurez o apnea como antecedente.
- No adecuado cuidado familiar.

Por lo evaluado en la historia clínica tampoco encuentro criterios de hospitalización en la paciente.

Tratamiento:

- Medidas generales: Continuar alimentación, permeabilizar fosas nasales con suero fisiológico, tratar la fiebre si es mayor a 38.5°C (acetaminofén). No suministrar antitusivos, expectorantes, mucolíticos, sedantes, sustancias oleosas, ni vaporizadores.

- Oxigenoterapia para obtener una saturación mayor de 92%

- La neumonías virales no requieren tratamiento antibiótico

- Tratamiento antibiótico ambulatorio en caso de que este indicado:

Amoxicilina como primera línea (90-100 mg kg día).

Considerar macrólidos en escolares y adolescentes (sospecha de atípicos):

Azitromicina 10 mg/kg/día el primer día, seguidos de 5 mg/kg/día por 4 días mas

- Tratamiento Intrahospitalario:

Ampicilina 200 mg kg día cada 6 horas por 7 días o Penicilina cristalina 250.000 UI kg día cada 6 horas por 7 días

Ampicilina-sulbactam (H influenzae, M. catarrhalis o S. aureus sensible a la meticilina)

Críticamente enfermo: Cefotaxima a 200 mg / kg diarios o Ceftriaxona: 100 - 200 mg kg día, dos veces al día.

Hospitalizados con otros comorbilidades o hallazgos sugestivos de S. aureus):

Oxacilina 200 mg kg día o Clindamicina, Vancomicina 60 mg kg día.

Según esta revisión bibliográfica y la historia clínica evaluada considero por lo descrito en la historia clínica que la paciente no requería soporte con oxígeno, tratamiento antibiótico, ni tratamiento intrahospitalario.

**OBJETIVO PERICIAL:**

Prevía revisión de historia clínica de la Menor MARÍA GREICY COBO CEBALLOS (QEPD), rinda informe respecto si la atención, brindada en el Hospital Raúl Orejuela Bueno fue completa, oportuna, adecuada y determine si la muerte del paciente es o no consecuencia directa de las atenciones brindadas en esta Institución, si existió un mal enfoque diagnóstico y finalmente si existe evidencia de circunstancias que constituyan negligencia, impericia o imprudencia por parte de los profesionales que participaron en la atención.

RESPUESTA: Después de haber revisado la historia clínica, con los signos y síntomas referidos en esta, sumado a la revisión bibliográfica para las posibles patologías del caso, se podría considerar que la atención brindada en el Hospital Raúl Orejuela fue adecuada y oportuna, pues realmente la paciente al ingreso no tenía signos de alarma en el TEP, tampoco tenía criterios de severidad según la estrategia AIEPI y con la evidencia aportada no se puede demostrar que existiese negligencia, retrasos en la atención o impericia por parte de los médicos en el manejo.

Con lo revisado en la correlación clínica y médico legal, la paciente no presentaba criterios de enfermedad severa, ni ningún predictor de muerte, por lo que este desenlace ocurrido lamentablemente no era previsible con el cuadro clínico presentado y la muerte no es producto de la atención médica brindada.

Con respecto a la nota que indica que el pediatra no participa en la reanimación cerebro cardiopulmonar (RCP), eso sí constituye un acto de negligencia y además atenta contra la ética médica, pues teniendo los elementos de protección y bioseguridad no había por qué negarse a participar del proceso de atención de la paciente y además por lo descrito en la correlación no había un sustento académico para tener temor a la atención de un paciente menor con bajo índice de infección y contagiosidad. Sin embargo se aclara que esto no derivó en la muerte de la paciente, pues igual se le brindaron las medidas necesarias de RCP por parte de medicina general y el equipo de enfermería.

CONCLUSIÓN PERICIAL:

Con el soporte bibliográfico revisado a la luz del cuadro clínico, la paciente MARÍA GREICY COBO CEBALLOS no presentaba signos de alarma o de gravedad que indicaran un posible desenlace fatal o complicación del cuadro inicial, no cumple ningún criterio de enfermedad crítica, por lo que la atención médica brindada es adecuada y desde la ciencia médica era imposible, en ausencia de estos síntomas o signos de alarma, predecir el desenlace fatal que presentó la paciente. Este desenlace no es habitual y se escapa a la mayoría de los casos para pacientes de esta edad y con esta presentación clínica. Es imposible desde el punto de vista médico con la historia aportada y lo bizarro del desenlace, saber cuál es la causa del deceso de la paciente, considerándose posibles patologías como broncoaspiración, obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, cardiopatía congénita no conocida, como posibles explicaciones para este cuadro tan repentino. Hubiese sido muy positivo tener el resultado de una necropsia clínica para estimar estas posibilidades y poder determinar la causa de la muerte, pues clínicamente, repito, es imposible saberlo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Protoc diagn ter pediatri. 2023;2:51-79.
2. Ivaska L, Niemelä J, Lempainen J, Österback R, Waris M, Vuorinen T, et al. Aetiology of febrile pharyngitis in children: potential of myxovirus resistance protein A (MxA) as a biomarker of viral infection. J Infect. 2017;74:385
3. Rick AM, Zaheer HA, Martin JM. Clinical features of group A streptococcus in children with pharyngitis: carriers versus acute infection. Pediatr Infect Dis J. 2020;39(6):483-8.
4. Pneumonia, Rani S. Gereige, MD, MPH,* Pablo Marcelo Laufer, MD, Pediatrics in Review Vol.34 No.10 October 2013.
5. Pneumonia Rani S. Gereige, MD, MPH,* Pablo Marcelo Laufer, MD. Pediatrics in Review Vol.34 No.10 October 2013.
6. Atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia. AIEPI 2020. Ministerio de salud y protección social, Colombia 2017 a 2020.
7. Guía de práctica clínica en el tratamiento del niño con neumonía adquirida en la comunidad. Asociación colombiana de neumología pediátrica. 2010.
8. BTS Guidelines for the management of community acquired pneumonia in childhood. Thorax 2002

Con toda atención,

Jovanny Garcés Montoya

JOVANNY GARCÉS MONTOYA

C.C. 71.265.320

Médico Especialista en Medicina de Urgencias CES

Docente, Instructor en Reanimación Cerebrocardiopulmonar UCC

Perito CENDES



LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTÁMENES PERICIALES A TRAVÉS DE LA UNIVERSIDAD CES

N°	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO	OBJETO DICTAMEN
1.	2020	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / 2013-0273 / Solicitado por el doctor Héctor Jaime Giraldo	Urgentología
2.	2020	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / 2019-0092 / Solicitado por el Juzgado 5 Civil del Circuito de Medellín.	Urgentología
3.	2020	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Graciela Esther Pareja Amador/ Solicitado por Sandra Helena Navarro Pareja	Urgentología
4.	2020	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Rodolfo Cobas Avivar/ Solicitado por Orlando Limonta Juantorena	Urgentología
5.	2020	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso José Iván Ramírez Rivera/ Solicitado por Juan Ricardo Prieto P	Urgentología
6.	2020	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / 2017-0047 / Solicitado por el Juzgado Primero Administrativo De Buga – Valle Del Cauca	Urgentología
7.	2020	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso William Franco Murillo / Solicitado por Carlos Humberto Ocampo	Urgentología
8.	2020	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / 2018-00326 / Solicitado por el Juzgado 17 Civil Del Circuito De Medellín	Urgentología
9.	2020	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Alberto Bassoli / Solicitado por Carlos Humberto Ocampo	Urgentología
10.	2021	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Ninfa Del Carmen Chavarria Ríos / Solicitado por José Ignacio Llinás Chica	Urgentología
11.	2021	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / 2018-00457 / Solicitado por el Juzgado 23 Administrativo Del Circuito De Medellín	Urgentología
12.	2021	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Camilo Andres Gutiérrez Rodríguez / Solicitado por Marcos Fabian Almeida Arguello	Urgentología
13.	2021	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / 2017-00118 / Solicitado por el Juzgado 04 Administrativo Del Circuito De Armenia	Urgentología
14.	2021	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Gonzalo Martínez Cáceres / Solicitado por Maria Fernanda Ascanio	Urgentología
15.	2021	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Rigo Alberto Cano Correa / Solicitado por Rubén Darío Rueda Restrepo	Urgentología
16.	2022	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Alberto Leoncio Atehortúa Rojas / Solicitado por Laura Vélez Cadavid	Urgentología
17.	2022	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Martha Lucia Zuluaga Castaño / Solicitado por Jonathan Velásquez Sepúlveda	Urgentología
18.	2022	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial / Caso Carlos Alberto Galeano Hernández/ Solicitado por Juan Carlos Toro Cardona	Urgentología
19.	2022	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Yamil Tovar Benito/Solicitado por Víctor Yovanny Prieto	Urgentología
20.	2022	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Euclides Ramos Henao/Solicitado por Marcela Lombana Arias	Urgentología
21.	2022	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Gildardo De Jesús Cano Hincapié/Solicitado por Juanita Pérez Orozco	Urgentología
22.	2022	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Ana Feliz Palacio de Montealegre/Solicitado por Manuel Felipe Orozco Castañeda	Urgentología
23.	2022	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Jorge Andrés Ruiz Marín/Solicitado por Emmanuel Castillo Piedrahita	Urgentología



N°	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO	OBJETO DICTAMEN
24.	2022	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2017-0165-00 / Solicitado por Juzgado Doce (12) Administrativo Oral del Circuito de Cali	Urgentologia
25.	2023	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00316-00 / Solicitado por Juan Ricardo Prieto Peláez – Fundación Clínica del Norte.	Urgentologia
26.	2023	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2020-00015-00 / Solicitado por Juzgado Cuarto (04) Administrativo del Circuito de Popayán	Urgentologia
27.	2023	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Yasmith Esther Gomez Herazo /Solicitado por Jhon Peinado Gómez.	Urgentologia
28.	2023	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2023-00194 / Solicitado por Prieto Peláez Abogados S.A.S.	Urgentologia
29.	2023	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Maria Urioly Rueda Bedoya/ Solicitado por John Fredy Rueda	Urgentologia
30.	2023	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00182 / Solicitado por Prieto Peláez Abogados S.A.S.	Urgentologia
31.	2024	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00277 00/ Solicitado por Misael Alberto Cadavid Jaramillo	Urgentologia
32.	2024	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2023-00045 00 / Solicitado por Juzgado Sexto Administrativo del Circuito de Ibagué	Urgentologia
33.	2024	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Caso José Duvan Cardona Jimenez (Q.E.P.D) / Solicitado por Rosa Alejandra Álvarez Barrientos	Urgentologia
34.	2024	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2016-00342 00/Solicitado por Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Armenia	Urgentologia
35.	2024	JOVANNY GARCÉS MONTOYA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00086 00 / Solicitado por Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.	Urgentologia

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud



LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.



TENIENDO EN CUENTA QUE

Jovanny de la Trinidad Garcés Montoya

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. 71. 265. 320 Medellín

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Medicina

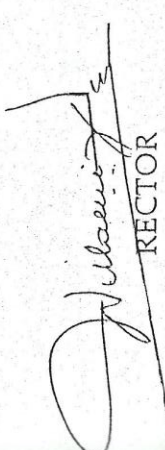
LE OTORGA,

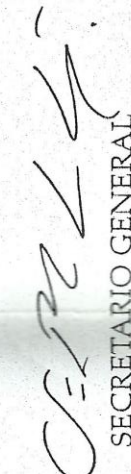
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL,
EL TÍTULO DE

Médico General

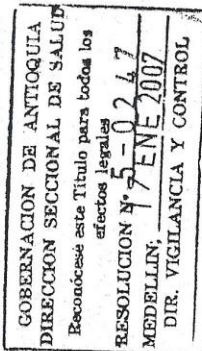
EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACION

EN BOGOTÁ, D.C., A LOS seis (6) DÍAS DEL MES DE Junio DE dos mil seis (2006)


RECTOR


SECRETARIO GENERAL

DIPLOMA N° 8832



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

EN ATENCIÓN A QUE

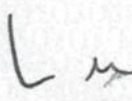
Jovanny de La Trinidad Garcés Montoya

C.C. 71.265.320 de Medellín (Antioquia)

**HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
PARA OPTAR EL TÍTULO DE**

**Especialista en
Medicina de Urgencias**

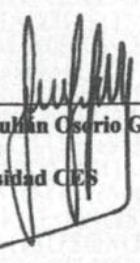
**EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA
A LOS 16 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2015.**



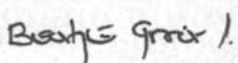
José María Maya Mejía
Rector
Universidad CES



Patricia Chejne Fayad
Secretaría General
Universidad CES



Jorge Julián Osorio Gómez
Decano
Universidad CES

Registrado en: Folio 369 Número 12904 del 16 de julio de 2015. Acta 13007 del 16 de julio de 2015. Firma:  /