



Medellín, julio 25 de 2023

Doctor

JIMMY EDUARDO BOLAÑOS MARTINEZ

E. S. M.

ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL ACTUALIZADO / CASO
YOSELYN ELENA PUNI YONDA.

Respetado doctor,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado por usted en días anteriores,

Conforme a la normatividad vigente declaro que no tengo impedimento alguno, que soy imparcial y que tengo la idoneidad suficiente para realizar este tipo de encargos periciales.

Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la documentación suministrada por la parte interesada correspondiente a la paciente YOSELYN ELENA PUNI YONDA (Q.E.P.D.), que consta de:

- Historia Clínica 1473 Pág.
- Historia Clínica HOMECARE DIC. 59 Pág.
- Historia Clínica HOMECARE ENE. 74 Pág.
- Historia Clínica HOMECARE NOV. 4 Pág.
- Historia Clínica HOMECARE NOV. 3 Pág.
- Historia Clínica HOMECARE NOV. 3 Pág.
- Historia Clínica HOMECARE NOV. 24 Pág.
- HC. Notas de Enfermería, 1, 2, 3 y 4.
- Consentimiento Informado.
- Resultados-LABORATORIOS Y OTROS
- Informe Investigador de Campo de fecha 2022-07-15.
- Informe Investigador de Campo de Fecha 2023-06-27.
- Informe Gestión del Evento Clínico por parte de la Sección de Seguridad del Paciente del Hospital Susana López de Valencia.

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico y Cirujano
Especialista en Pediatría
Especialista en Neumología Pediátrica
Docente Universitario
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



RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Lactante Yoselyn Elena Puni Yonda

11 meses de edad, producto del segundo embarazo, cuyo parto ocurrió en la ambulancia que la transportaba al hospital. Nació en buenas condiciones generales con peso de 3 kg y talla de 50 cm.

Solo recibió vacunas hasta los 4 meses (incompleto)

Fecha: 21/10/2021

Motivo de consulta: “Estaba respirando muy rápido”

2 días con congestión nasal con rinorrea hialina, tos leve no cianozante ni emetizante y fiebre no cuantificada. Al día siguiente la tos más intensa y aparece fiebre. En casa, la abuela le aplica “emplastos” de matas, sin mejoría.

En la noche notan, que empieza a respirar más rápido con retracciones por lo que se acude a nivel 1 en Pescador.

En nivel 1: según nota de remisión ingresa con FC: 180, FR: 80, T: 38,1, Sat: 74% inician con oxígeno por Venturi al 50% con mejoría de saturación al 93- 94% y la remiten de urgencia con retracciones marcadas con roncus y sibilancias.

21/10/2021 hora: 9:43 p.m.

Llega en malas condiciones, con marcada dificultad respiratoria: respiración acelerada, retracciones, tiraje y aleteo nasal. Ante la inminencia de falla respiratoria, se procede a garantizar la vía aérea permeable con intubación. Se auscultan roncus, sibilancias y crepitos en ambos campos pulmonares.

Se busca descartar covid 19, ya que tanto la madre como hermano mayor, están agripados.

11 meses y un peso de 7,5 kg (bajo peso)

Ingresa en muy malas condiciones con gran dificultad respiratoria y desde el triage se traslada a la UCIP.

La laringoscopia directa: edematizada, cuerdas en buen estado. Se procede a la intubación.

Probabilidades diagnosticas:

Bronquiolitis aguda por VSR

Virus no identificado Covid 19

Insuficiencia respiratoria aguda

Neumonía bacteriana asociada

Anemia no especificada

Riesgo de falla ventilatoria

Acidosis

Aislamiento de gotas y contacto

21/10/2021 hora: 10:43

Gases arteriales: PH: 7.32, PO₂: 74, PCO₂: 41 PAFI: 123, HCO₃: 20.8

Electrolitos: Sodio: 132.9 Potasio: 3.48 Cloro: 103 Calcio: 1.16 Glucosa: 149

Se instala oxígeno por cánula nasal de alto flujo. Se traslada a UCI. A la espera de otros exámenes.

22/10/2021 Hora: 0:10

Terapia respiratoria: Con mascara tipo Venturi a 8 litros y satura 91%



21/10/2021 hora: 1:29 a.m.

Ante el incremento del esfuerzo ventilatorio y la falta de respuesta a las medidas terapéuticas, se decide ventilación mecánica. Con parámetros del ventilador:

Modo ACV. VT: 56, PEEP: 6, FR: 22, II: 0,6, R: 1:3,5, FIO2: 60%

Se procede a intubar por vía orotraqueal e instalar ventilación mecánica y solicitar los exámenes paraclínicos correspondientes

Panel viral, radiografía de tórax, ecocardiograma, reactantes de fase aguda como PCR, leucograma y sedimentación, pruebas hepáticas y renales, ionograma, gases arteriales.

21/10/2021 hora: 1:35 a.m.

Panel viral Negativo; VSR positivo; Covid 19: negativo PCR negativa;

RX de Tórax: infiltrados alveolares en ambos campos pulmonares. No derrame o atelectasia

Se procede a intubación oro traqueal con ventilación mecánica e instalar sonda nasogástrica para alimentación

Se agregan antibióticos: Ampicilina Sulbactam, esteroides venosos y salbutamol inhalado

22/10/2021 hora: 2:45 a.m.

Gases arteriales: PH: 7.26, PO2: 80, PCO2: 52, HCO3: 23 PAFI: 134.6

Sodio de 133 (hiponatremia), K: 4.14, CL: 106.8, Ca: 1.18 (normales)

Hemoglobina: 10.7 y Hto: 34.6 (baja, pero sin criterio de transfusión)

Presenta fiebre alta 39.2 que no responde a los antipiréticos. Se aplica diclofenaco IV lento.

Nutrición enteral por sonda nasogástrica con lactancia materna o formula

22/10/2021 hora: 11:51 a.m.

Gases arteriales: PH: 7.32, PO2: 77, PCO2: 45, HCO3: 23, PAFI: 110

Ecocardiograma: con evidencia de Tapse 19.2, HTAP: 35,8. Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo e hipertensión pulmonar

Coronaria izquierda: 1.8 mm, coronaria derecha: 1.7mm

Se decide soporte con Milrinona a 0,4 mcg/kg/min

DX: hipertensión pulmonar moderada y disfunción cardiaca.

Sedoanalgesia con fentanil y midazolam

Ventilatorio: en ventilación mecánica invasiva, modo PRVC con FIO2 70%, FR: 24, Rel: 1:4 PIM: 21, PEEP:6, Ti: 0.5; vol tidal: 7 cc/kg

22/10/2021 Hora: 22:50

Gases arteriales: PH: 7.32, PO2: 124, PCO2: 51, HCO3: 35.8, PAFI: 178

Valoración por Terapia respiratoria

23/10/2021 Hora: 0:51

“Se deja paciente con vía aérea permeable, saturando adecuadamente”

23/10/2021 hora: 1:56 a.m.

Con ventilación mecánica invasiva. Persisten roncus y sibilancias generalizadas. Gases arteriales con acidosis respiratoria leve. Diuresis con balance positivo, por lo que se utiliza diurético

Continuo manejo y monitoria en cuidado intensivo

Se solicitan paraclínicos de control y rx de tórax de control



23/10/2021 hora: 7:16 a.m

“PACIENTE QUIEN A LAS 5:30 HORAS PRESENTA EVENTO DE DESATURACION HASTA 45% Y BRADICARDIA PROGRESIVA HASTA ASISTOLIA ASOCIADO A CIANOSIS FACIAL, SE INICIA MANEJO CON BOLSA VALVULA MASCARILLA CON FIO2 AL 100%, SE INICIA MASAJE CARDIACO DURANTE 2 MINUTOS, SE ADMINISTRA DOSIS UNICA DE ADRENALINA A 0.1 CC/K, SE REVALORA ENCONTRANDO PULSOS DISTALES PRESENTES, RITMO SINUSAL, PRESION ARTERIAL NORMAL, SATURACION DEL 100%, PUPILAS ISOCORICAS DE 2mm SIN RESPUESTA A LA LUZ, SE REALIZAN GASES ARTERIALES QUE MUESTRAN, PH 7.30 PO2 461 PCO2 32.6 HCO3 15.9 BE -9.43 LACTATO 7.2 GLUCO 296 NA 137.5 K 3.44 CL 110 CA 1.12 HB 8.8, ACIDOSIS METABOLICA CON HIPERLACTATEMIA, HIPERGLUCEMIA, ELECTROLITOS NORMALES, ANEMIA”.

Ecocardiograma: Disfunción ventricular compensada, pero si hay más hipertensión pulmonar, que ahora es más severa.

Las pupilas siguen mióticas con poca respuesta. El midazolam (puede afectar un poco).

23/10/2021 hora: 3:32 p.m.

Preocupa las pupilas mióticas. No se han dilatado a pesar de rebajar la sedoanalgesia y no se han tornado reactivas.

24/10/2021 hora: 1:06 a.m.

Deterioro neurológico. Hiperreflexia y clonus de miembros inferiores e hipertonia generalizada de miembros superiores

Se solicita tomografía cerebral y ecografía transfontanelar

Continua con ventilación mecánica

24/10/2021 hora: 9:47 p.m.

Ecografía transfontanelar: normal

Pendiente la TAC cerebral y valoración por neuro pediatría

25/10/2021 hora: 12:11 p.m.

Valoración por Neuropediatría: pupilas mióticas con respuesta asimétrica a la luz.

Reflejos musculo tendinosos presentes. No hay respuesta a estímulos sensitivos

Solicita Resonancia magnética cerebral

27/10/2021 hora: 11:46

TAC cerebral: signos de edema leve cerebral. Se espera resonancia

Encefalopatía hipoxia

Neuropediatría: pupilas mióticas con respuesta asimétrica a la luz

28/10/2021 hora: 3:39 pm

Ecocardiograma: mejoría de la hipertensión pulmonar y la disfunción miocárdica (26/10/2021)

4/11/2021 hora: 12:06 p.m.

Neuropediatría: secuelas de asfixia severa. Encefalopatía estuporosa con criterios de un estado vegetativo persistente.

9/11/2021 hora: 11:17 a.m.

Resonancia cerebral simple: anormal



Compromiso cortico subcortical más evidente lesión de sustancia blanca en las secuencias T2Eco de Spin y T2 Flair

Atrofia hipocampo bilateral sin signos claros de esclerosis mesio temporal, con posible evolución a esta alteración.

Se puede asociar en un futuro a una parálisis cerebral motora con compromiso visual.

13/11/2021 hora: 10:35

Se realiza traqueotomía y gastrostomía.

20/12/2021 6:06 p.m.

Sale en ambulancia para Home Care

El día 23/01/2022, neurológicamente con déficit de base, a causa de empeoramiento de la sintomatología con mayor dificultad respiratoria en Home Care, con niveles de desaturación de 55%, es trasladada e ingresada nuevamente a Urgencias UCIP de la entidad Hospitalaria y horas después FALLECE.

Con la evidencia proporcionada donde se clarifica la presencia de un evento adverso tipo centinela, ya que conlleva a una complicación neurológica severa, por la hipoxia prolongada. Se constata según la evidencia que trascurrieron 33 minutos con desacople del tubo de ventilación, lo que condujo a una complicación neurológica severa por la hipoxia prolongada.

Su cuadro de dificultad respiratoria severo condujo a una insuficiencia respiratoria, pero el evento adverso (desconexión e interrupción de la ventilación), es el factor principal para explicar sus complicaciones cardíacas y neurológicas por la hipoxia severa.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

Lactante menor de 11 meses de edad con cuadro respiratorio de 48 horas de evolución con inicio de mocos, tos escasa y febrícula, que después de 24 horas sin respuesta a los emplastos y remedios caseros. Continúa con fiebre, tos y dificultad respiratoria con retracciones y sonidos respiratorio que lo obliga a consultar a las 48 horas.

Es atendido en primer nivel, pero debido a su compromiso severo respiratorio es enviado con oxígeno a otro nivel donde desde el triage lo envían a cuidado intensivo.

Llego con disfunción respiratoria con retracciones universales, mal estado general y roncus y sibilancias a la auscultación. Inician oxígeno con Venturi a 8 litros y luego a 12 litros, sin respuesta adecuada, lo que obliga rápidamente a las 3 horas de su ingreso a la intubación y conectar a ventilación mecánica invasiva.

28 horas después aproximadamente de la intubación, se presenta en la atención de salud de la menor un evento adverso que interrumpió la oxigenación suministrada a la menor durante 33 minutos, presenta asistolia cardíaca que requiere reanimación cardiopulmonar durante 2 minutos con aplicación de adrenalina. Después de este episodio, se detecta compromiso neurológico severo.

Lactante menor con cuadro respiratorio viral y neumonía bacteriana asociado que progresa a insuficiencia respiratoria aguda en 48 horas, lo que requiere intubación con ventilación mecánica. Su proceso respiratorio progresa con hipoxemia e hipercapnia marcada que lo lleva a insuficiencia cardíaca con hipertensión pulmonar y probablemente esto deriva en asistolia cardíaca.

La reanimación se realiza y luego de 2 minutos, se recupera sus signos vitales, pero con evidencia de compromiso neurológico.

El tratamiento brindado a la menor fue ajustado a los protocolos de manejo para la insuficiencia respiratoria aguda. Tres horas después de su ingreso se le brindó la ventilación mecánica invasiva, pero lamentablemente la severidad del cuadro clínico con sus complicaciones cardíacas y pulmonares prevalecieron y condujeron a la asistolia cardíaca.

El evento adverso presentado explica las complicaciones y secuelas neurológicas severas; lo mismo que el deterioro clínico de la menor.

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO PROPUESTO:

1. *¿Ilustra la presente imagen un procedimiento médico que introduce, a través de la boca, una cánula, catéter o tubo en la tráquea del enfermo, para abrir y asegurar las vías respiratorias del paciente con la finalidad de suministrar oxígeno y mantener una respiración artificial, denominado ENTUBACIÓN OROTRAQUEAL / VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA? ¿La siguiente premisa en el recuadro rojo es verdadera dentro del presente contexto? Por favor explicar.*



Acople del tubo orotraqueal que se conecta al dispositivo de succión. (sistema de aspiración cerrado)

RESPUESTA: La menor fue intubada debido a su progresivo y severo compromiso respiratorio que no respondió a las primeras medidas con sistema Venturi.

Ante la hipoxemia y la insuficiencia respiratoria, se procede a intubar y conectar a ventilación mecánica invasiva.

La premisa es verdadera (ver recuadro).

Al tubo oro traqueal por intermedio de una Y se conecta los gases y oxígeno y la cánula de succión (sistema cerrado).

2. *¿Se puede deducir lógicamente de la Historia Clínica, que la lactante tenía instalado un dispositivo de succión similar o igual al que se muestra en la siguiente imagen (RECUADRO AZUL), específicamente en la madrugada del día 23/10/2021 a las 5:30 am, cuyo uso tenía la finalidad de permitir succionar (según indicaciones) las secreciones traqueales producidas en el proceso de ventilación., dispositivo que integra o hace parte del circuito de ventilación mecánica que suministra oxígeno al paciente, permitiendo que la succión o aspiración de secreciones se realice sin desconectar al paciente de la respiración artificial? ¿Las premisas citadas en los recuadros de color azul, rojo y verde son verdaderas? Por favor explicar.*



RESPUESTA: Las premisas citadas son verdaderas.

La ventilación mecánica invasiva cerrada, permite la succión de las secreciones bronquiales sin necesidad de desinstalar la entrada de gases y oxigenación. Importante destacar, que la parte proximal del dispositivo de succión va conectado al tubo orotraqueal, pero la parte distal queda desconectada y pinzada.

3. *PREMISA: La siguiente imagen es complementaria a las preguntas que anteceden e ilustra en esta ocasión, el dispositivo de succión instalado en un paciente con intubación orotraqueal. Este dispositivo se reemplaza según indicaciones del fabricante. Como se observa, el dispositivo integra o hace parte del circuito de ventilación mecánica, y va conectado al tubo orotraqueal y al ventilador que suministra oxígeno al paciente para la respiración artificial, tal como se ilustra en recuadros anteriores.*

¿Sí “el fisioterapeuta de turno”, el día 23/10/2021 a las 5:30am, “REALIZA ACOPLE DEL DISPOSITIVO DE LA Sonda DE SUCCION QUE DEBE IR CONECTADA AL TUBO OROTRAQUEAL YA QUE SE ENCONTRABA DESCONECTADA ;”, está indicando que la desconexión del dispositivo se produjo entre el acople del dispositivo de succión y el acople del tubo orotraqueal, tal como se interroga y se ilustra en la siguiente imagen? ¿La premisa que antecede y las indicadas en los recuadros amarillo, rojo y verde son verdaderas? Por favor explicar.



**¿DESCONEXIÓN O
DESACOPLE DEL
DISPOSITIVO DE LA
SONDA DE SUCCIÓN?**

**ACOPLE DEL DISPOSITIVO
DE SUCCIÓN CONECTADO
AL TUBO OROTRAQUEAL
DEL PACIENTE.**

**ACOPLE DEL
DISPOSITIVO DE SUCCIÓN
CONECTADO AL
VENTILADOR MECÁNICO
PARA EL SUMINISTRO DE**

NOTA: Se solicita respetuosamente al perito experto, para mejor ilustración del caso, considerar la respuesta dentro del acápite de las preguntas, para que de ella hagan parte las imágenes que las integran.

RESPUESTA: Las premisas son verdaderas.

El evento adverso implica, que la desconexión del dispositivo se produjo entre el acople del dispositivo de succión y el acople del tubo orotraqueal.

Lo anterior, conduce a dejar sin ventilación a la menor, ocasionando no solo la asistolia cardiaca, sino produciendo las graves secuelas del sistema nervioso central.

Secuelas neurológicas severas por la hipoxia prolongada (33 minutos).

4. ***¿Al presentarse una desconexión o extubación entre el dispositivo de succión y el tubo orotraqueal, se interrumpe la ventilación y oxigenación del paciente y se activan alarmas sonoras y lumínicas en los equipos? Por favor explicar.***

RESPUESTA: Las alarmas están programadas para detectar cambios en la presión o extubación del paciente.

5. ***¿Qué consecuencias sobrevienen para la vida e integridad de un paciente, cuando el equipo de ventilación mecánica utilizado en el tratamiento y cuidado de la salud de un paciente, no se le realiza mantenimiento preventivo y correctivo de la forma como lo indica el fabricante? Por favor explicar.***

RESPUESTA: Los equipos de ventilación y reanimación cardiopulmonar requieren un mantenimiento preventivo programado y actualizado. Los entes de control de las secretarías de salud disponen de personal para garantizar que se lleven a cabo dichos procedimientos.

Del excelente funcionamiento de los ventiladores, depende la vida de pacientes con insuficiencia respiratoria. El cronograma de mantenimiento es de estricto cumplimiento



Antes de instalar un ventilador, se realiza una simulación progresiva orientada a detectar cualquier falla o alteración del equipo.

6. *¿En el caso de YOSELYN, qué relación existe entre el desacople o desconexión, con el diagnóstico de hipoxia, paro cardiorespiratorio y asistolia, especialmente cuando la hipoxia es prolongada y cómo y de qué manera repercuten estos diagnósticos en los tejidos vivos (células) de la lactante después de una “reanimación exitosa”? Por favor explicar.*

RESPUESTA: Las células del cerebro son extremadamente sensibles a la carencia de oxígeno. Algunas comienzan a morir antes de los 5 minutos como resultado de la hipoxia cerebral.

El evento adverso condujo a esta hipoxia cerebral prolongada, que se tradujo en una complicación neurológica severa que determinó su pronóstico sombrío.

El cerebro estuvo 33 minutos sin la ventilación (oxigenación adecuada), lo que ocasiona el daño neuronal severo.

Existe una relación directa entre el evento adverso y las complicaciones cardíacas (asistolia) y neurológicas severas.

7. *¿La atención en salud que recibió YOSELYN ELENA PUNI YONDA, cumplió y se ejecutó de acuerdo con protocolos y procedimientos estandarizados que científicamente atienden de manera eficaz y oportuna el cuadro diagnóstico por el que ingresó a la entidad hospitalaria, especialmente las escalas de sedoanalgesia para la monitorización en pediatría de una lactante con tubo orotraqueal como fue el caso de la lactante?*

RESPUESTA: Evento centinela: Es un suceso imprevisto cuyo resultado no está relacionado con el curso natural de la enfermedad. Que puede producir la muerte del paciente o la pérdida permanente de una función u órgano. Aquí, se tipifica un evento centinela.

La atención recibida fue ágil y oportuna debido a la insuficiencia respiratoria progresiva que mostró la menor. Desde el mismo momento en nivel uno, se detectó el mal estado general de la niña y se remitió de manera urgente a otro nivel, ante las características críticas de su estado respiratorio.

Su cuadro clínico fue tan severo y de rápida progresión, que 3 horas después de su ingreso estaba intubada y conectada a ventilación mecánica invasiva.

El evento centinela (desconexión del acople ventilatorio), es el responsable de las complicaciones cardíacas y neurológicas severas. Aunado a lo anterior, también desencadenó las secuelas neurológicas de carácter irreversible.

8. *En la sección “análisis” de la Historia Clínica (Pág. 66 de HC de 1473 F), se registra a la 0:56 am, del día 23/10/2021, la menor se encontraba bajo los efectos de la “SEDOANALGESIA (...) logrando “UN BUEN PLANO DE SEDACIÓN””. ¿Es correcto o normal que entre la 0:56 am horas desde el último registró y las 5:30 am horas del hecho o evento negativo, no se volvieran a realizar notas de evolución clínica alusivas a su estado de sedación por parte del equipo médico asistencial y si una sedación inadecuada por falta de cumplimiento en los procedimientos científicos estandarizados podría representar en*



este caso una de las causas de extubación o desconexión entre el dispositivo de succión y el tubo orotraqueal, y por qué? Por favor explicar.

RESPUESTA: Según constancia de las evaluaciones realizadas por terapia respiratoria, se puede apreciar, que se realizan cada 12 horas. La anterior valoración se llevó a cabo a las 14 horas del día 22 aproximadamente y se vuelve a realizar a las 0:51 del día 23. La sedoanalgesia, se mantuvo en límites de normalidad, con algunos ajustes por irritabilidad de la menor.

La valoración clínica pediátrica ocurrió a las 1:56 a.m., del día 23. Reportan que la menor solo reacciona a estímulos y tiene buen plano de sedación.

La asistolia esta reportada en la historia clínica a las 5:30 de la mañana del día 23

La analgesia y sedación estuvo acorde con la valoración y respuesta clínica de la paciente.

Recordemos, que la menor tiene un grado de vulnerabilidad en su peso bajo y la inmunización incompleta.

9. *¿Las extubaciones, desacoples o desconexiones, para el caso que nos ocupa, entre el dispositivo de succión y el tubo orotraqueal, es un hecho o “evento” que se encuentra descrito en la literatura y estadística médica como una causal predictiva de complicación, agravación y muerte del paciente, siendo esta la razón por la cual es un hecho previsible y prevenible?*

RESPUESTA: La exposición del cerebro a una falta de oxígeno por más de 30 minutos, se traduce en lesiones irreversibles para las neuronas. La hipoxia prolongada (más de 10 minutos), se traduce en convulsiones, coma o incluso muerte cerebral.

En la menor, el evento adverso con duración de 33 minutos, ocasiono un daño neurológico severo. La hipoxia prolongada mayor de 30 minutos, desencadena un daño considerable en las células neuronales con secuelas de tipo motor irreversibles.

10. *¿De acuerdo con lineamientos establecidos por organizaciones de salud, cómo se clasifica el “Evento Adverso” sucedido en la salud y en la vida de la lactante YOSELYN ELENA PUNI YONDA, esto es, ¿Leve, Moderado, Grave o Centinela? Por favor explicar.*

RESPUESTA: En la menor, el evento adverso con duración de 33 minutos, ocasionó un daño neurológico severo, por lo cual se clasifica como evento tipo centinela.

11. *¿Las nuevas enfermedades diagnósticas de la lactante YOSELYN, tales como: PARALISIS CEREBRAL INFANTIL / HIPERTENSIONES PULMONARES / ASFIXIA SEVERA / INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA / ENCEFALOPATIA HIPÓXICA - ISQUÉMICA / EDEMA CEREBRAL / ISQUEMIA CEREBRAL etc. y POSTERIORMENTE LA MUERTE., son en el presente caso, una causa, resultado o consecuencia derivada de la patología de base por la que ingresó la lactante a la entidad hospitalaria en compañía de su madre, el día 21/10/2021 a las 21:40pm o, por el contrario, son efectos directos que tuvieron como causa – efecto la desconexión o desacople entre el dispositivo de succión y el tubo orotraqueal? Por favor explicar.*

RESPUESTA: La parálisis cerebral infantil, la hipertensión pulmonar, asfixia severa, insuficiencia respiratoria crónica, encefalopatía hipoxia isquémica, edema cerebral,



isquemia cerebral no son enfermedades, sino complicaciones de su cuadro respiratorio agudo severo.

La exposición del cerebro a una falta de oxígeno por más de 30 minutos, se traduce en lesiones irreversibles para las neuronas. La hipoxia prolongada (más de 10 minutos), se traduce en convulsiones, coma o incluso muerte cerebral.

En la menor, el evento adverso con duración de 33 minutos, ocasiono un daño neurológico severo. La hipoxia prolongada mayor de 30 minutos, desencadena un daño considerable en las células neuronales con secuelas de tipo motor irreversibles.

12. *¿Las nuevas enfermedades diagnósticas nuevas de la lactante YOSELYN, tales como: PARALISIS CEREBRAL INFANTIL / HIPERTENSIONES PULMONARES / ASFIXIA SEVERA / ENCEFALOPATIA HIPÓXICA - ISQUÉMICA / EDEMA CEREBRAL / ISQUEMIA CEREBRAL / ESTADO VEGETATIVO etc., trajeron consigo complicaciones múltiples a todo nivel, que afectaron de forma ostensible la Respuesta Inmunitaria de su organismo que terminó por incrementar el riesgo de adquirir otras infecciones respiratorias como el COVID19 o cualquier otra enfermedad o complicación médica y si estas nuevas enfermedades son predictivas de mortalidad y por qué? Por favor explicar.*

RESPUESTA: El tratamiento y manejo instaurado estuvo acorde con los protocolos o guías de manejo.

La exposición del cerebro a una falta de oxígeno por más de 30 minutos, se traduce en lesiones irreversibles para las neuronas. La hipoxia prolongada (más de 10 minutos), se traduce en convulsiones, coma o incluso muerte cerebral.

En la menor, el evento adverso con duración de 33 minutos, ocasiono un daño neurológico severo. La hipoxia prolongada mayor de 30 minutos, desencadena un daño considerable en las células neuronales con secuelas de tipo motor irreversibles.

13. *Teniendo en cuenta que YOSELYN ELENA PUNI YONDA ingresó a la Entidad Hospitalaria con un cuadro diagnóstico de infección respiratoria moderada, sin signos de desnutrición a exámenes diagnósticos normales, bronquiolitis, crup laríngeo y caso probable de COVID19., los cuales 12 días después de su ingreso estos diagnósticos estaban descartados, corregidos, tratados o superados. ¿Bajo estas circunstancias clínicas, cuál era entonces el pronóstico en la salud de YOSELYN ELENA PUNI YONDA antes de la desconexión entre el dispositivo de succión y el tubo orotraqueal?*

RESPUESTA: La menor Yoselyn ingreso con un cuadro respiratorio agudo de características severas. Lo demuestra la progresión tan rápida (48 horas) y la forma como progreso desde su ingreso.

Importante resaltar que 3 horas después de ingresar, ya requirió intubación y ventilación mecánica invasiva cerrada, para mejorar su marcada hipoxemia. La menor para 11 meses de edad, tenía un peso de 7.5 kg lo que demuestra un grado de desnutrición, aunado a su esquema de vacunación incompleto.

Los exámenes de laboratorio mostraron gran hipoxemia (PCO₂: 52) y PAFI: 123 (mide el intercambio gaseoso).

El valor normal del PAFI: 400 – 500 mmhg

Menor de 300: Lesión pulmonar aguda



Menor de 200: Síndrome de distrés respiratorio

Se demostró inicialmente una bronquiolitis por VSR positivo, que, aunado a los hallazgos pulmonares con infiltrados alveolares bilaterales, hicieron sospechar una neumonía bacteriana asociada (recibió antibióticos).

Su pronóstico era reservado por la gravedad y severidad de su compromiso respiratorio.

La insuficiencia respiratoria aguda es la indicación fundamental de la ventilación mecánica invasiva.

14. ¿Cuáles son las complicaciones esperadas en la ventilación mecánica en menores de 2 años o lactantes de 11 meses de edad y si estas complicaciones se presentaron en el caso de YOSELYN, teniendo en cuenta la pregunta y la respuesta anterior y el evento negativo de desconexión?

RESPUESTA: Las principales complicaciones de la ventilación mecánica pueden ser directas e indirectas.

Las directas: volutrauma, barotrauma y atelectrauma

El volutrauma tiene que ver con sobre distensión

Barotrauma: presión como neumotórax o neumomediastino

Atelectrauma: atelectasia o colapso pulmonar.

Las indirectas: neumonía asociada al ventilador, extubación accidental, obstrucción del tubo, lesión traqueal, intubación selectiva.

Se clarifica, que el evento adverso (centinela), que ocasionó el desacople ventilatorio prolongado, se tradujo lamentablemente en la complicación cardíaca y neurológica severa. Este evento centinela ocasionó la complicación cardíaca y la afectación neurológica severa.

CONCLUSIÓN PERICIAL

Lactante mayor con grado de desnutrición e inmunización incompleta con infección respiratoria aguda y neumonía bacteriana asociada. Su cuadro clínico es rápidamente progresivo y severo con retracciones universales, hipoxemia y compromiso cardíaco que lleva a la menor a una insuficiencia respiratoria aguda.

Después de no tener una respuesta satisfactoria con sistemas de oxigenación por Venturi, se requiere la ayuda ventilatoria con intubación y ventilador mecánico, buscando estabilidad en el cuadro clínico. A pesar de lo anterior, su hipoxemia repercute en falla cardíaca con hipertensión pulmonar.

La evidencia del evento adverso (centinela), es la causa directa de la asistolia cardíaca y las complicaciones tanto neurológicas severas como secuelas de una hipoxia cerebral extrema (33 minutos).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa Colomer J, Gáboli M, Pradillo Martín MC. Indicaciones e inicio del soporte de ventilación mecánica en domicilio. Protoc diagn ter pediatr. 2017; 1:401-422.
2. Ministerio de salud. Guía de manejo de infección respiratoria baja en menores de 5 años. Guía Clínica AUGE. Series guías clínicas minsalud 2013 Chile.
3. Guía para la Ventilación Mecánica del Recién Nacido. Con toda atención, 2009 Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud 2.
4. Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en niños. GPC México 2020.
5. Bronquiolitis. Protocolos del GVR. Grupo de vías respiratorias de la Asociación Española de Pediatría. Enero 2022.
6. Guía de terapia intensiva pediátrica: Farias JA, Neira P, Kock E, Nieva AM. Corpus Buenos Aires 2015

Con toda atención,

WILLIAM PARRA CARDEÑO
Médico Especialista en Pediatría
Especialista en Neumología Pediátrica
Docente Universitario
Perito CENDES



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

	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO	OBJETO DE DICTAMEN
1	2016	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Caso Sara Melisa López Lozada / Solicitado por el abogado Oscar Conde Ortiz	Neumología Pediátrica
2	2017	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Caso Guadalupe Uribe Mesa / Solicitado por el abogado Sebastián Gómez Sánchez	Neumología Pediátrica
3	2017	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Caso Miguel Ángel Díaz Cuervo / Solicitado por el abogado César Augusto Ríos Valencia	Neumología Pediátrica
4	2017	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Caso Víctor Manuel Mosquera Castillo / Solicitado por los abogados Francisco J. Hurtado Langer y Christian Camilo Vallecilla Villegas	Neumología Pediátrica
5	2017	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014 – 01560 Tribunal Administrativo de Antioquia	Neumología Pediátrica
6	2017	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Caso Diana Marcela Hinestroza Córdoba / Solicitado por la señora Diana Marcela Hinestroza Córdoba	Neumología Pediátrica
7	2018	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014 – 00070 Juzgado Tercero (03) Civil del Circuito de Cúcuta – Norte de Santander	Neumología Pediátrica
8	2018	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017 – 00154 Juzgado Primero (01) Administrativo Oral de Turbo – Antioquia	Neumología Pediátrica
9	2020	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Caso Carlos Daniel Prada Álvarez / Solicitado por Paula Andrea Ibarra	Neumología Pediátrica
10	2020	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016 – 00822 Juzgado 4 Administrativo de Medellín	Neumología Pediátrica
11	2021	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Caso Santiago Duque Gómez / Solicitado por Mateo Duque Giraldo	Neumología Pediátrica
12	2021	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Caso Paulina Duque Gómez / Solicitado por Mateo Duque Giraldo	Neumología Pediátrica
13	2022	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014-00639 00 / Solicitado por Juzgado 7 Administrativo de Manizales	Neumología Pediátrica
14	2022	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2013-00141 00/Solicitado por Juzgado 29 Civil Municipal de Medellín	Neumología Pediátrica
15	2022	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2019-00390 00/Solicitado por Juzgado Tercero (03) Administrativo de Florencia	Neumología Pediátrica
16	2023	WILLIAM PARRA CARDEÑO	Dictamen Médico Pericial / Caso Yoselyn Elena Puni Yonda / Solicitado por Jimmy Eduardo Bolaños Martínez	Neumología Pediátrica



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

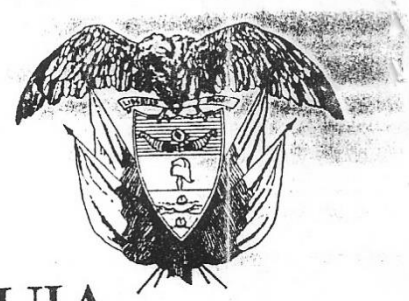
EN ATENCION A QUE

William Parra Cardeno

HA COMPLETADO TODOS LOS ESTUDIOS QUE LOS ESTATUTOS
UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL **GRADO** DE

Médico Cirujano

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO,
SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS
EN MEDELLIN, A LOS **18** DIAS DEL MES DE **MARZO** DE 1976



[Signature]
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD
DECANO DE LA FACULTAD

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
BOGOTA

RECONOCESE ESTE DIPLOMA PARA LOS
EFECTOS OFICIALES.

Anotado al folio *15-P* Libro de Registros de
Diplomas *82*

Bogotá, D. E., *26* de *II* de 19*79*

EL MINISTRO

EL SECRETARIO

[Signature]
SECRETARIA GENERAL



SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

TITULAR

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
OFICINA JURIDICA

GRUPO DE PROFESIONES MEDICAS Y
AUXILIARES.

Registrado al folio del libro respectivo

Bogotá, D. E., de de 19

EL MINISTRO

EL SECRETARIO

[Signature]
1981
2 Agosto



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Instituto Nacional de Pediatría

otorga el presente

Diploma

al Dr. William Parra Cardeno

por haber terminado satisfactoriamente el programa académico
correspondiente al curso de especialización en
Neumología Pediátrica

durante el período comprendido del 1° de Marzo de 1985 al 28 de Febrero de 1987.

Presidente de la Junta de Gobierno

Ciudad de Mérida, Febrero de 1987.

Por

Dr. Guillermo Sánchez Acevedo
Secretario de Salud

Dr. Néstor Fernando Parra Torgio
Director General
Dr. Efraín Utrera Dinsaker
Vicepresidente

Dr. Lorenzo Díaz Hernández