



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA POPAYAN

DIRECCIÓN: Calle 2N No 10 A 44 Barrio Modelo. POPAYÁN, CAUCA
TELEFONO: 57 6028320186 - 6028320194 Telefonía IP 6014069944 Ext 3200-3201-3202

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023

CIUDAD Y FECHA: POPAYÁN. 27 de agosto de 2023
NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBPOP-DSCC-03148-C-2023**
OFICIO PETITORIO: No. SIN - 2023-07-18. Ref: Oficio 190016000601202253094 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: RUBY MUÑOZ DELGADO FISCALIA 02 UNIDAD VIDA
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
AUTORIDAD DESTINATARIA: RUBY MUÑOZ DELGADO FISCALIA 02 UNIDAD VIDA
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
PALACIO DE JUSTICIA
POPAYÁN, CAUCA

NOMBRE PACIENTE: YOSSELIN ELENA PUNI YONDA
IDENTIFICACIÓN: RC 1058733795
EDAD: Sin dato
ASUNTO: Responsabilidad profesional

Metodología:

• La aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones médico legales que deberán ser utilizados en el contexto específico de cada caso; como se establece en el procedimiento Abordaje médico legal de casos relacionados con responsabilidad profesional en atención en salud DG-M-P-91 Versión: 01 de 29 de diciembre de 2017

1. DATOS DEL INVESTIGADO

- Institución: Hospital Susana López de Valencia
- Municipio: Popayán
- Nivel De Complejidad: II
- Profesión y Especialidad: Pediatría. Fisioterapia
- Facultad: Sin información
- Registro Médico: Sin información
- Tiempo de experiencia: Sin información
- Tiempo de vinculación: Sin información

Nombre de la occisa: YOSSELIN ELENA PUNI YONDA.

EDAD: 1 año

NUIP: 1058733795.

2.MOTIVO DE PERITACIÓN

"... lo anterior para que se profiera informe pericial definitivo en el caso de la menor YOSSELIN ELENA PUNI YONDA. Se sugiere comedidamente en grado de análisis considerar observaciones realizadas por el abogado de víctimas en oficio de solicitud..."

3.INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

Historia clínica folios 25 a 78

Folio 31 Resumen de historia clínica:

21-10- 2021 21:40.

"...Dia primero de estancia hospitalaria con diagnostico de riesgo de falla ventilatoria, bronquiolitis, croup laríngeo, caso probable covid 19 paciente con caso probable de covid 19 quien solicita antígeno de covid 19, en muestra de hisopado nasofaríngeo, se diligencia ficha de notificación infección respiratoria aguda por virus nivel cod INS 346-...firma: Nelson Martínez medicina general..."

Nota folio 32

22-10-2021 09:43

"..Yoselin paciente de 11 meses de edad, diagnósticos: falla ventilatoria aguda, laringo traqueo

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



bronquitis aguda, virus sincitial respiratorio, positivo, neumonía bacteriana comunitaria, caso probable covid 19, anemia leve, acidosis metabólica levemente.

paciente con aumento del esfuerzo ventilatorio a pesar de las medidas terapéuticas establecidas desde su ingreso mas taquipnea y mas retracciones las cuales son universales..."

"...Requiere llevarse a ventilación mecánica invasiva por lo que se realiza secuencia de intubación orotraqueal procedimiento sin complicaciones y se conecta a ventilador mecánico

paraclínicos PCR negativa

hiperfostemia resto electrolitos normales.

Creatinina bun normales, albumina normales panel viral institucional virus sincitial respiratorio positivo, virus de la influenza tipo A negativo, influenza tipo B negativo, virus AH1N1 pandémico negativo, antígeno para covid 19 negativo..."

"...Rx portátil tórax AP

centrada adecuada técnica

8 espacio intercostales silueta cardio tímica de aspecto conservado, infiltrados alveolares en ambos campos pulmonares no derrames o atelectasias, no impresiona compromiso de tejidos óseos o blandos plana ampicilina sulbactam, 390 mg endovenosos lento cada 6 horas, preparar para intubación orotraqueal midazolam, fetanyl, bromuro de rocuronio, ventilación mecánica invasiva con parámetros dinámicos, cuidados de tubo orotraqueal, goteo titulable de midazolam, 24 mg, Firma: Nelson Martínez medicina general..."

Folio 55-56

23-10-2021 1:56

"...Yoselin paciente critica con diagnósticos anotados se encuentra acoplada a la ventilación mecánica reactiva solo a estímulos, continua con sedo analgesia, a dosis intermedias con lo que se logra buen plano de sedación, hemo dinámicamente con soporte inodilatador a dosis bajas con presiones arteriales en percentiles para la edad por lo que se indica aumentar a 0,6 mcg/K/min, sin signos de bajo gasto ventilatoriamente acoplada al ventilador, con respiraciones espontaneas con volúmenes adecuados continua con signos de bronco espasmo en el momento sin posibilidad de iniciar manejo con heliox, ya que se requiere FIO2, alta, se reinicia esquema con B2, con lo que presenta taquicardia hasta 160 lpm, por lo que indica espaciar a cada 2 horas, se realizan gases de control, que muestra acidosis respiratoria leve, con PCO2, estable con respecto al anterior con hiperoxemia se disminuye la FIO2, se solicita control radiológico, tolera el aporte enteral por lo que se aumenta y se ajusta aporte hídrico total, diuresis con tendencia a la poliuria pero aun con balance positivo por lo que continua refuerzo diurético metabólicamente con hipokalemia severa se indica paso de bolo a 0,5 MEK/K, se aumente en los líquidos a nivel hematológico estable, continua manejo y monitoria en cuidado intensivo. Se explica a la madre la condición clínica actual y manejo a seguir refiere entender.

DIAGNOSTICOS: virus no identificado o diagnostico probable de covid 19

otros trastornos del equilibrio hidroelectrolítico

laringitis obstructiva crup

insuficiencia respiratoria aguda

bronquiolitis aguda

bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio

anemia tipo no especificado

aislamiento gotas y contacto acidosis

Firma: EMILCE BELTRAN ZUÑIGA.PEDIATRA..."

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



Folio 37

23-10-2021 Evento adverso.

"...Fisioterapeuta de turno al mirar la monitoria observa que no hay signos vitales del paciente que a las 5:30 horas presentando asistolia, se ingreso a cubículo inmediatamente y se verifica que tenga conexión, de electrodos, y saturometro bien colocados se verifica y se encuentra bien posicionados el fisioterapeuta de turno realiza acople del dispositivo de la bomba de succión que debe ir conectada al tubo orotraqueal ya que se encontraba desconectada inmediatamente el procede a dar ambu y se activa el código azul, medico de turno ausculta pulsaciones leves y pediatra de turno procede a dar reanimación avanzada con una dosis, de adrenalina la paciente sale del código azul, se verifica dilatación pupilar las cuales responden y hay de nuevo traslado electrocardiográfico, cabe aclarar que la paciente a las 5:00 horas tenia signos vitales normales, presenciados por la auxiliar de turno.

Sin firma..."

Folio 40

23-10-2021

"...Intervención terapéutica presenta evento de desaturación y bradicardia que se asiste por el equipo de VPP y masaje cardiaco durante dos minutos recibe una dosis de adrenalina con adecuada respuesta

Firma: Carlos Manuel Caicedo Garcés..."

23-11-2021

"...Con diagnósticos de Falla ventilatoria crónica, encefalopatía hipóxica, síndrome convulsivo edema cerebral en mejoría, síndrome post reanimación..."

23-10-2021

"...Disfunción hepática en resolución, trastorno electrolítico hiponatremia e hipofosfatemia corregidos disfunción miocárdica resuelta mas hipertensión arterial pulmonar en resolución, ecocardiograma 26-10-2021 HTA pulmonar moderada a severa PSAP 41 mmHG, disfunción sistólica del ventrículo izquierdo compensada ecocardiograma..."

23-10 2021

"...Acidosis metabólica leve mas hiperlactemia resuelta, laringo traqueo bronquitis aguda sincitial respiratorio positivo superada, Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad tratada, covid 19 descartado anemia leve.

Firma: Andres Kamilo Delgado Pediatra..."

Folio 45

23-10-2021 11:37

"...Evolución mañana

11 meses diagnósticos síndrome pos reanimación, 23/20 falla ventilatoria aguda laringotraqueobronquitis aguda VSR +

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



neumonía bacteriana de origen comunitario caso probable de covid 19 anemia levemente-acidosis metabólica levemente hipokalemia severa en corrección HTAP 35.8 mmhg + disfunción sistólica del ventrículo izquierdo eco 22/10

TAPA 41 MmHg + disfunción sistólica compensada ec 23/10, pendiente reporte oficial, eventos esta en síndrome pos paro con resucitación exitosa de la madrugada en turno previo tenia en ese momento pupilas sin respuesta a la luz, pero ahora ya están mióticas, aunque no ha habido respuesta con actividad motora ultimo pico febril a las 15 horas.

Se encuentra con la madre quien se explica el estado actual eventos y plan seguir refiere entender.

Análisis: como evento muy importante presenta esta madrugada evento de arresto cardíaco con requerimiento de PP masaje cardíaco y adrenalina en primer ciclo regreso a sinusoidal y se conecto de nuevo a ventilación mecánica preocupaba tras ese evento que no tenia reactividad pupilar, a la luz, y eran de 2 mm, ahora las encuentro mióticas muy probablemente en relación al midazolam que recibe como parte de la sedo analgesia, entonces disminuimos la dosis de dicha medicación esperando evaluar re actividad corporal y pupilar, hemodinamicamente se tomo el eco-cardiograma y muestra disfunción ventricular compensada pero hay mas HTAP, la cual ahora es severa, con ello se aumenta la dosis de milrinone a 0,8 mg kgmin, ventilatoriamente esta acoplado a la ventilación esperamos que con la disminución de la sedoanalgesia asiste a la misma los últimos gases muestran una hipoxemia con ello se hasta la FIO2, y se tomara control gasimétrico para evaluar sobre todo la acidosis y el lactato relación a evaluar la respuesta a los cuidados post paro cardiacos, indicados se reinicia alimentación enteral renal con diuresis adecuada pero balance hídrico positivo se aumenta un poco la furosemda para tratar de estabilizar dichos balances, infeccioso sin fiebre desde ayer, en la tarde, luce séptica y el ultimo hemograma es de esta madrugada no tiene leucocitosis sigue igual antibiótico y en espera del reporte de la RT- PCR de covid 19, continua manejo en UCIP intensivo, explico al padre refiere entender.

Firma: Delgado Romero Andres pediatra..."

Folio 51-52

25-10 -2021 12:11

"...Paciente que presenta un cuadro de falla respiratoria secundaria a un bronquiolitis y neumonía complicadas entra en paro espontaneó posteriormente inadecuadas respuestas neurológicas, al parecer reacciona positivamente a la reanimación actualmente bajo efectos de medicaciones relajantes y sedantes lo que dificulta la respuesta asimétrica a la luz, los reflejos músculo tendinosos presentes no respuesta a estímulos sensitivos ahora el tono bajo pero estuvo mas aumentado el dia de ayer, no corneano, no tusigeno, no nauseosos, pero insisto en bajar dosis de medicaciones para hacer mas objetiva la valoración, requiere resonancia cerebral paciente producto de embarazo adolescente controlado sin complicaciones, según la madre al parecer el desarrollo normal, no consanguíneos actualmente bajo efectos de medicaciones relajantes y sedantes lo que dificulta la apreciación objetiva del examen neurológico encuentro con pupilas mióticas con respuesta asimétrica.

Firma: Zambrano Nieto Alberto Neuropediatra..."

Folio 53

25-10 -2021 10:36

"...Paciente de 11 meses, con falla ventilatoria, aguda por bronquiolitis VSR positivo, mas

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



neumonía además con síndrome post reanimación continua crítico neurológicamente sin reflejos pupilas hipo reactivas y poca asistencia a ventilación por lo que hoy disminuyo sedo analgesia, se tomo tac de cráneo simple y mañana se evaluara con neuropediatría, y se espera informe oficial del mismo paciente crítico requiriendo múltiples soportes continua monitoreo intensivo se solicita control de paraclínicos y RX de tórax en la mañana se explica a la madre.

Firma: Villa Rosero Yinna Marlen. Pediatra..."

Folio 65 CD notas de enfermería:

15:30 18 / noviembre /2021

"...Paciente de 11 meses de edad, femenina, quien se encuentra en compañía de su madre en el cubículo 5, a nivel neurológico; sin soporte de sedación, con pupilas anisocóricas con mayor dilatación de pupila izquierda, poco reactivas a la luz, con mayor respuesta la pupila izquierda, sin conexión con el medio con hipertonia de miembros superiores e inferiores, no presenta episodios febriles, no presencia de convulsiones, en manejo anti convulsivo con levetiracetam y fenobarbital. a nivel hemodinámico; sin soporte inotrópico, con cifras tensionales entre percentil 50-95 con algunas cifras tensionales elevadas por encima de percentil 95 , recibe manejo con nifedipino como manejo antihipertensivo, pulsos distales presentes, llenado capilar <2 segundos. A nivel ventilatorio; tórax simétrico, con ventilación mecánica invasiva mediante traqueostomía con canula 4,5 sin balón con fio2: 30%, en modo acv, paciente sialorreica por lo cual cuenta con sonda de succión continua y requiere de terapia respiratoria intensiva. a nivel genitourinario; genitales externos normales, con diuresis espontanea en pañal hasta el momento de 8 cc/kg/hra mixta por 3 horas , se suspendió furosemda. a nivel gastrointestinal; abdomen blando y depresible, paciente con gastrostomía 14 fr, funcional por la cual se administra infatrini 160 cc c/6 hrs para pasar en 4 horas, la cual tolera sin complicación, no realiza deposición por lo tanto se indicó enema jabonoso evacuante con lo cual realizó deposición abundante. se realiza hidratación de la piel y se observa piel integra, se realiza hidratación de ojos con lagrimas artificiales. hasta el momento no presenta nuevos cambios y no se realizan procedimientos adicionales a los descritos. pendiente: entrega de nutrición para egreso con homecare y pendiente ventilador de home care servisalud para conexión y verificación del funcionamiento.

Navia Ortega Dayana Fernanda Auxiliar de enfermería..."

Folio 8 de 1110

09/diciembre/2021 10:40 historia CD Susana López de Valencia.

"...Por orden medica se traslada paciente a sala de emergencias de urgencia pediatría al momento se lo observa despierta desconectada del entorno, con signos de dificultad respiratoria, con soporte de oxigeno de alto flujo por mascara por traqueostomía, afebril, hidratada, en condiciones regulares de salud, mucosas húmedas con leve tonalidad rosada, es traslado en silla de ruedas quedando ubicada en cama con su monitoria electrocardiográfica no invasiva según requerimiento, se realiza la correspondiente entrega del paciente sin complicaciones al momento, presenta dolor: no , cabeza: con soporte de oxigeno por mascara de alto flujo por traqueostomía, cuello: sin alteraciones evidentes, tórax: sin alteraciones evidentes, abdomen: con distensión abdominal y gastrostomía, genitourinario: íntegros con pañal, sello venoso: no, líquidos endovenosos: no, goteos especiales: no , extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: no, deposición: no, pendientes: cumplir ordenes medicas: monitorización hemodinamiza en sala de emergencias - aislamiento de gotas y de contacto oxigeno por cánula de traqueostomía para saturación parcial igual o mayor a 95

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



radiografía de tórax portátil , radiografía de abdomen simple portátil , panel viral, antígeno para sars cov 2, se solicita valoración por pediatría, gram y cultivo de secreción traqueal.

Imbachi Anacona Leidy Viviana Auxiliar de enfermería..."

Folio 35 CD /106.

12/diciembre/2021 06:55

"...Entrego paciente menor de edad en sala de hospitalización de pediatría ahora despierta, alerta, hidratada, con signos de dificultad respiratoria, en compañía del familiar, pasa en estables condiciones durante el turno, no presenta cambios duerme periodos cortos , se administra tratamiento medico ordenado sin complicación, queda en compañía del familiar y personal de salud asistencial, se brinda la atención desde le recibo , manejo y entrega de turno con todos los elementos de bioseguridad por ser pacientes sospechosos de covid 19, paciente que por orden medica se suspende administración de nutrición debido a que presento episodios eméticos por boca y nariz, se le explica al familiar la orden medica quien refiere entender. presenta dolor: no , cabeza: sin alteraciones evidentes, cuello: con traqueostomía sin signos de infección y con soporte de oxigeno por traqueo a 6 litros por minuto con fio2 de 50%, tórax: con retracción costal y subcostal, abdomen: con botón de gastrostomía por donde recibe nutrición, genitourinario: no se evalúan sello venoso: si , ubicación sello venoso: pliegue izquierdo y radial de mano derecha, signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: si, descripción: dex en ssn9% 500 cc + 5 cc de katrol pasando a 40 cc hora por bic, goteos especiales no, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: si descripción eliminación: espontaneo en pañal, deposición: no, pendientes: resultado de hemocultivos, toma de ch, pcr a las 6+00 t resultado de secreción traqueal , educación al paciente y familia: si, temas: técnica de lavado de manos ,necesidades y condiciones de aislamiento, deberes y derechos del paciente, manejo de residuos hospitalarios, prevención en covid-19, vigilancia de reposo o de ambulación: si, toma de signos vitales de control nutrición: si, nada vía oral, suspendida nutrición por gastrostomía.
Firma: Ceron Omen Erika Liceth Auxiliar de enfermería..."

Folio 83/106 CD

17/diciembre/2021 19:00

"...Recibo paciente en sala de hospitalización de pediatría , la cual a la valoración neurología se observa desorientada de su entorno dormida, con signos de dificultad respiratoria, hidratada, afebril al tacto, no refiere dolor, en el momento en compañía de familiar y personal asistencial su manilla de identificación. presenta dolor: no , cabeza: desorientada por su diagnostico de pci con sonda de succión continua via oral, cuello: con traqueostomía funcional pasando soporte de oxigeno por ventilador mecanico con un fio 2 de 40% 12 litros, torax: con prolongación ósea en el esternón, abdomen: con gastrostomía para paso de nutrición funcional, genitourinario: íntegros externos, sello venoso: no, líquidos endovenosos: no, goteos especiales: no , extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: no, deposición: no, pendientes: consecución de homecare.

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



Firma: Pino Salazar Eymar Ruben Auxiliar de enfermería..."

07:00 folio 96/106 CD
19/diciembre/2021

"...Recibo paciente menor de edad de 1 año, en brazos de la madre despierta alerta, soporte de oxígeno por ventilación mecánica, dx conocido y anotado en la historia clínica, se observa en regular condición general, paciente con rigidez muscular, sin acceso periférico, con traqueostomía, gastrostomía, se encuentra en compañía de la madre y de personal de hospitalización, presenta dolor: no , cabeza: normo cefálica sin alteraciones evidentes, cuello: con rigidez muscular mas traqueostomía conectado a ventilación mecánica al 64% de fio2 saturando dentro de los parámetros normales, tórax: normoexpansiva, abdomen: depresible a la palpación con sonda de gastrostomía funcional en el momento pasando nutrición enteral infantriny a 140cc hora por bic, genitourinario: leve dermatitis, sello venoso: no, líquidos endovenosos: no, goteos especiales: no, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: si descripción eliminación: espontaneo, deposición: no, pendientes: - homecare.

Firma: Ortega Ortega Yulieth Viviana Auxiliar de enfermería..."

Folio 104/106 CD
20/diciembre/2021 09:10

"...Paciente quien se le hace reactivación de home care el día de hoy viene de parte de AIC home care a revisión de la paciente queda pendiente que se defina en que lugar o si se quedara en casa de paso la paciente por lo cual queda pendiente que AIC nos de respuesta a que horas vendrán por la paciente para dar egreso.

Firma: Ortega Ortega Yulieth Viviana Auxiliar de enfermería..."

21/octubre/2021 21:45

"...Ingresa menor de edad a sala de uci pediátrica desde nivel I de caldono, en camilla con barandas en alto, monitorizada en compañía de medico, auxiliar y familiar. ubicado en: camilla, barandas en: alto, posición: acostado, acompañante: si, riesgo: caídas, manilla: con aislamiento: si contacto y gotas, aspecto general: menor al ingreso se observa alerta, irritable a la manipulación, taquicardica con dificultad para respirar, taquipneica, con soporte de oxígeno por mascara a 8 litros, con acceso venoso periférico en dorso de mano derecha, queda en cama con barandas en alto, monitorizado, en compañía de familiar, presenta dolor: no , cabeza: normocéfalo, sin adenopatías, con mascara a 8 litros, cuello: movil, sin adenopatías, tórax: simétrico Normoexpansible con dificultad para respirar, retracción intercostal, subcostal, supraesternal, abdomen: blando, globoso pero depresible y no doloroso a la palpación, genitourinario: externos íntegros, normoconfigurados sello venoso: si , ubicación sello venoso: dorso de mano derecha de nivel i funcional, permeable, signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: no, goteos especiales: no, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: no, deposición: no, pendientes: cumplir ordenes medicas.

Lopez Cordoba Cristy Daniela Auxiliar de enfermería..."

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



Folios 45/ 406 CD

23/octubre/2021 5:30

"...Paciente quien siendo las 5:30 presenta desaturación (45%) bradicardia de (50 lpm) se observa cianosis, se verifica pulsos, por orden medica se inicia maniobras de rcp se administra dosis única de adrenalina 0.1 cc, a los dos minutos se verifican pulsos los cuales están presentes presión arterial, saturación.

Calvo Serna Valentina Auxiliar de enfermería..."

23/octubre/2021

"...Post evento de reanimación: cuadro hemático, pcr, sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio, fósforo, creatinina, nitrógeno ureico, gases venosos, ast, alt, bilirrubinas, ldh, fosfatasa alcalina, tiempos de coagulación. con previa técnica aséptica y antisepsia, se realiza desinfección del catéter venoso central femoral derecho con clorhexidina alcoholada 3 veces, se realiza cambio de guantes estériles se coloca campo estéril y se saca 5cc de sangre inicialmente para luego sacar 6 cc de sangre para cuadro hemático, pcr, sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio, fósforo, creatinina, nitrógeno ureico, ast, alt, bilirrubinas, ldh, fosfatasa alcalina, tiempos de coagulación y gases venosos que se pasan a terapeuta de turno para su debido proceso en la maquina de gases, se introduce los 5cc de sangre sacados inicialmente y se irriga catéter venoso central con 5cc de solución salina queda permeable, funcional, sin signos de flebitis, sin vasoespasmo, se rotulan muestras y se envían inmediatamente al laboratorio clínico con el camillero de turno, procedimiento sin ninguna complicación, se le explica a la madre acerca del procedimiento refiere entender. se ingresa al cubículo con todas las medidas de protección.

Ruiz Caicedo Yesica Ivon Auxiliar de enfermería..."

Folio 51/ 496

23/octubre/2021 18:55

"...Menor de edad lactante en sala de uci pediátrica con su diagnostico registrado en su historia clínica bajo goteos de sedación e inotropia afebril, piel pálida con zona de presión en las cuales seden a sus cambios de posición , que hemo dinámicamente durante el día se observa estable con febrícula monitoria de signos vitales cada hora , buen llenado capilar, pulsos periféricos presentes, su fuerza muscular no se puede valorar por su sedación en compañía de la madre paciente que se examina con protocolo de bioseguridad para covid-19 con tapabocas n- 95, visor facial, monogafas, bata desechable y gorro, presenta dolor: no , cabeza: con pupilas reactivas a las luz, mucosas húmedas y rosadas con sonda nasogástrica # 8 funcional para paso de nutrición por orden medica con tubo orotraqueal 4.0 con balón fijo en comisura labial fijo en 13cm conectado a ventilador mecánico convencional con una Fio2 de 40% en saturando adecuadamente manejado por terapia respiratoria de turno, cuello: móvil sin alteración evidente, tórax: Normoexpansible, con electrodos conectados a EKG para monitoria, abdomen: blando a la palpación, genitourinario: sin alteración evidente sello venoso: si , ubicación sello venoso: miembro superior radial izquierdo y derecho conectado con conector libre para paso medicamentos, signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: no, goteos especiales: si, cual por catéter venoso central femoral derecho se observa fijado con pegaderm sin signos de infección limpio y seco para paso de goteo de: por lumen proximal pasando goteos de : midazolam a 3cc/h ev por bic, fentanyl 2cc/h ev por bic, milrinone a 2cc/h ev por bic , por lumen distal pasando y paso medicamentos y destrosa ssn 0.9 + 7.5cc de katrol a 11cc/h ev por bic, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no,

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023

sangrado: no, sonda vesical: si, características de la orina: con sonda vesical #8 conectado a la unidad de cystoflow a libre drenaje, eliminación: si descripción eliminación: queda con una diuresis de las 6 horas de la mañana de 4.7cc/kg/h y de las 6 horas de la tarde de 10.4cc/kg/h, deposición: no, pendientes: según evolución medica



Martínez Jaramillo Brayan Manuel Auxiliar de enfermería..."

Folio 87/406

25/octubre/2021 6:55

"...Entrego paciente menor de edad en sala de cuidado intensivo de UCI pediátrica en cama con barandas en alto, anidada, paciente critica en regulares condiciones generales, bajo efectos de sedación, mucosas húmedas y con leve palidez, con ventilación mecánica invasiva, piel hidratada, leve palidez cutánea, pulsos periféricos presentes, llenado capilar de 2 segundos, fuerza y tono muscular sin evaluar por su sedación, con hipertonia, hiperreflexia, sin movimientos espontáneos, con monitorización continua invasiva, pasa el turno tranquilo, estable sin complicaciones, tolera vía oral, elimina y no hace deposición, se asiste en sus necesidades básicas, no presenta episodios eméticos, no diarrea, no picos febriles, ni convulsiones, recibe tratamiento ordenado administrado por jefe de turno, en compañía de familiar y al cuidado de personal de enfermería, presenta dolor: no, cabeza: normotensa, fontanela levemente abombada, pupilas isocóricas, foto reactivas, con sonda nasogástrica numero 8 por fosa nasal derecha para pasos de nutrición, con tubo orotraqueal numero 4 con balón, fijo en 13 cm, fio 35% demás parámetros manejados por terapeuta respiratorio, con succión continua., cuello: móvil sin adenopatías, tórax: simétrico normoexpansivo, con electrodos para trazado de EKG, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen: blando depresible a la palpación, genitourinario: sin alteraciones evidentes, con sonda vesical numero 8 conectada a bolsa de cystoflow para libre drenaje sello venoso: si, ubicación sello venoso: dorso de mano izquierda libre, 2 en dorso de mano derechas libres, signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: si, descripción: 500 cc de dextrosa en ssn + 5, cc de katrol a 5 cc/h por bic pasando por lumen distal de cateter femoral, goteos especiales: si, cual? Midazolam pasando a 2.5 cc/h por bic, fentanyl pasando a 1 cc/h por bic, milrinone pasando a 2 cc/h por bic por lumen distal de catéter femoral derecho, 375 cc de agua destilada + 125 cc de natrol pasando a 8 cc/h por bic por lumen proximal de catéter femoral derecho, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: si descripción eliminación: diuresis de las 12 horas de 3.7 cc/h y de las 24 horas de 3.3 cc/h, deposición: no, pendientes: toma de tac cerebral.

Lopez Cordoba Cristy Daniela Auxiliar de enfermería..."

Folio 93/406

25/octubre/2021 19:45

"...Menor de edad en sala de cuidados intensivos de UCI pediátrica, quien ingresa de la toma de un

TAC de cráneo, ingresa en camilla en compañía de personal de salud de ambulancia medicalizada, quien se ubica en su unidad queda en cama, se observa dormida bajo efectos de sedación, poco reactiva a la manipulación, afebril, hidratada, con mucosas húmedas, piel pálida, con soporte de oxigeno, con signos de dificultad respiratoria, con pulsos distales presentes, buen llenado capilar, con buen peso y talla para la edad, quien queda en compañía de la madre, presenta dolor: no, cabeza: normo cefálico, con soporte de oxigeno por tubo orotraqueal #4.0 con balón, fijo en 13cm, conectado a ventilación mecánica en modo simv, con Fio2 del 30, con sonda nasogástrica #8, funcional, con sensor conectado a monitoria biss,

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



cuello: móvil a la manipulación, tórax: expansible, acoplado a ventilación mecánica, con electrodos conectados a monitoria, abdomen: blando depresible, genitourinario: íntegros, con sonda vesical, cubiertos con pañal sello venoso: si, ubicación sello venoso: 2 en dorsos de manos derecha y dorso de mano izquierda, signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: si, descripción: dextrosa al % en solución salina normal a 0.9% + 7.5 cc de katrol a 3 cc hora y agua destilada 375 + 125 cc de natrol a 8 cc hora pasando por catéter central, goteos especiales: si, cual? midazolam a 0.25 cc hora y milrinone a 2.5 cc hora pasando por catéter central, línea arterial: si, descripción línea arterial: pedial izquierda pasando solución salina normal a 0.9% + 0.1, cc de heparina + 0.5 cc de lidocaína a 4 cc hora, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: anormal, descripción: con catéter central femoral derecho bilumen, glúteos: normal, herida: no, sangrado: no, sonda vesical: si, características de la orina: sonda #8, conectada a cystoflo, eliminación: no, deposición: no, pendientes: resultado de hemocultivos, toma de ecocardiograma, toma de resonancia magnética cerebral, resultado de pcr para covid-19, reporte oficial de TAC.

Muñoz Varona Michel David Auxiliar de enfermería..."

Folio 150/406

29/octubre/2021 6:55

"...Entrego menor de edad en sala de cuidado intensivo UCI pediátrica cuidado intensivo, en regulares condiciones generales, estado crítico, con elementos de protección personal por pandemia y protocolo de institución, en el momento se observa dormida, sin respuesta a estímulos, desconectada del entorno, con ventilación mecánica invasiva, mucosas húmedas pálidas, piel hidratada, test pálida, hipertónica, con clonus en miembros inferiores, llenado capilar y pulsos distales presentes, pasa la noche tranquilo, signos vitales, estables sin complicaciones, elimina espontáneo, realiza deposición, no presenta episodios eméticos, no diarrea, ni convulsiones, no picos febriles, se asiste en sus necesidades básicas, pasa sin cambios especiales, recibe tratamiento ordenado administrado por jefe de turno, con monitorización continua, en el momento en compañía de familiar, al cuidado de personal de enfermería., presenta dolor: no, cabeza: pupilas con reacción lenta a la luz, tubo orotraqueal 4 con balón fijo en 13 cm fio 30% modo simv demás parámetros manejados con terapeuta respiratorio, con sonda nasogástrica número 8 por fosa nasal derecha por donde pasa nutrición, cuello: móvil, sin adenopatías, tórax: simétrico Normoexpansible sin dificultad para respirar, con electrodos para trazado de EKG, abdomen: blando, depresible y no doloroso a la palpación, genitourinario: externos íntegros, normoconfigurados sello venoso: si, ubicación sello venoso: dorso de mano izquierda para paso de líquidos endovenosos, signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: si, descripción: 500 cc de dextrosa en ssn 0.9% + 5 cc de katrol a 3 cc/h por bic por dorso de mano izquierda, goteos especiales: no, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida: no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: si descripción eliminación: diuresis de las 12 horas de 2.8 cc/h y de 2.9 las 24 horas, deposición: no, pendientes: toma de resonancia magnética bajo sedación en club Noel".

Lopez Cordoba Cristy Daniela Auxiliar de enfermería..."

Folio 177/406

31/octubre/2021 13:00

"...Menor de edad en sala de cuidados intensivos de uci pediátrica, dormida, desconectada del entorno, con leve movimientos clónicos a la manipulación, afebril, hidratada, con mucosas húmedas, piel

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



rosada, con soporte de oxígeno, pulsos distales presentes, con buen llenado capilar, con buen peso y talla para la edad, quien se encuentra en compañía de la madre., presenta dolor: no cabeza: normo cefálico, con soporte de oxígeno por tubo orotraqueal #4.0 con balón, fijo en 13cm, conectado a ventilación mecánica en modo simv con fio2 de 30%, con sonda nasogástrica #8, cuello: móvil, tórax: expansible, acoplado a ventilación mecánica, con electrodos conectados a EKG para monitoria, abdomen: blando depresible, genitourinario: íntegros cubiertos con pañal sello venoso: si, ubicación sello venoso: dorso de mano izquierda, signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: si, descripción: dextrosa al 5% en solución salina normal a 0.9% 500cc + 7.5 cc de katrol a 3 cc hora pasando por pie derecho, goteos especiales: no, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: no, deposición: no, pendientes: valoración por cirugía pediátrica, toma de resonancia magnética cerebral se presenta ante el paciente: si durante cambio de turno.

Muñoz Varona Michel David Auxiliar de enfermería..."

31/octubre/2021 14:00

"...Sigue pendiente confirmar cita para resonancia cerebral, la cual esta autorizada para club Noel, es cual no se ha podido tramitar cita por dificultades en la comunicación con esta IPS.

Firma: Muñoz Bolaños Alexis Osvaldo Auxiliar de enfermería..."

Folio 194/406

01/noviembre/2021 6:55

"...Entrego menor de edad en sala de cuidado intensivo UCI pediátrica cuidado intensivo, con elementos

de protección personal por pandemia y protocolo de institución, en el momento se observa sentada, dormida, entre coma y estupor profundo, con ocasional asistencia respiratoria espontanea, desconectada con el entorno, con ventilación mecánica, mucosas húmedas, piel hidratada, test pálida, llenado capilar y pulsos distales presentes, con hipertonia en miembros superiores, clonus en los pies ante estímulos, reflejo tusígeno y nauseoso presente, pasa la noche tranquilo, presenta bradicardias reactivas a estimulación, sin complicaciones, elimina espontaneo, no realiza deposición, no presenta episodios eméticos, no diarrea, ni convulsiones, no picos febriles, se asiste en sus necesidades básicas, duerme periodos largos durante la noche, recibe tratamiento ordenado administrado por jefe de turno, con monitorización continua, en el momento en compañía de familiar, al cuidado de personal de enfermería, presenta dolor: no, cabeza: pupilas de 4 mm isocóricas lentamente reactivas, fontanela anterior pequeña normotensa, con sonda nasogástrica numero 8 por fosa nasal derecha para paso de nutrición, con tubo orotraqueal numero 4 con balón fijo en 13 cm, fio 30% modo simv prvc, demás parámetros manejados por terapeuta respiratorio, cuello: móvil, sin adenopatías, tórax: simétrico Normoexpansible sin dificultad para respirar, con electrodos para trazado de EKG, abdomen: blando, depresible y no doloroso a la palpación, genitourinario: externos íntegros, normoconfigurados sello venoso: si, ubicación sello venoso: pliegue de mano derecha por donde pasan líquidos endovenosos, signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: si, descripción: 500 cc de dextrosa en ssn 0.9% + 7.5 cc de katrol a 3 cc/h por bic por pliegue de mano derecha, goteos

especiales: no, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: si descripción eliminación: diuresis de las 12 horas de 3.8 cc/h y de las 24 horas de 3.4 cc/h, deposición: no, pendientes: valoración por cirugía pediátrica.

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



Lopez Cordoba Cristy Daniela Auxiliar de enfermería..."

03/noviembre/2021 13:00

"...Recibo menor de edad en sala de cuidado intensivo uci pediátrica cuidado intensivo, con elementos de protección personal por pandemia y protocolo de institución, en el momento se observa en regulares condiciones generales, sin conexión con el medio, sin apertura ocular, con ventilación mecánica invasiva, mucosas húmedas y rosadas, piel hidratada, rosada, con disminución de hipertonía de extremidades inferiores, con retiro a estímulos, con clonus en miembros inferiores ante estímulos, llenado capilar y pulsos distales presentes, con monitorización continua, en el momento en compañía de familiar, al cuidado de personal de enfermería., presenta dolor: no , cabeza: fontanela permeable menos tensa, pupilas anisocóricas pero con disminución de dilatación de pupila derecha de 4mm y 3 mm izquierda, con sonda nasogástrica numero 8 por fosa nasal izquierda para paso de nutrición, con tubo orotraqueal numero 4 con balón fijo en 13 cm, fio2 30%, modo simv demás parámetros manejados por terapeuta respiratorio, cuello: móvil, sin adenopatías, tórax: simétrico Normoexpansible sin dificultad para respirar, con electrodos para trazado de EKG, abdomen: blando, depresible y no doloroso a la palpación, genitourinario: externos íntegros, normoconfigurados, con pañal sello venoso: si , ubicación sello venoso: dorso y antebrazo izquierdo, pliegue de mano derecha, signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: no, goteos especiales: no , línea arterial: si, descripción línea arterial: radial de mano derecha pasando 500 cc de ssn + lidocaína + heparina pasando a 3 cc/h continua, extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, gluteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: no, deposición: no, pendientes: turno para cirugía.

Lopez Cordoba Cristy Daniela Auxiliar de enfermería..."

Folio 230/406

03/noviembre/2021

"...Recibo paciente menor de edad en sala de UCI pediátrica, en cuidado intensivo con su diagnóstico registrado en su historia clínica se observa con tono muscular hipotónico ,con escala de confort de 11/40,afebril,se observa con zonas esquistóticas en miembros superiores por anteriores venopunciones resto de piel pálida e íntegra, con monitoria y continua para control de signos vitales cada hora, en el momento en compañía de la familiar, presenta dolor: no , cabeza: normo configurada ,con pupilas reactivas a la luz, mucosas pálidas y húmedas, se observa con sonda nasogástrica numero 8 permeable funcional para paso de nutrición formula 1, 180cc cada 6 horas ,con tubo orotraqueal numero 4.0 con balón fijo en 13 cm con fio2 del 30%,en modo simv, la cual es manejada por terapeuta de turno, con sonda de succión continua, en el momento saturando adecuadamente,, cuello: móvil sin alteraciones evidentes, tórax: normoexpansivo, simétrico, en el momento sin signos de dificultad respiratoria, acoplado a su ventilador, con electrodos para monitoria continua de EKG, abdomen: blando a la palpación no se observa distensión abdominal, genitourinario: femeninos externos íntegros, porta pañal desechable limpio y seco, sello venoso: si , ubicación sello venoso: dorso de mano izquierda, antebrazo izquierdo, dorso de mano derecha., signos de flebitis: no, líquidos endovenosos: no, goteos especiales: no , línea arterial: si, descripción línea arterial: línea arterial en miembro superior derecho la cual se encuentra cubierta con apósito transparente tegaderm sostenido a sus extremos con fixomull donde se observa su punto de inserción sin signos de infección pulsátil sin signos de vasoespasmo, permeable para paso de

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023

solución universal de línea arterial solución salina normal 0.9% 500cc + 0.1 de heparina+0.5 de lidocaína, pasando a 3 cc hora., extremidades superiores: normal, extremidades inferiores: normal, glúteos: normal, herida : no, sangrado: no, sonda vesical: no, eliminación: no, deposición: no, pendientes: revaloración por cirugía, trabajo social y psicología , reporte oficial de tac, reporte de para clínicos.



Camayo Noguera Natalia Andrea Auxiliar de enfermería..."

04/noviembre/2021

00:10

"...Paciente quien tiene pendiente revaloración por cirugía pediátrica para realización de traqueostomía y gastrostomía (no se encuentran los padres), la realización de una resonancia magnética nuclear cerebral (pendiente cita) y continua con acompañamiento por psicología, trabajo social y humanización para sus padres.

Dorado Fuentes Mayoli Auxiliar de enfermería..."

Folio 256/406

05/noviembre/2021 18:00

"...La madre fue valorada por trabajo social y psicología para explicarle los riesgos de que la niña continúe entubada a largo plazo la madre refiere que las decisiones las toman en conjunto con el padre de la bebe y que esta esperando a que vuelva el día de mañana sábado 6/11/21 para poder hablar de la situación con su esposo y poder definir si se realiza la traqueostomía y gastrostomía que requiere yoselyn por otra parte psicología le da pautas para afrontar la situación, la madre es receptiva y colaboradora. se informa a la auditora Sandra Narvaez acerca de la cita que se tiene pendiente de la resonancia cerebral que esta autorizada para club Noel que hasta el momento no ha sido posible la comunicación con ellos la secretaria clínica Zoraya Tosne ha tratado de comunicarse ya sea vía telefónica y por medio de correos electrónicos pero sin ninguna respuesta positiva por lo cual desde hace varios días la auditora Sandra Narváez y la dra Eliana Zemanate realizan la gestión con la auditora de la AIC para cambio de prestador ellos refieren que se podría realizar también en la clínica de los remedios en la ciudad de Cali se comunicaron el día de hoy con dicha entidad pero refieren que por el momento el equipo estaba en mantenimiento que probablemente la cita la dieran para el día martes de la semana que viene 9/11/21 pendiente que se confirme la cita el día lunes 8/11/21 se informa a la parte medica de turno.

Ruiz Caicedo Yesica Ivon Auxiliar de enfermería..."

Folio 284/406

08/noviembre/2021 6:00

"...Pendiente aun asignación de cita para toma de resonancia magnética cerebral, hoy lunes se dará tramite pertinente al examen día laboral, pendiente que familiares autoricen el procedimiento de traqueostomía y gastrostomía.

Ruiz Caicedo Yesica Ivon Auxiliar de enfermería..."

Folio 289 CD

08/noviembre/2021 13:30

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



"...Padre refiere "yo sé que ella necesita la cirugía pero la mamá no permite, pero yo si" madre refiere que quiere llevarse la niña para la casa y que no acepta la cirugía, entrega un documento del cabildo donde solicitan la pronta salida y no autorizan procedimientos. se aclaran dudas y se explica al padre su manejo pendiente: re valoración por cirugía pediátrica para realización de turno para traqueostomía y gastrostomía cuando los padres autoricen procedimiento, pendiente traslado a cita para resonancia magnética en club Noel el 09/11/2021 a las 7+ 00- pendiente consecución de ambulancia por parte de referencia y contra referencia

Navia Ortega Dayana Fernanda Auxiliar de enfermería..."

Folio 299 CD

09/noviembre/2021 07:00

"..Paciente la cual se encuentra en Cali en toma de resonancia magnética.

Sanchez Ruiz Dolly Rocio Auxiliar de enfermería..."

Folio 311 CD

10/noviembre/2021 0:25

"..Pendiente revaloración por cirugía pediátrica para realización de traqueostomía y gastrostomía (no se encuentran los padres) y continua con acompañamiento por psicología, trabajo social y humanización para sus padres.

Dorado Fuentes Mayoli Auxiliar de enfermería..."

Folio 316 CD

10/noviembre/2021 14:10

"...Paciente con turno quirúrgico para gastrostomía, se regresa turno a la sala donde se encuentra la paciente porque informan que la familiar quiere reunirse primero con la familia para hablar sobre el procedimiento; a la espera de que la familia defina si acepta el procedimiento para así gestionar la oportunidad de quirófano para la cirugía, quedamos atentos.

Sauca Martinez Diego Andres Auxiliar de enfermería..."

12/noviembre/2021 0:35

"...Pendiente pasar turno quirúrgico a cirugía para traqueostomía y gastrostomía (ya firmado por la madre)

cuando haya mejoría de leucocitosis. pendiente resultado oficial de resonancia magnética tomada en club Noel.

Navia Ortega Dayana Fernanda Auxiliar de enfermería..."

Folio 362 CD

13/noviembre/2021

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



"...Llamado a cirugía se observa traqueostomía conectada a ventilador mecánico con un Fio2 del 30% saturando adecuadamente. parámetros manejados por terapia respiratoria, tórax: Normoexpansible, con electrodos conectados a EKG para monitoria, abdomen: blando depresible se observa gastrostomía por el momento pinzada.

Muñoz Varona Michel David Auxiliar de enfermería..."

Folio 397

16/noviembre/2021 6:20

"..Pendiente; autorización de home care se encuentra tramite con referencia y contra referencia, pendiente reporte oficial de resonancia magnética realizada en club Noel Cali.

Dorado Fuentes Mayoli Auxiliar de enfermería..."

Folio 1468/1473

23/01/2022 10:47:16 a. m.

"...Yoselin paciente conocida en la institución por presentar los siguientes dxs de falla ventilatoria crónica - encefalopatía hipóxica, síndrome convulsivo.

síndrome post reanimación (23/10/21)-. usuario de traqueostomía y gastrostomía

(13/11/2021) ahora paciente en el contexto de un cuadro clínico que inicia el viernes 21 en la tarde consistente en fiebre desacople al ventilador desaturación y movilización de secreciones.

consultaron al medico de homecare que ordeno soporte medico de base.

hoy notan empeoramiento de la sintomatología con mayor dificultad respiratoria por lo que es traído a la institución por equipo de home care e ingresa en muy malas condiciones generales desaturado en 55 % taquipneica, taquicardica

por lo que se traslada a sala de emergencia y se conecta a ventilador mecánico de la institución . se deja con monitoria se colocan 2 accesos venosos en la toma de gases arteriales se evidencia una acidosis respiratoria severa con hipoxemia y hace ajuste de parámetros ventilatorios (fio2 del 100 % peep de 7 fr 22 pim de 22 ti de 0.45 relacion 1:5) con mejoría de

la Saturometria inicial solo hasta 70 % pero posteriormente pese a los ajustes persiste desaturada hasta 50 % y va descendiendo. se coloca metilprednisolona en bolo y esquema de inhalaciones por signos auscultatorios de broncoespasmo . posteriormente presenta aumento de la hipertonicidad en mss y miis considerándose estado convulsivo y se indica impregnación con fbt a 10 mg por kilo de peso. se solicitan paraclínicos rx de

tórax hemograma panel viral ag para covid 19 y cupo en UCI ped se revisa rx de tórax y se observa opacidades en acp que compromete todos los cuadrantes compatible con SDRA pediátrico . se hace restricción de lev se indica inicio de

antibióticos previa toma de hemocultivos y se coloca goteo de sedo analgesia . tiene alta sospecha de un covid critico que s corroborado con resultado de antígeno positivo con contacto positivo estrecho en domicilio donde vive además los padres no están vacunados pese a que se les educo, paciente con gran deterioro y pobre respuesta al manejo.

continua con desaturado pacte que empeora clínicamente peso a ajustes de la ventilación .se optimiza la sedoanalgesia y desde las 13 y 10 pm presenta asistolia con mayor desaturación por lo que se inician maniobra de reanimación y soporte . a las 13y 30 se declara muerta.

pupilas midriáticas fijas ausencia de reflejo corneano y nauseoso, se informa a la madre y se da apoyo y acompañamiento emocional de mi parte y del equipo de salud que la acompaña, se le apoya para informar a su familia.

Firma Fernandez Ceron Leidy Andrea Especialidad: registro médico: 1061746260

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



Medicina General..."

"...Hospitalización del 21 de octubre hasta el 23/11/2021 con diagnósticos de: 1. falla ventilatoria crónica, 2. encefalopatía hipóxica 3. síndrome convulsivo, 4. edema cerebral en mejoría, 5. síndrome post reanimación (23/10/21) 6. disfunción hepática en resolución, 7. trastorno electrolítico: hiponatremia e hipofosfatemia, corregidos, 8. disfunción miocárdica resuelta + hipertensión arterial pulmonar en resolución (ecocardiograma 26/10/2021) hta pulmonar moderada a severa psap 41 mmhg + disfunción sistólica del ventrículo izquierdo compensada (ecocardiograma 23/10/2021) hta pulmonar 35.8 mmhg + disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (ecocardiograma 22/10/2021).9. acidosis metabólica leve + hiperlactatemia resuelta 10. laringotraqueobronquitis aguda virus sincitial respiratorio positivo superada 11. Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad tratada, 12. covid-19 descartado (rt-pcr negativo) 13. Anemia leve 14. postoperatorio de traqueostomía y gastrostomía (13/11/2021)

Firma: Cujar Otero Olga Lucia Pediatra..."

FIN DE HISTORIA SUSANA LOPEZ DE VALENCIA.
Home Care folio 3 SERVI SALUD DEL CAUCA IPS SAS

"...Notas de atención médica:

23/11/2021 19.00 recibo paciente de 1 años de sexo femenino somnoliento desorientado en sus tres esferas que son tiempo lugar y persona postrado en cama domicilio posición sedente soporte de almohadas y cabecera elevada con el siguiente diagnóstico paro cardiaco con resucitación exitosa convulsiones insuficiencia respiratoria parálisis cerebral infantil trastorno del equilibrio hiponatremia electrolitos y líquido examen físico se encuentra. cabeza normal ojos isocóricas midriáticas no reactivas conjuntivas rosadas mucosas hidratadas cuello movable con cánula traqueostomía cubierta con gasa estéril con soporte de oxígeno en concentrador adaptado a ventilador a su alrededor permeable paciente movilizando secreciones en cantidad con balón vía aérea permeable con evidencia de patrón respiratorio superficial, usuaria corazón rítmico, abdomen blando a la palpación con botón gastrostomía con granulación genitales limpios íntegros y protegidos con crema almipro, pañal seco y limpio ,extremidades con atrofia muscular espásticos miembros inferiores movilidad reducida según la escala de barden el paciente se encuentra en riesgo alto de presentar (u.p.p)con los siguientes signos vitales fr 24fc95 t 36.7 spO2 99% auxiliar refiere que la paciente es ingresada al domicilio hoy de la uci del hospital Susana López de valencia que elimino y realizo disposición diarreica en varias ocasiones continua estable.

Luz Miryan Coaji Muñoz por terapia respiratoria..."

2021-11-30 hora: 12:30

"...Paciente de género femenino de 1 año de edad, en compañía de la auxiliar de enfermería de turno, en camilla hospitalaria en decúbito supino con diagnóstico médico insuficiencia respiratoria crónica, sialorreica e hipersecretora, por nariz, boca y tqt, con soporte de oxígeno a 2 l/min conectada a ventilación mecánica con parámetros establecidos acoplada spo2 99%, signos vitales en parámetros normales, a la auscultación murmullo vesicular presente con ruidos sobre agregados tipo roncus en campos pulmonares bilateral. se realiza intervención fisioterapéutica, se inicia terapia respiratoria con movilización de caja torácica ejercicios de drenaje pulmonar, percusión y vibración, finalizando con higiene bronquial aspiración de

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023

secreciones por tqt, nariz y boca, abundantes de aspecto mucoblanquecinas, hialinas, limpieza de cuello y estoma, cambio de hiladilla y corbatín tolera la terapia y queda en compañía de auxiliar de enfermería. Durante la terapia se hace uso de epp y se realiza lavado de manos en los 5 momentos.



Profesional: Maria Fernanda Franco Martinez..."

2022-01-14 hora: 16:55

"...Atención (visita) domiciliaria, por medicina general, falla ventilatoria crónica epilepsia parálisis cerebral infantil, secuelas de encefalopatía hipóxica, síndrome post reanimación asma no controlada, hta pulmonar 35.8 mmhg + disfunción sistólica del ventrículo izquierdo usuaria de traqueostomía y gastrostomía. - constipación, antecedentes de hospitalización reciente por traqueítis bacteriana.

Subjetivo y eventos: paciente en compañía de auxiliar de enfermería y madre quienes refieren que la paciente se encuentra estable, no ha presentado nuevos eventos convulsivos, presentó fiebre hace más de 8 días, que se auto limitó, ahora niega fiebre, niega diarrea, niega vómito, niega síntomas respiratorios, permanece con sialorrea pero en mejoría, con manejo de secreciones traqueales escasas, niega contacto con paciente con covid 19, tolera la nutrición enteral, diuresis y deposición espontánea en pañal, niega otros síntomas.

Reporte de paraclínicos: radiografía de tórax: opacidad difusa de ambos campos pulmonares, sin clara evidencia de áreas de consolidación, silueta cardíaca no valorable, concluye se debe comparar con estudios anteriores no disponibles. pcr: 2.8 hemograma: leu 14900, neu 56%, linf 29%, hb 10.5, hto 33, vcm 79, hcm 25, plaq: 372000
uroanálisis más GOSC no sugestivos de infección de vías urinarias.

Objetivo: se realiza valoración del paciente con elementos de protección personal completos según los lineamientos del ministerio de salud para pacientes con sospecha de covid-19 durante pandemia paciente en regulares condiciones generales, alerta, sin conexión con el entorno, afebril, hidratada, conectada al ventilador, con cuello y extremidades en extensión.

signos vitales: fc 116, fr 28, t 36.4, so2 98%.

cabeza: normocéfala, fontanela anterior normotensa, escleras anictéricas, pupilas anisocóricas no reactivas a la luz, mucosas rosadas y semi pálidas.

cuello: con cánula de traqueostomía permeable, sin signos inflamatorios.

tórax y pulmones: tórax simétrico, recibe soporte ventilatorio con ventilación mecánica invasiva mediante cánula de traqueostomía oximetrías 98 - 100%, algunos episodios de polipnea intermitente, auscultación pulmonar con murmullo vesicular presente bilateral sin agregados, ruidos transmitidos de vía aérea superior.

corazón: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos

abdomen: gastrostomía en buenas condiciones, sin cambios inflamatorios locales, peristaltismo presente, abdomen blando, no distendido, depresible, sin masas, sin signos de irritación peritoneal.

extremidades: en hiperextensión, espásticas, atróficas, sin movilidad, llenado capilar <2 segundos, sin edemas.

piel: sin lesiones

neurológico: estado comatoso, sin conexión con el medio, pupilas anisocóricas sin reacción pupilar a la luz. respuesta motora a estímulos con movimientos de extensión en miembros superiores, con hipertonía en miembros superiores e inferiores, clonus presente (bilateral)

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER



Análisis:

Paciente femenina lactante mayor con antecedentes y diagnósticos descritos, quien se encuentra en atención domiciliaria para manejo integral de paciente crónico ventilado, en el momento luce en regulares condiciones generales, en estado comatoso, afebril, hidratada conectada al ventilador, con buen acople, sin episodios de desaturación ni requerimiento de cambios en los parámetros ventilatorios, no ha presentado nuevos eventos convulsivos, tolera la nutrición mediante gastrostomía, la cual se encuentra funcional, presentó hasta hace 8 días alzas térmicas por 2 días que se auto limitaron asociado a aumento de las secreciones traqueales, sin cambios en el patrón respiratorio, por lo que fue valorada por pediatra quien indico toma de paraclínicos, reporte entregado el día 15 de enero hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, con anemia leve microcítica e hipocrómica, plaquetas normales, pcr levemente aumentada, uroanálisis mas GOSC no sugestivos de ivu, el día 18 de enero entrega radiografía con lectura en donde no encuentran opacidades compatibles con proceso neumónico, por lo que se decide ante buena evolución clínica y paraclínicos dentro de límites normales continuar con vigilancia clínica, no tiene indicación de manejo adicional, paciente con alto riesgo de muerte por estado clínico y deterioro neurológico, por ahora se indica continuar con igual manejo planteado, con controles indicados, continua con cuidado por auxiliar de enfermería las 24 horas para manejo integral, terapia física, respiratoria y fonoaudiológica tiene pendiente valoración por neuropediatría, y control con pediatría con resultado de exámenes, se indica manejo con hierro oral por anemia de volúmenes bajos, se ajustan dosis de medicación indicadas en previo egreso hospitalario, ya ajustadas de forma verbal, se dan recomendaciones generales y signos de alarma, se explica claramente a auxiliar de enfermería, refiere entender y aceptar.

notas: paciente con insuficiencia respiratoria crónica y epilepsia, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, en manejo con ventilación mecánica por traqueostomía, quien requiere para exámenes y valoraciones médicas, traslado en ambulancia medicalizada con terapia respiratoria.

plan: ventilación mecánica invasiva por cánula de traqueostomía con parámetros dinámicos oxígeno domiciliario para ventilación mecánica con fio2 al 30% dieta infatrini 160 cc por gastrostomía cada 6 horas

medicamentos: sulfato ferroso jarabe 250mg/5ml frasco por 120 ml dar 1 cc cada 24 horas por gastrostomía total 1 frasco para 3 meses carboximetilcelulosa sln oftálmica aplicar 1 gota cada 4 horas en cada ojo enjuagues orales con listerine cada 6 horas (del familiar) esomeprazol tab por 20 mg de 1 tab diluir en 5 cc de agua estéril y dar 2.5cc por gastrostomía cada 24 horas total 90 tab para 3 meses - nifedipino cápsula de 10 mg: preparar fórmula magistral concentración 5 mg/ml dar 1 cc por gastrostomía cada 8 horas y 6a formulado. Furosemida tableta de 40 mg: preparar fórmula magistral concentración 5 mg/ml dar 1.5 cc por gastrostomía cada 24 horas, total 6 tab para 1 mes, para 3 meses total 18 tabletas

levetiracetam suspensión oral 100 mg / 1 ml: administrar 80 mg (0.8cc) por gastrostomía cada 12 horas

hioscina n - butilbromuro suspender fenobarbital tab por 100 mg preparar en formula magistral asi: concentración de 10 mg por 1 ml, dar 2.5 cc porgastrostomia cada 12 horas, se solicitan 15 tab para 1 mes, total 45 tab para 3 meses.

salbutamol inhalador x 100 mcg, frasco por 200 dosis realizar esquema de rescate en esquema previa indicación médica total 1 inhalador para 3 meses.

beclometasona inhalador por 50 mcg frasco por 200 dosis aplicar 2 puff cada 12 horas, total 2 inhalador para 3 meses.

hidróxido de magnesio frasco por 360 ml dar 8 cc por gastrostomía cada 24 horas según necesidad total 1 frasco para 3 meses.

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



Cuidados por enfermería las 24 horas al día
cuidados con gastrostomía, cuidados con traqueostomía, aspiración de secreciones cada 6 horas
pendiente control con pediatría, pendiente control con neuropediatría, recomendaciones generales y signos de alarma
consultar por urgencias si presenta desaturaciones a pesar de modificación de parámetros ventilatorios y otros signos de alarma.

Firma: Seankelly Bravo Londoño medicina general..."

2021-12-23 hora: 8:30

"...Atención (visita) domiciliaria, por medicina general, diagnósticos: insuficiencia respiratoria crónica
impresión diagnóstica encefalopatía no especificada, epilepsia, tipo no especificado otras hipertensiones pulmonares secundarias, atención de traqueostomía gastrostomía dermatitis del pañal

Notas:

Visita domiciliaria por medicina general paciente femenina de 1 año de edad, con diagnósticos de:

falla ventilatoria crónica, encefalopatía hipóxica, epilepsia, síndrome post reanimación, hta pulmonar 35.8 mmhg + disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, usuaria de traqueostomía y gastrostomía.

antecedentes de hospitalización reciente por traqueítis bacteriana.

Subjetivo y eventos: paciente en compañía de auxiliar de enfermería quien refiere que la paciente ha pasado bien en la mañana, no ha presentado nuevos eventos convulsivos, refiere tolera la nutrición enteral, niega fiebre, niega diarrea, diuresis y deposición espontánea en pañal, permanece sialorreica, con manejo de secreciones traqueales escasas pero espesas, niega otros síntomas.

objetivo: se realiza valoración del paciente con elementos de protección personal completos según los lineamientos del ministerio de salud para pacientes con sospecha de covid-19 durante pandemia, paciente en regulares condiciones generales, en estado comatoso, afebril, hidratada conectada al ventilador, con extremidades en extensión.

signos vitales: fc 122, fr 30, t 36.4, so2 100%.

cabeza: normocéfala, fontanela anterior normotensa, escleras anictéricas, pupilas anisocóricas no reactivas a la luz, mucosas rosadas y semi pálidas.

cuello: con cánula de traqueostomía permeable, sin signos inflamatorios.

tórax y pulmones: tórax simétrico, recibe soporte ventilatorio con ventilación mecánica invasiva mediante cánula de traqueostomía oximetrías 100%, algunos episodios de polipnea intermitente, auscultación pulmonar con murmullo vesicular presente bilateral sin agregados.

corazón: ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos

abdomen: gastrostomía en buenas condiciones generales, sin signos de sangrado activo, sin cambios inflamatorios circundantes, peristaltismo presente, abdomen blando, no distendido, depresible, sin masas, leve hepatomegalia, sin signos de irritación peritoneal, deposición positiva.

extremidades: en hiperextensión, espásticas, atróficas, sin movilidad, llenado capilar <2 segundos, sin edemas.

piel: eritema en área de pañal

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



neuroológico: estado comatoso, sin conexión con el medio, pupilas anisocóricas sin reacción pupilar a la luz. respuesta motora a estímulos con movimientos de extensión en miembros superiores, con hipertonia en miembros superiores e inferiores, clonus presente (bilateral).

Análisis:

Paciente femenina lactante mayor con antecedentes y diagnósticos descritos, quien se encuentra en atención domiciliaria para manejo integral de paciente crónico ventilado, en el momento luce en regulares condiciones generales, en estado comatoso, afebril, hidratada conectada al ventilador, con buen acople, sin episodios de desaturación ni requerimiento de cambios en los parámetros ventilatorios, no ha presentado nuevos eventos convulsivos, tolera la nutrición mediante gastrostomía, la cual se encuentra funcional, paciente que estuvo hospitalizada hasta hace 3 días, se ingresó en contexto de síndrome febril asociado a episodio de desaturación por lo que requirió traslado urgente a hospital nivel 2, fue diagnosticada con traqueítis aguda, recibió manejo antibiótico y egresa para continuar manejo de soporte, paciente con alto riesgo de muerte por estado clínico y deterioro neurológico, por ahora se indica continuar con igual manejo planteado, con controles indicados, continua con cuidado por auxiliar de enfermería las 24 horas, por indicación de fonoaudiología se aumentan terapias, resto de manejo igual, se dan recomendaciones generales y signos de alarma, se explica claramente a auxiliar de enfermería, refiere entender y aceptar.

Seankelly Bravo Londoño: Medicina general..."

Notas de atención

"...Recibo paciente pediátrica femenina de 1 año de edad, despierta en cuna hospitalaria en posición decúbito lateral derecho con soporte de almohadas, afebril, sialorreica con diagnóstico médico de insuficiencia respiratoria, epilepsia, convulsiones al examen físico cefalocaudal se observa cabeza normocefálica, ojos reactivos, mucosas permeables, cuello con cánula de traqueotomía fijada con hiladilla, conectado a ventilador mecánico modp acmv fio2 30% parámetros pc10 fr16 peep5 t insp0.8 tórax normo expandible, corazón rítmico, abdomen blando no doloroso al tacto con soporte de sombrilla gástrica, estoma sin signos de infección conectado a paso de nutrición por bomba de infusión a goteo controlado, genitales íntegros cubiertos con pañal desechable limpio, extremidades superiores e inferiores espásticas, con episodios de retracción a monitoreo continuo de constantes de signos vitales con sensor de pulso oxímetro en miembro inferior derecho, piel íntegra e hidratada, sin edemas ni hematomas aux de turno refiere que paciente pasa turno aparentemente estable, se recibe en la compañía de familiar, responsable Astrid Yunda, como parentesco madre..."

Firma: Natalia Alexandra Muñoz Betancourth Terapia respiratoria..."

Folio 5/10 CD

23/enero/2022 10:50 notas de enfermería

"...Ingresa menor de edad al servicio de urgencias de pediatría, somnolienta, con dificultad para respirar, con oxígeno por traqueostomía a 15 litros saturando 75%, monitorizada para toma de signos vitales, en malas condiciones generales, es valorada por pediatra de turno quien refiere órdenes médicas, presenta dolor: no, cabeza: no se evidencia ninguna alteración, cuello: con traqueostomía, con ventilación mecánica, con 15 litros por minuto, pendientes: cumplir órdenes médicas.

Agredo Cordoba Oscar Julian Auxiliar de enfermería..."

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



7/10 Folios

23/enero/2022 12:00

"...Menor de edad continúa en sala de emergencias de pediatría, monitorizada, con signos de dificultad respiratoria muy marcados, tirajes costales, subcostales con soporte de oxígeno por ventilación mecánica por traqueostomía con fiO₂ del 100 % a la cual presenta saturación de 9 % se torna pálida, con cianosis peribucal en malas condiciones generales, se informa a médico de turno.

Agredo Cordoba Oscar Julian Auxiliar de enfermería..."

13:10:00

"...Se informa médico de turno que paciente presenta desaturación y bradicardia a lo que se empieza la reanimación con el equipo de trabajo

Agredo Cordoba Oscar Julian Auxiliar de enfermería..."

13:30:00

"...Paciente que presenta asistolia con mayor desaturación llegando a 8% por lo que se inician maniobras de reanimación y soporte. A las 13 y 30 se declara muerta. pupilas midriáticas fijas ausencia de reflejo corneano y nauseoso. se informa a la madre y se da apoyo y acompañamiento emocional de mi parte y del equipo de salud que la acompaña se le apoya para informar a su familia, se realiza embalaje de cuerpo no se realiza retiro de dispositivos, se envía con el camillero de turno a sala de paz. se hace entrega de acta de defunción # 729823583 a la madre..."

4. OTROS RECURSOS UTILIZADOS

1. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/cuadro-procedimientos-atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-infancia.pdf>

2. <https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/UI/SALUD/prestacionServiciosAsistenciales/guias/GUD.24.pdf>

3. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/PRO-Infecci%C3%B3n-respiratoria-aguda.pdf>

4. https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_consensos_irab-2021-121.pdf

5. DOI: 10.1016/j.cali.2015.07.001 Recomendaciones para la respuesta institucional a un evento adverso,
Recommendations for institutional response to an adverse event.

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

**5. EXAMEN CLÍNICO FORENSE ACTUAL**

No aporta, y no se realizó autopsia médico legal ni clínica.

6. RESUMEN DEL CASO

YOSELIN ELENA PUNI YONDA ingresa al Hospital Susana Lopez de Valencia el día 21-10-2021 con diagnóstico de riesgo de falla ventilatoria, bronquiolitis, Croup laríngeo, caso probable covid 19, por su estado de gravedad deciden intubación y la conectan a ventilador mecánico, realizan panel viral institucional virus sincitial respiratorio positivo, virus de la influenza tipo A negativo, influenza tipo B negativo, virus AH1N1 pandémico negativo, antígeno para covid 19 negativo.

El día 23-10-2021 reportan un evento adverso por parte del Fisioterapeuta de turno al mirar la monitoria observa que no hay signos vitales del paciente que a las 5:30 horas presentando asistolia, fisioterapeuta de turno realiza acople del dispositivo de la bomba de succión que debe ir conectada al tubo orotraqueal ya que se encontraba desconectada inmediatamente el procede a dar Ambu (sic) y se activa el código azul, médico de turno ausculta pulsaciones leves y pediatra de turno procede a dar reanimación avanzada, la paciente sale del código azul, y determinan los médicos tratantes los diagnósticos de: Falla ventilatoria crónica, encefalopatía hipóxica, síndrome convulsivo edema cerebral, síndrome post reanimación, presenta inadecuadas respuestas neurológicas y como secuelas parálisis cerebral.

El día 13/11/2021 realizan traqueostomía, gastrostomía y posteriormente dan egreso y es atendida por Home Care.

El día 23/enero/2022 presenta dificultad respiratoria por lo que es llevada nuevamente al Hospital Susana López por parte de Home Care SERVI SALUD DEL CAUCA IPS SAS, donde es trasladada a sala de emergencia a las 13:10 pm presenta asistolia y a las 13:30 es declarada muerta.

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

Manejo de infección respiratoria aguda en menores de 1 año: en primer lugar debe realizarse la clasificación de gravedad, y exámenes complementarios como: Radiología, Hemograma/reactantes de fase aguda, Medida de la saturación de oxígeno con oxímetro de pulso, Pesquisa etiológica para virus, H1 N1 entre otros virus, toma de gases en sangre, Iniciar tratamiento de sostén Oxigenoterapia, Hidratación líquidos y electrolitos por vía central o periférica de acuerdo con la gravedad del caso, control de temperatura, terapia respiratoria, si hay criterios de hipoxemia conectar a ventilador mecánico.

Iniciar tratamiento de la obstrucción bronquial Broncodilatadores adrenérgicos, Corticoides inhalados o endovenosos, Criterios de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos/ Unidad de Terapia Intensiva, es importante ante la presencia de dificultad respiratoria grave (Tal = 9 puntos) o hipoxemia (satO₂ < 92 %). Historia de apneas (evidente o referida) además de cianosis, Imposibilidad de alimentarse (o reducción de la ingesta al 50 % en las últimas 8-12

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER



horas) con o sin deshidratación.

Determinar la presencia de un factor de riesgo para IRAB grave (biológico o socioambiental). Presencia de dificultad respiratoria moderada que no mejora luego de un período de observación de hasta 2 horas (bajar fiebre, verificar permeabilidad de fosas nasales).

Iniciar tratamiento antibiótico debido a la elevada prevalencia de infección viral en este grupo etario, los antibióticos no deberían ser rutinariamente indicados en lactantes menores de 2 años con cuadro clínico compatible con infección viral. Sin embargo, de no poderse descartar la etiología bacteriana de la neumonía, se debe instituir tratamiento antibiótico empírico.

Ante un evento adverso la literatura recomienda.

En cualquier institución sanitaria pública o privada puede producirse un evento adverso (EA) en el curso de la asistencia al paciente, en ocasiones con graves consecuencias para el mismo, como morbilidad mayor, discapacidad o muerte. La respuesta institucional en las primeras horas tras un EA es determinante para la recuperación del paciente, el restablecimiento de la confianza de este y sus familiares en la institución y el sistema sanitario, y el restablecimiento psicológico de los profesionales implicados.

A. Respuesta inmediata al evento adverso (EA)

Ante un EA, **evento adverso** sobre todo aquel con consecuencias graves para el paciente o muerte, la respuesta inmediata debe focalizarse sobre los 3 elementos participantes: el paciente, los profesionales y el escenario del evento. Un control rápido y eficaz de todos ellos favorece una correcta evolución de los acontecimientos posteriores. El personal encargado de la gestión del EA debe tener una formación metodológica adecuada, experiencia en el manejo de situaciones de crisis y protocolos de actuación claros y consensuados.

La respuesta adecuada ante un EA grave se caracteriza por la inmediatez del abordaje, la transparencia en la gestión, la capacidad de disculpa y la asunción de responsabilidad.

A.1. Paciente

Cuando ocurre un EA, el primer objetivo es proteger al paciente de mayores lesiones y aplicar las atenciones y cuidados requeridos para detener, revertir, y/o mitigar el daño ya producido. Acciones a llevar a cabo:

- Evaluación y tratamiento médico. Realizar una evaluación completa del paciente. Estabilizar su condición, mitigar el daño y prevenir mayores lesiones. Idealmente la asistencia debe estar liderada por el médico responsable a cargo del paciente, más aún si estaba presente cuando ocurrió el EA, pero si no se encuentra en condiciones de proseguir los cuidados o está ausente, la medida inicial de la respuesta al EA será nombrar un sustituto.

- Eliminación precoz de las amenazas o elementos peligrosos para la seguridad del paciente, tales como equipamientos defectuosos o protocolos deficientes.

- Valoración de otros posibles pacientes en riesgo inmediato debido al EA, y actuación en consecuencia para minimizar ese riesgo.

A.2. Profesionales

Las instituciones sanitarias deben procurar una cultura justa con una perspectiva global de mejora de los procesos asistenciales, y evitar culpabilizar a los profesionales. Los profesionales implicados en un EA tienen derecho a un tratamiento respetuoso, comprensivo y compasivo, y a apoyo continuado. La cultura de seguridad de la institución priorizará la investigación sobre el EA, sus causas y las medidas para la prevención de incidentes futuros similares, evitando que el profesional implicado sienta culpa, vergüenza o abandono.

El superior asistencial del que depende el profesional implicado en el momento del EA debe ser

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023

informado del mismo rápidamente, puesto que será el encargado de evaluar el impacto sobre los profesionales implicados y proporcionar el apoyo preciso, y redistribuir la carga de trabajo para liberar a dichos profesionales implicados si fuese necesario.



A.3. Entorno y material implicados

Para realizar las actuaciones siguientes, la institución debería haber especificado previamente de forma clara quién es el responsable de ejecutarlas mediante, por ejemplo, un comité de crisis para la gestión del EA. Si no ha sido así, se encargará de ellas el superior asistencial del que depende el profesional implicado en el momento del EA. Tras la aparición del incidente, el superior deberá:

- Informar lo antes posible a todos los miembros del equipo sanitario implicado en el cuidado del paciente para que sean conscientes del evento acaecido y que las comunicaciones posteriores con el paciente y la familia sean coherentes y coincidentes
- Comenzar la investigación del evento lo antes posible. Determinar las circunstancias en las que se ha producido el EA y los posibles factores contribuyentes. El registro precoz de esta información favorece que los recuerdos del personal implicado sean recientes y veraces. Esta información puede, además, ser crucial para el tratamiento del paciente, para evitar eventos similares en otros pacientes, y para conocer los hechos y datos relevantes para la comunicación inicial al paciente.
- Asegurar y custodiar inmediatamente el equipo, el material, la medicación, los registros y la documentación clínica implicados en el suceso. Tomar fotos y vídeos si fuera necesario. Garantizar que no se modifican las evidencias físicas ni el entorno donde ha ocurrido el EA.
- Verificar que el EA ha sido correctamente comunicado al paciente y/o a la familia.
- Documentar tan pronto como sea posible los hechos, las actuaciones y los hallazgos realizados.
- Informar verbalmente al estamento superior que corresponda (Unidad Funcional de Riesgos, Comité de Crisis, superior inmediato, Jefatura de Guardia, Dirección Médica o Enfermería, etc.) de la información disponible periódicamente.

B. Comunicación a paciente y familiares

- La comunicación sincera y veraz de resultados inesperados o EA durante la asistencia sanitaria es una recomendación de las organizaciones profesionales, una exigencia de los pacientes y las organizaciones sanitarias, un requisito ético contemplado en el código deontológico de las profesiones sanitarias, y una obligación legal, así como un derecho irrenunciable de los pacientes. Pese a ello, muchos pacientes o sus familiares o representantes no son debidamente informados por parte de las instituciones sanitarias, especialmente cuando se ha producido un error u otra circunstancia no previsible que ha provocado un daño o resultado inesperado.
- La comunicación de un EA grave no es un elemento aislado dentro del proceso asistencial, sino parte de este durante una comunicación que debe ser constante y fluida. La comunicación efectiva de un EA al paciente y los familiares es un proceso que comienza en la entrevista inicial en la primera consulta y termina cuando la relación clínica ha finalizado (cuando se han cubierto las necesidades clínicas, informativas y emocionales del paciente y sus familiares).
- La información al paciente debe incluir referencias sobre los hechos, las posibles causas, las consecuencias para su proceso médico, la investigación realizada, las medidas adoptadas para mejorar y la petición de disculpas. El objetivo principal de la comunicación no es lograr que el paciente o la familia desistan de iniciar acciones legales o reclamaciones. El fin esencial por parte del profesional es la información sincera y continuada para conseguir el bienestar, la recuperación y la satisfacción del paciente.

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER



B.1. El proceso de comunicación del evento adverso grave B.1.1. Quién debe comunicar

Es recomendable que solo haya un interlocutor a lo largo de todo el proceso, y preferiblemente que sea el médico responsable. También puede estar presente el trabajador que haya estado directamente implicado en el EA, si no está incapacitado emocionalmente y se considera conveniente. Puede ocurrir que el propio médico responsable sea el trabajador directamente implicado en el EA, en cuyo caso deberá valorar, junto con su superior asistencial, si está capacitado emocionalmente en ese momento para realizar la comunicación inicial y si es conveniente que lo haga acompañado por este. Puede valorarse la posibilidad de que esté presente también alguno de los profesionales que continuarán la atención (médicos de otras unidades, etc.), siendo recomendable la presencia de Enfermería al cuidado directo del paciente. En cualquier caso, es preferible limitar el número de profesionales para que el paciente no se sienta intimidado.

B.1.2. A quién se debe comunicar

Se debe comunicar el EA principalmente al paciente. Si este no está capacitado o en condiciones de asumir la información, se comunicará al representante legal o a su familia y allegados, por este orden. Puede ser de utilidad avisar previamente al paciente de la conveniencia de contar con un familiar que pueda prestar apoyo durante la comunicación, y preguntarle si quiere esperar a que esté presente alguien en particular o algún profesional próximo a la familia⁹. Es preciso identificar a la/s persona/s a quien/es se dirige la comunicación del EA y dejar constancia de ello.

B.1.3. Cuándo y dónde realizar la comunicación

La primera comunicación debe ser cercana en el tiempo a la producción del EA, dentro de las primeras 24h y adelantándose al posible requerimiento de información por parte del paciente o los familiares^{4,9}. Sin embargo, es necesario no precipitarse y buscar el momento en que el paciente y/o los familiares estén preparados para escuchar las noticias, considerando la estabilidad clínica y emocional del paciente y del profesional, y siempre tras contar con la información más completa posible sobre lo sucedido. La comunicación se debe realizar mediante entrevista personal, en un lugar tranquilo, confortable y privado, donde se respete la confidencialidad y donde el paciente y/o su familia puedan reaccionar y los informadores responder adecuadamente, sin llamadas telefónicas ni interrupciones, con todos los participantes sentados en situación similar.

La comunicación debe ser continuada en el tiempo durante todo el proceso de respuesta al EA. Idealmente debe proseguir como interlocutor el profesional designado en el momento del EA, pero pueden intervenir otros profesionales debidamente entrenados que presten atención médica o cuidados al paciente.

B.2. Cómo comunicar un evento adverso grave

B.2.1. Preparación del contenido de la comunicación

Es esencial preparar correctamente la comunicación inicial. Dicha preparación incluye:

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER



- Reducir la tensión emocional de los profesionales implicados. La deliberación previa abierta y franca del EA entre los profesionales antes de informar al paciente permite establecer un clima de confianza en el grupo y conocer la perspectiva de todos ellos. Hablar del EA con otros profesionales de confianza antes de la comunicación con el paciente ayuda a rebajar la tensión emocional.
- Revisar los hechos y la documentación disponible: ¿qué se sabe en el momento actual de lo ocurrido? ¿Qué se sabe de la situación del paciente? ¿Qué se sabe de las causas? ¿Cuándo se sabrá más? ¿Qué pasos se han dado ya para prevenir su repetición? Reducir todo lo posible la incertidumbre. Consensuar la narración de lo acaecido.
- Recordar que se trata de la comunicación inicial; busca clarificar y dar sentido a lo ocurrido, no un análisis profundo. Esta información debe centrarse en los hechos, «¿qué ha ocurrido?». Las comunicaciones posteriores permitirán, tras el análisis del EA, dar información sobre el «cómo» o el «por qué».
- Si se estima necesario, consultar a los servicios legales de la institución, los superiores, el Comité de Crisis, etc., antes de la comunicación al paciente y/o los familiares, especialmente en los EA con repercusiones graves.
- Reconocer posibles necesidades especiales de comunicación: idioma, EA en niños, en ancianos, en pacientes psiquiátricos. Recabar el apoyo de intérpretes o profesionales especializados en caso necesario. Considere la posibilidad de la existencia de diferencias culturales, generacionales, religiosas, socioeconómicas y educativas.
- Es útil confeccionar previamente un guion con el contenido y el orden de la información que se va a proporcionar. También en este punto es importante recordar que debe evitarse el uso de términos con significado jurídico, como «error».

B.2.2. Forma de comunicar

- Utilice un lenguaje simple, libre de términos técnicos. Hable despacio. Ajuste la información, tanto en contenido como en velocidad de transmisión de las noticias, a las personas a quienes se dirige.
- Valore el grado de comprensión médica general que puede tener la familia. Sea consciente de que incluso personas con un elevado nivel educativo pueden ser profanos en temas médicos.
- Sea consciente de su lenguaje no verbal. Recuerde que el objetivo es que el paciente y su familia perciban que la preocupación, los sentimientos y el respeto del profesional que comunica son auténticos.
- Mantenga un tono neutral. No intente convencer a su interlocutor aunque piense diferente.
- Reconozca y acepte en lo posible las emociones del paciente y/o los familiares. La reacción inicial comúnmente conlleva rechazo, enfado, resignación, temor y pérdida de confianza. La aceptación por parte del comunicador de dichas emociones puede proporcionar una intensa percepción no verbal de empatía y sinceridad.
- Evite la confrontación. No discuta hechos ni sentimientos con el paciente y la familia: exponga y comprenda.
- No especule. El contenido de la comunicación debe restringirse tan solo a la información sobre el EA que en ese momento se conoce y está contrastada. Si no sabe algo puede decir que no lo sabe, pero sobre todo no diga nada que no conozca realmente.
- No escatime información, pero tampoco abrume con excesivos datos.
- Prepárese para responder preguntas que pueden parecer intrascendentes o sin relación con los hechos. Recuerde que el paciente o la familia pueden usar términos médicos sin una comprensión real de los conceptos.
- Evite aquello que pueda ser considerado o interpretarse como no querer responder o imponer el ritmo y el contenido de la conversación. Evite monólogos o una entrevista

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER



unidireccional. Respete los silencios. Realice una escucha activa.

- Evito todo lo que pueda interpretarse como culpar a la propia enfermedad o al paciente, al hospital, etc., del EA.

B.2.3. Inicio de la comunicación

Es recomendable establecer desde el comienzo de la comunicación un ambiente afectivo en la transmisión de noticias desfavorables. Sea amable, abierto y empático; transmita un sentimiento real. El foco es el paciente y su familia, no los profesionales o la organización. Revele al paciente y los familiares que se les van a transmitir malas noticias («Siento mucho tener que decirles esto, pero tengo malas noticias...»).

Antes de iniciar la exposición de los hechos averigüe qué sabe el paciente y cuáles son sus expectativas. Dé la oportunidad al paciente de manifestar su deseo de no recibir más información. La mayor parte de los pacientes querrán saber qué salió mal. Pero si el paciente no quiere más información, intente conocer el porqué. Si tras la conversación el paciente insiste en no querer más información, respete sus deseos al máximo posible. Registre los hechos y deje claro que el paciente puede cambiar de opinión y obtener más información cuando lo desee.

Procure estar acompañado por otro profesional durante la comunicación al paciente y/o los familiares que actúe como testigo de dicha comunicación ante la posibilidad de repercusiones legales futuras.

B.2.4. Desarrollo y contenido de la comunicación

- Preséntese. Informe en primer lugar sobre su nombre completo, puesto y grado de responsabilidad en la atención al paciente.

- Describa lo que ha ocurrido. Revele los hechos progresivamente, de menos a más, para que el paciente y sus familiares puedan procesar la información. Recuerde que pueden estar muy afectados.

- Establezca pausas para que los oyentes puedan asimilar la información y expresar emociones e inquietudes. Invítelos a que formulen preguntas y aclare sus dudas.

- Evalúe periódicamente la comprensión de la información dada («¿quiere usted que le repita...?», «¿necesita alguna otra explicación?»).

- Revele lo conocido sobre qué pasó, por qué pasó, qué se puede hacer en este momento, qué y cómo se está investigando sobre lo ocurrido. Sea sincero, es esencial no especular ni engañar.

- Informe sobre las implicaciones que el EA puede tener, así como los posibles cambios en el manejo del paciente, y ofrezca que le pregunten sobre cualquier área de interés para el paciente.

- Ofrezca una disculpa integral, clara, sin excusas ni justificaciones. Evite pedir perdón («Siento o lamento mucho que esto haya sucedido...» en vez de «Les pido perdón por lo sucedido...») y señalar culpables.

- Acepte la responsabilidad profesional y de la organización. No acepte culpa. Una disculpa no debe ser considerada como una admisión de culpabilidad legal. No utilice expresiones tales como «error», «negligencia», «falta» o «fallo», puesto que expresan determinaciones legales complejas que no son apropiadas en el contexto de la comunicación del EA.

- Ofrezca apoyo personal y de la organización para el paciente y los familiares que puedan precisarlos (trabajador social, cuidados paliativos, psicólogo o psiquiatra, soporte económico, etc.). Transmita interés en facilitar apoyo emocional.

- Ofrezca la posibilidad de obtener una segunda opinión o el traslado a otra institución en caso de que sea factible.

B.2.5. Final de la comunicación

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER



- Resuma y sintetice los hechos.
- Repita la contestación a las preguntas clave del paciente o la familia.
 - Asegúrese de que las necesidades de información han sido cubiertas («¿creen ustedes que necesitan alguna otra información?», «¿tienen alguna otra cuestión que no hayamos tratado?»).
 - Asegúrese de que han comprendido bien el contenido de la comunicación, por ejemplo, invitando al paciente a que explique con sus palabras la información recibida.
 - Ofrezca repetir la información en otro momento a otros miembros de la familia o allegados no presentes si es preciso.
 - Recuerde que periódicamente seguirán recibiendo información. Ofrezca su disponibilidad para posteriores informaciones cuando lo precisen. Establezca las pautas y aporte los datos de contacto para las entrevistas posteriores.

B.2.6. Comunicaciones posteriores

- Las entrevistas siguientes deben ser realizadas tan pronto como haya nueva información de interés para el paciente y la familia.
- La información debe ser prestada por el médico responsable, pero pueden intervenir otros profesionales que presten atención médica o cuidados al paciente.
 - Explique las medidas ya adoptadas o que se acometerán en el futuro para prevenir eventos similares.
 - Mantenga los encuentros de seguimiento y comunicación hasta que se resuelvan los principales problemas tanto clínicos como administrativos.

C. Apoyo a los profesionales implicados

Los EA tienen consecuencias negativas también para los profesionales directamente involucrados en ellos. Por eso se denomina «segunda víctima» al profesional sanitario implicado en un EA grave que se ve desbordado a la hora de afrontar emocionalmente el incidente. Las consecuencias de un EA sobre la segunda víctima pueden llegar a ser equiparables a las que sufre la población general tras un acontecimiento traumático. Así, el EA puede repercutir negativamente sobre el equipo sanitario y la organización, perdurando su efecto en el tiempo. Si este problema no se aborda de inmediato, las consecuencias emocionales, físicas y profesionales sobre el individuo pueden ser graves.

El plan de actuación frente a las segundas víctimas debe ser flexible atendiendo a las circunstancias del EA, y se ejecutará escalonadamente en los 3 estamentos organizativos: el servicio clínico implicado, la institución sanitaria y la organización sanitaria.

C.1. Servicio/departamento/unidad clínica

El servicio clínico al cual pertenece el profesional implicado en un EA de forma directa será el encargado de proporcionar el apoyo inmediato que este precise como «segunda víctima».

Ante un EA, los profesionales involucrados deben estar acompañados y apoyados por el responsable del servicio y sus colegas, además de ser alentados a hablar, discutir y reflexionar sobre los acontecimientos. Es primordial el apoyo emocional desde un primer momento. La precocidad en la detección y ayuda de estos profesionales es clave para minimizar las consecuencias del fenómeno de «segunda víctima».

Es recomendable o deseable asignar para esta tarea a un colega versado en temas de seguridad del paciente y, si es posible, con formación específica, que sepa escuchar y apoyar al personal involucrado en el EA.

Además de la expresión de solidaridad y sentimiento, es aconsejable que se aliente a los profesionales involucrados a preguntar y reflexionar, y a participar, si están de acuerdo, en la discusión abierta y estructurada del incidente.

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER



Si no participan directamente, los profesionales deben conocer el proceso de comunicación con el paciente y los familiares. La comunicación con el paciente y la familia no solo representa un paso importante y positivo hacia la resolución del incidente, sino que además reduce el impacto emocional en el personal implicado.

C.2. Institución sanitaria

La institución sanitaria debe proporcionar un plan de soporte para los profesionales implicados en EA graves. Dicho plan deberá ser flexible y con aplicación tanto en el momento inmediato como a largo plazo. En muchas instituciones existen unidades tipo Unidad Funcional de Gestión de Riesgos que pueden mantener y aplicar este plan. Es importante que la institución divulgue la existencia de estos planes de soporte para que todos los profesionales que puedan verse involucrados en un EA sepan de su existencia y disponibilidad. El apoyo a la segunda víctima deben llevarlo a cabo profesionales formados específicamente para este menester.

La institución dispondrá de los medios para:

- Asegurar que los profesionales implicados sean tratados con respeto y dignidad.
- Favorecer un clima laboral en el que los compañeros del profesional afectado puedan expresarle su comprensión y solidaridad.
- Proporcionar el tiempo libre de asistencia necesario para las reuniones individuales o en grupo que pudieran precisarse para la discusión del suceso.
- Adjudicar si es preciso periodos desprovistos de actividad asistencial. Si se estima necesario, facilitar la tramitación de bajas laborales de acuerdo con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del centro.
- Alentar a los profesionales implicados, a menos que expresen su rechazo, a participar de forma activa en el análisis del EA mediante entrevistas estructuradas dirigidas por un profesional experimentado en este tipo de reflexión. Estas entrevistas son la principal fuente de información y pueden mitigar el impacto negativo emocional del incidente sobre el profesional.
- Incentivar a los profesionales implicados a proporcionar sus ideas y reflexiones acerca de cómo prevenir sucesos similares en el futuro.
- Informar a los profesionales implicados sobre las comunicaciones mantenidas con el paciente y su familia, el estado del proceso de análisis del EA y las medidas adoptadas tras el mismo.
- Informar sobre las posibilidades de apoyo específico dentro o fuera de la institución, y facilitarlas en caso necesario.
- Prestar apoyo jurídico y favorecer el apoyo de las compañías aseguradoras si fuese necesario.

Asimismo, la institución se encargará de promover la cultura de seguridad frente a los EA, distinguiendo entre errores y negligencias, y admitiendo los errores como un elemento posible dentro del proceso asistencial que puede originar dificultades para todos los involucrados.

Dentro del programa de Formación Continuada, la institución debe favorecer la enseñanza y el entrenamiento de profesionales que puedan prestar apoyo a colegas implicados en EA.

La institución sanitaria deberá facilitar reuniones formales para la discusión, tales como reuniones para el análisis de causa-raíz o comisiones de morbimortalidad que faciliten el análisis detallado y la evaluación honesta y veraz del EA, buscando los errores del sistema y evitando la estigmatización, la humillación o la culpa de los profesionales. Cada incidente debe enfocarse como una oportunidad para aprender y mejorar la asistencia sanitaria.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales deberá ser informado siempre que se vea afectada la salud física o psíquica de un trabajador de la institución sanitaria. Registrará el hecho como accidente de trabajo y realizará las acciones pertinentes en caso necesario.

**C.3. Organización sanitaria**

La organización sanitaria pública o privada será la responsable de completar la asistencia a la segunda víctima en aquellos aspectos en los que la actuación del servicio clínico o la institución hayan presentado limitaciones, como pueden ser:

- Apoyo jurídico y psicológico, preservando la confidencialidad de los profesionales.
- Representación, coordinación y asesoramiento ante las compañías aseguradoras, ya sea a través de la póliza individual que pudiera tener contratada el profesional, o de la póliza colectiva.

Además, la organización sanitaria debe dar soporte y promocionar la cultura de la seguridad, basada en la apertura, transparencia y respeto, y en la evaluación de los EA como errores del sistema. Debe realizar el seguimiento sobre los cambios que se instrumenten en las instituciones sanitarias tras el análisis de un EA, y debe difundir las recomendaciones adoptadas siempre que sea apropiado. En algunas comunidades autónomas, organizaciones y centros sanitarios, la Unidad de Gestión de Riesgos o entidad similar es la encargada de este cometido.

D. Documentación y notificación

D.1. Documentación
La documentación es esencial para el cuidado apropiado del paciente, para facilitar el aprendizaje a partir del incidente y para tener un registro exhaustivo y veraz en caso de que se iniciaran acciones legales. Debe ser lo más objetiva posible, evitando juicios de valor y, muy especialmente, comentarios despectivos sobre otros profesionales o comentarios que favorezcan intereses propios.

Los hechos iniciales, la situación del paciente y el tratamiento deben ser consignados en el registro pertinente (por ejemplo, hoja de circulante, gráfica de anestesia e informe quirúrgico si el EA sucede en un quirófano; gráfica de constantes, evolutivo de Enfermería y de facultativo si sucede en una planta, etc.). Este registro debe ser efectuado, idealmente, por el profesional directamente implicado en el incidente, y si no fuese posible, por algún profesional del mismo equipo o que haya colaborado en la resolución o manejo del mismo.

Posteriormente, el médico responsable debe registrar en la documentación clínica del paciente de forma completa, precisa y objetiva toda la información relacionada con el evento, incluyendo el plan de tratamiento del daño provocado. La documentación debe ser descriptiva de los hechos, evitando opiniones sobre causas u otras circunstancias no comprobadas.

La recopilación de datos debe ser lo más completa posible, pues de ello dependerán el análisis y el descubrimiento de las causas del EA. Deberán registrarse, asimismo, todas las comunicaciones que se produzcan con el paciente y la familia, incluyendo el lugar, la fecha, la hora, los participantes, el contenido de la conversación, la reacción del paciente y el nivel de comprensión resultante; y los siguientes pasos a seguir.

Para prevenir posibles confusiones o comunicaciones contradictorias tras el incidente es esencial que todos los profesionales relacionados con el caso tengan acceso a la información relativa al incidente, el curso clínico del paciente y la información que se le ha proporcionado a este y la familia, manteniendo el nivel de confidencialidad apropiado.

Una documentación correcta del incidente favorecerá los intereses tanto del paciente como de los profesionales implicados, y facilitará la adecuada atención al paciente.

El registro de los datos clínicos por el médico responsable incluirá:

- Datos objetivos del incidente, incluyendo fecha, hora, lugar, cronología de los hechos y personal sanitario presente.
- Estado del paciente inmediatamente antes de producirse el incidente.
- Efectos del EA sobre el paciente, intervenciones médicas realizadas tras el EA y resultado obtenido.
- Observaciones del profesional implicado en el EA.

El registro y la documentación sobre la comunicación con el paciente y la familia deben

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER



contener:

- Fecha, hora y lugar de la conversación.
- Nombres y filiación de los participantes.
- Contenido de la conversación.
- Reacción del paciente y la familia o representantes legales ante la información, y nivel de comprensión demostrado sobre la información recibida.
- Identificación de otros allegados del paciente que hayan recibido información sobre el EA.
- Preguntas realizadas por el paciente y la familia, y la respuesta dada.
- Información sobre los siguientes pasos a seguir en el tratamiento del paciente.
- Constancia sobre el ofrecimiento de cualquier ayuda que precisen, y la respuesta al mismo.
- La indicación de que cuando haya más información disponible será compartida con el paciente, la familia y/o el representante legal.
- Registro de cualquier otra conversación posterior, con similares requisitos.

D.2. Notificación a estamentos superiores

Solo cuando las necesidades del paciente hayan sido cubiertas, y adoptadas las precauciones inmediatas para prevenir otros perjuicios, los profesionales realizarán las notificaciones correspondientes.

D.2.1. Notificación inicial externa

Cada institución debe establecer el proceso y momento de notificación apropiado a su contexto. Un amplio espectro de personas, organizaciones o autoridades pueden precisar ser notificados de un EA y del proceso de comunicación a familiares. Entre ellos se pueden citar: responsables clínicos, jefes, otros clínicos, Unidad de Gestión de Riesgos, comisión de seguridad del paciente, direcciones pertinentes, asesoría jurídica, compañía aseguradora, juzgado, servicios de comunicación/relaciones públicas, autoridades sanitarias externas a la institución³.

La notificación debe seguir los principios generales esbozados anteriormente. Debe incluir los hechos, las medidas adoptadas y los datos de la comunicación al paciente y/o a los familiares. No debe contener juicios de valor, especulaciones ni atribución de causalidad no comprobada o de culpabilidad.

El paciente y/o los familiares deben conocer a quién y a qué instituciones se ha informado del EA.

D.2.2. Notificación inicial interna o sistema de notificación para análisis y aprendizaje

La notificación es el primer paso del proceso de aprendizaje. Cada institución debe contar con el sistema apropiado de notificación segura y no punitiva de incidentes para que estos puedan ser analizados.

El sistema interno de notificación de incidentes de cada institución debe permitir:

- Identificar los individuos o departamentos que deban ser informados de un incidente.
- Especificar cómo se debe notificar un incidente.
- Definir qué profesional es responsable de la notificación.
- Definir el proceso que se desarrollará tras la notificación del incidente.

El sistema de notificación debe ser responsable: el comunicador debe percibir que su notificación conduce a una investigación y a acciones correctoras cuando sea posible.

El sistema de notificación tiene que ser visto por los potenciales comunicadores como seguro, sin riesgo de censura o medidas disciplinarias contra quien comunica el incidente. Para ello se recomienda asegurar la confidencialidad de los datos.

D.2.3. Notificaciones posteriores

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



Tras la investigación y el análisis del EA, cada institución valorará la conveniencia de difundir los resultados de la investigación del mismo y el modo de comunicarlos. En cualquier caso, esta información debe proporcionarse obligatoriamente a los profesionales que notificaron el EA y atendieron al paciente.

El paciente y/o los familiares deben conocer los resultados del análisis y las medidas de mejora adoptadas por la institución sanitaria.

Debido a que algunos EA graves pueden atraer la atención de los medios, la dirección del centro sanitario deberá considerar en algunos casos informar también al departamento de comunicación del hospital para que conduzca apropiadamente las posibles solicitudes de información.

E. Investigación y análisis

Una vez que las necesidades del paciente hayan sido cubiertas, y adoptadas precauciones inmediatas para prevenir otros daños o efectos negativos, es necesario que los profesionales lleven a cabo un análisis exhaustivo del EA **evento adverso** grave para comprender sus causas, y que este se complete idealmente en los primeros 30-45 días tras el suceso.

Existen motivos elementales que justifican la investigación y el análisis de los EA:

- La investigación permite prevenir recurrencias de eventos similares en futuros pacientes. Identificar y corregir los factores que han contribuido al incidente es el primer paso para mejorar la seguridad de un sistema que ha fallado.

- El paciente que ha experimentado una lesión o EA tiene derecho a conocer cuáles son las causas del incidente y qué se está haciendo para solucionarlo. Es frecuente que el paciente y/o la familia se preocupen por saber qué medidas se han adoptado para intentar evitar su repetición, por lo que recibir esa información puede tener valor terapéutico.

- La investigación y análisis de un EA permite aprender de los errores, cambiar la práctica clínica y mitigar el impacto negativo de estos incidentes sobre los profesionales.

- La institución sanitaria tiene la obligación ética de identificar estos eventos y sus causas, así como de informar a otras instituciones y a las autoridades y organizaciones sanitarias de las medidas correctoras adoptadas, si estas pueden resultar de utilidad para terceros.

- Ante potenciales demandas, siempre será beneficioso que la institución cuente con la mayor información sobre el EA acaecido. Si se ha presentado una demanda judicial, deberá valorarse con los servicios jurídicos el momento y forma de realizar la investigación.

La investigación y análisis de los EA es esencial en el proceso de estudio y comprensión de los incidentes para evitar y/o prevenir EA similares en el futuro. Pero no es objeto de esta guía de recomendaciones determinar la forma de llevarlos a cabo, al ser una segunda etapa en el proceso, tras la respuesta inicial al EA.

E.1. Recomendaciones generales

- El análisis debe ser exhaustivo, multidisciplinar y sin intención de juzgar. El objetivo es descubrir los múltiples factores que puedan haber contribuido a la aparición del incidente, y en la medida de lo posible adoptar medidas correctoras que hagan menos probable la repetición de eventos similares. Para ello suele ser necesario el uso de herramientas específicas como el análisis de causa-raíz. Debe hacerse desde una aproximación sistémica del problema. Permite identificar los errores del sistema que han fallado o factores latentes, así como el factor activo que lo ha propiciado.

- Cada institución debe tener un procedimiento bien establecido y confidencial para

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023



investigar y analizar los EA. Dicho procedimiento debe incluir personas, liderazgo, métodos y plazos para realizar las tareas encomendadas. Entre las personas designadas debe contarse con profesionales de estamento similar y conocedores del proceso asistencial al que estaba sujeto el paciente afectado. Debe estimularse la participación de todos aquellos involucrados en los hechos. Aunque el paciente o la familia no intervengan en el análisis, puede ser útil entrevistarlos en relación con el EA.

- Cada institución debe establecer los criterios para seleccionar los EA a analizar en función de la gravedad o riesgo de repetición de los mismos.

- Cada institución debe establecer la vía y el compromiso para llevar a cabo las propuestas de mejora que surjan en el proceso de análisis, su evaluación objetiva y su impacto en la seguridad de los pacientes. Cualquier medida correctora adoptada puede provocar efectos negativos inesperados o ser ineficaz, por lo que habrá que vigilar su impacto tras los cambios.

- Cada institución garantizará la difusión y el conocimiento de los resultados y medidas adoptadas a los profesionales involucrados y otros servicios clínicos o no clínicos como parte del circuito de aprendizaje. La difusión de esta información es parte de la retroalimentación que favorece la percepción de utilidad del análisis de los EA.

- Es importante que la investigación y análisis de los EA no se demore en el tiempo para que sus efectos beneficiosos sobre el paciente, la familia, los profesionales, otros pacientes y la institución sanitaria no se vean mermados.

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

YOSELIN ELENA PUNI YONDA con diagnóstico de falla ventilatoria, bronquiolitis, Croup laríngeo, caso probable covid 19, con panel viral institucional virus sincitial respiratorio positivo por su gravedad es conectada a ventilador mecánico.

El día 23-10-2021 reportan un EA evento adverso por parte del Fisioterapeuta de turno al mirar la monitoria observa que no hay signos vitales del paciente que a las 5:30 horas presentando asistolia, fisioterapeuta de turno realiza acople del dispositivo de la bomba de succión que debe ir conectada al tubo orotraqueal ya que se encontraba desconectada inmediatamente el procede a dar Ambu (sic) y se activa el código azul.

Los eventos adversos EA graves con consecuencias para los pacientes deben: De acuerdo con la interconsulta con pediatría aportada "...Dictamen médico pericial por William Parra Cardeño, médico especialista en pediatría docente universitario CES perito CENDES. Se anota lo pertinente: Lactante menor con grado de desnutrición e inmunización incompleta con infección respiratoria aguda y neumonía 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 severa como secuelas de una hipoxia cerebral extrema (33 minutos)..."

La respuesta debe ser inmediata sobre los 3 elementos participantes: El paciente, los profesionales y el escenario del evento.

Para el caso que no ocupa se realizo un control rápido y eficaz en el paciente pero por la gravedad no tuvo una evolución adecuada posterior.

El personal encargado de la gestión del evento adverso aplico en su momento el manejo de la situación de crisis y aplico los protocolos, pero no se anotan los otros elementos recomendados

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023

en la literatura como la capacidad de disculpa y la asunción de responsabilidad.



Tampoco se anotan las medidas de aseguramiento y custodia para la investigación del equipo biomédico, ni los registros y la documentación clínica implicados en el suceso como fotografías y vídeos si fuera necesario, lo cual garantizaría que no se modificaran las evidencias físicas ni el entorno donde ha ocurrido el evento adverso.

Tampoco se evidencia la comunicación sincera y veraz de resultados inesperados en el evento adverso, como un requisito ético contemplado en el código deontológico y una obligación legal, así como un derecho irrenunciable de los pacientes. Por lo tanto de acuerdo con la literatura, la comunicación de un Evento adverso grave no es un elemento aislado dentro del proceso asistencial, sino parte de este durante una comunicación, que debe ser constante y fluida. La información debía incluir los hechos, las posibles causas, las posibles consecuencias, la investigación realizada, las medidas adoptadas para mejorar y la petición de disculpas.

9. CONCLUSIÓN

A. Para el caso que nos ocupa se conceptúa que la atención en salud brindada fue adecuada a la atención esperada o norma de atención.

Sin embargo ante la ocurrencia de un evento adverso grave (asistolia), como es el caso que nos ocupa, que tuvo consecuencias neurológicas severas como secuelas de una hipoxia cerebral extrema, no se observa el cumplimiento de las acciones o recomendaciones para atender un evento adverso.

B. Se produjo un daño en la salud o en la vida de la paciente ante la evidencia del evento adverso 23-10-2021 (centinela) es la causa directa de la asistolia cardiaca y las complicaciones tanto neurológicas severas como secuelas de una hipoxia cerebral extrema (33 minutos).

Causa básica de muerte: Distrés respiratorio agudo secundario a neumonía.

Manera de Muerte: NATURAL.

C. De acuerdo con lo anterior existe relación de causalidad médica, entre la atención prestada y la producción del daño: hipoxia cerebral extrema secundaria al evento adverso del día 23-10-2021.

10. Respuesta a interrogantes específicos:

Interrogantes: ¿Cómo pueden cumplirse los protocolos de atención en salud, si la literatura del ministerio de salud indica que un evento adverso de por sí un indicio de atención insegura?

Respuesta: No es posible para el perito determinar esta premisa por tratarse de un juicio de valor.

¿Cómo pueden cumplirse los protocolos de atención si la misma institución hospitalaria atribuye

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBPOP-DSCC-03607-2023

el hecho a un dispositivo médico cuya marca se desconoce?

Respuesta: No es posible para el perito determinar esta premisa por tratarse de un juicio de valor.

Atentamente,

JAIME ANTONIO ALVAREZ SOLER
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

COPIA DOCUMENTO



Aportamos a la justicia en favor de la vida

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

09/10/2023 08:54

Pag. 35 de 35