

Tecnovask SAS

División Médico Legal y de Psicología Forense



Santiago de Cali, diciembre 27 de 2022


**TECNOVASK S.A.S.**  
**NIT. 901438304-3**  
**DIVISIÓN DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA FORENSE**  
**DICTAMEN PERICIAL**  
**INFORME MEDICO FORENSE**

Señores

**FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN**  
**JUZGADOS CIVILES DEL CIRCUITO**

**ASUNTO: CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO IDENTIFICADO CON C.C. 109.618.624.5**

HERNAN FELIPE MERIZALDE GARCÍA, identificado con la C.C. 18.004.625, Médico y Cirujano con registro 762966-10 de la Secretaría de Salud Departamental del Valle, actuando en calidad de perito forense en el proceso de la referencia, ante usted y con todo respeto, me permito presentar el dictamen pericial correspondiente a la pérdida de capacidad laboral del paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO identificado con C.C. 109.618.624.5 a consecuencia de las lesiones sufridas en accidente de tránsito que tuvo lugar el 16 de abril de 2021 a las 11:30 AM. El paciente se movilizaba en calidad de conductor de una motocicleta la cual colisionó con una tractomula, siniestro vial ocurrido en el municipio de Yopal, Casanare.

  
Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Tecnovask SAS

División Médico Legal y de Psicología Forense

## **I. IDENTIFICACIÓN DEL PERITO:**

Profesional que rinde el dictamen:

HERNAN FELIPE MERIZALDE GARCIA – Médico y Cirujano

Estudios Universitarios:

Medicina y Cirugía Universidad del Valle graduado en 2008 título obtenido : Médico y Cirujano.

Derecho y Ciencias Políticas Universidad de San Buenaventura graduado en 2011, título obtenido: Abogado.

Identificación del profesional: Cédula 18.004.625

Registro Médico: 762966-2010 Secretaría de Salud Departamental del Valle.

Tarjeta profesional 210837 del CSJ

Publicaciones: Patente de Producto Farmacéutico y Protección de los datos de Prueba en el Derecho Andino y Colombiano, Problemas Contemporáneos del Derecho y la Política 2, Editorial Bonaventuriana , 2012.

### **1. FORMACIÓN ACADÉMICA**

FUNDACIÓN SALAMANDRA, Cali Colombia


Curso de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada

Aprobado en 2007

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, Cali, Colombia

Internado

Completado en diciembre de 2008

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Tecnovask SAS*

*División Médico Legal y de Psicología Forense*

UNIVERSIDAD DEL VALLE, ESCUELA DE MEDICINA, Cali, Colombia

Médico y Cirujano

Graduado en 2008

FECOLSOG, Cali, Colombia

Asistencia al Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Certificado en mayo de 2010

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, FACULTAD DE DERECHO, Cali, Colombia

Programa de Derecho y Ciencias Políticas

Título obtenido: Abogado

Tesis de Grado: Patente de Producto Farmacéutico y Protección de los Datos de Prueba .


Graduado en agosto de 2011

CRUZ ROJA COLOMBIANA. Instituto de Educación. Curso de Soporte Vital Avanzado.


Aprobado en 2017.

## 2. EXPERIENCIA LABORAL:


- TECNOVASK SAS. Director de proyectos especiales. Enero 2021 a la fecha. E mail: [infogenvask@mail.com](mailto:infogenvask@mail.com).
- Genvask R&D. Contract Research Organization. Director Científico, Cali, Colombia. Febrero de 2019 a diciembre 2020. E mail: [genvask@hotmail.com](mailto:genvask@hotmail.com).

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

- DAVITA. Unidad de Terapia de Reemplazo Renal – Cali Sur. Médico General en sala de Diálisis. Diciembre de 2018 – Enero de 2019. Teléfono: 3107803860 – (+57 – 1) 580 49 49 Ext 1152.
- Lozano&Lozano Abogados : Asesor Médico Legal, Seguridad Social, Propiedad Intelectual, demandas de Responsabilidad Médica, contratación pública y privada. Agosto de 2017 – Agosto 2018. Cel: 310 418 73 17.
- BAXTER SERVICIOS DE TERAPIA RENAL S.A.S- Médico General en sala de Diálisis de Tequendama. Abril de 2017 a julio de 2017. Cali, Colombia. Teléfono 2- 608 48 48.
- Coomeva EPS – Acción Plus. Gestión del Riesgo Cardiovascular. Medicina General. Septiembre 2016 – diciembre de 2016. Tel: 681 1111.
- Lozano & Lozano Abogados : Asesor Médico Legal, Seguridad Social, Propiedad Intelectual, demandas de Responsabilidad Médica, contratación pública y privada. Diciembre 2015 – Septiembre 2016. Cel: 310 418 73 17.
- Asociación Sindical de Radiólogos del Valle ASIRVAL. Cali, Colombia.  
Asesoría jurídica en procesos de contratación, laborales y de propiedad intelectual. Septiembre 2015-Diciembre 2015. Tel: 2- 5145589
- Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. – Centros Médicos COLMÉDICA Medicina Prepagada – IPS Tequendama  
Morbilidad General Consulta Externa citas programadas y prioritarias  
Mayo de 2015-Septiembre de 2015. Tel: 572-5533146

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

- Centro de Excelencia Cardiopulmonar, Cali, Colombia.  
Abril de 2014 - Enero 2015.  
Médico General  
Tratamiento y Prevención de: Hipertensión, Diabetes, Riesgo Cardiovascular, Sobrepeso y Obesidad.  
Tel: (2) 5190991.
- Alcaldía de Santiago de Cali – Oficina de Control Disciplinario Interno, Cali, Colombia.  
Octubre de 2013 a Diciembre de 2013.  
Asesor Médico Legal.  
Tel: (2) -6 68 05 71.
- IPS Corporación Occidente – Calicentro – Grupo Saludcoop EPS, Cali, Colombia  
Julio de 2013 a Octubre de 2013.  
Tratamiento, Promoción y Prevención de: Hipertensión, Diabetes, Morbilidad General.  
Tel: 2 87 96 26 – 2 87 96 62. Ext. 114-115-105-103 (Bogotá).
- Hospital Universitario del Valle. Asociación de Usuarios, Junio de 2012 a Febrero de 2013, Cali, Colombia.  
Asesor en Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  
Tel: (2) 4 40 26 40



Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

- Alcaldía de Santiago de Cali – Secretaría de Salud Municipal, Cali Colombia .  
Marzo de 2012 a mayo de 2012.

Asesor Médico

Servicio de Atención a la Comunidad (SAC).Tel.:2- 5 56 33 17 (CTA PSA)

- “Médicos Abogados Consultores”. Firma Asesora, Cali, Colombia. Enero de 2012 a marzo de 2012.

Análisis de Historias Clínicas en demandas por malapraxis médica.

Tel: (2) – 5 24 63 76 – 315 4 85 49 70.

- Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, Cali, Colombia.

Abril de 2011 a diciembre de 2011

Cargo desempeñado: Asesor médico Oficina Jurídica –Área de Responsabilidad Médica.

Funciones del cargo:

-Análisis de eventos adversos


-Análisis clínico de las demandas por presunta malapraxis presentadas contra el Hospital.

-Miembro permanente del Comité de Historias Clínicas del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” ESE.

-Coordinador del proceso de peritazgos médico legales solicitados a la entidad por la administración de Justicia: Reparto de la peritación, decidir sobre impedimentos, procedencia o improcedencia de la solicitud.

-Recomendaciones a la Oficina de Gestión de Calidad y la Subdirección de Servicio al Cliente sobre la política institucional de seguridad del paciente.

Tel: (2) 3 80 85 80 (CTA Proinser Astroim)

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966


Tecnovask SAS

División Médico Legal y de Psicología Forense


- NUEVA EPS – IPS TEQUENDAMA, Cali, Colombia.  
Diciembre de 2010 – Marzo de 2011  
Médico General: Tratamiento, Promoción y Prevención en: Hipertensión, Diabetes y Morbilidad General.
  
- Grupo de Investigación “Derecho, Sociedad y Estado”, Universidad del Valle, bajo la Dirección de la Dra. RAQUEL CEBALLOS MOLANO Phd. Investigación ad-honorem sobre los efectos secundarios de los medicamentos y su relación con el secreto empresarial.  
Febrero de 2010 a Diciembre de 2010  
Tel: (2) 518 57 555
  
- Servicio Social Obligatorio: Red de Salud Ladera, Hospital Cañaveralejo – Puesto de Salud San Pascual.  
Febrero de 2009 a Febrero de 2010.  
Áreas de trabajo: Hospitalización, Urgencias, Sala de Partos, Programa Niño, Prevención y Promoción de la Salud.  
Tel: (2)- 6 08 01 24.

### **LISTA DE PERITACIONES:**

- Proceso 2013-399 Fiscalía 25 Cavif Cali Violencia Intrafamiliar, Denunciante Diana Solange Vélez, indiciado Peter Kramberger, apoderada Dra. MERY DIAZ GARNICA.
- Proceso 2017-00332 Juzgado Segundo Penal Municipal de Yumbo, caso JEFERY STEVEN HERNANDEZ ORTIZ, acceso carnal abusivo, apoderado Dr. ORLANDO GUAPACHA.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

- Proceso 2016-418 Juzgado 19 Civil del Circuito de Bogotá Proceso de Responsabilidad Civil Médica MARCK LYNTON Vs. Colsanitas, apoderado Dr. CARLOS CAMARGO.
- Proceso 110016000055201480115 Acceso Carnal Violento Fiscalía 367 Seccional de Bogotá Grupo GEDES.
- Proceso 110016000101-201600143 Fraude Procesal dictamen pericial sobre estado de salud del indiciado MARIO ANGULO presentado ante Juez de Control de Garantías de la ciudad de Bogotá, abogado solicitante Dr. FRANCISCO JOSE SINTURA VARELA.
- Proceso 110016000013-201304299 Fiscalía 103 Local de Bogotá Lesiones Personales querellante Luz Mery Chicuasque acusada Anny Girón Ávila, apoderado Dr. HERNÁN ANDRÉS SUAREZ URIBE.
- Proceso 110016000102201400186 por Interés Indebido en Celebración de Contrato, indiciado CARLOS ALBERTO SOLARTE SOLARTE, dictamen rendido ante Juez Penal de Control de Garantías sobre compatibilidad del estado de salud del señor CARLOS SOLARTE y la reclusión intramural.
- Proceso 10016000102201400186 por Celebración Indebida de Contrato contra Paola Solarte, caso Odebrecht Colombia. Apoderado: Dr. ALFREDO RODRÍGUEZ MONTAÑA. Evaluación del estado de salud de dos menores de edad para definir medida de aseguramiento de madre cabeza de hogar.
- Proceso 110016099069201504053 01 por lesiones personales dolosas agravadas, acusado JOSE RODOLFO TORRES HURTADO, víctima YENNY MARSELLA PARDO ROA. Apoderado Dr. IVAN ALFONSO CANCINO GONZÁLEZ. Juzgado 18 Penal del Circuito de Conocimiento de Bogotá.
- Proceso 251836000374201800070 por el delito de lesiones personales en accidente de tránsito, Fiscalía Local de Chocontá. Apoderado: Dr. JUAN CAMILO BASTO.
- Proceso 768926000190201700951 determinación del estado de salud del procesado RICARDO RODRÍGUEZ ARTURO y su incompatibilidad en centro de reclusión formal. Apoderado: Dr. SANTIAGO JOSÉ MEJÍA CASTAÑO.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

-Proceso 7600131104015200800102-00 determinación del estado de salud del condenado JAIME ANDRÉS CORREA MARTÍNEZ y su incompatibilidad con prisión intramuros. Despacho: Juzgado Segundo de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Santiago de Cali. Apoderado: Dr. ROBIN ALBERTO ESTRADA PÉREZ.

-Proceso Ordinario Laboral CAMILO ARMANDO RENGIFO CABAL vs. Refinadora Nacional de Aceites. Despido ilegal de trabajador con estabilidad laboral reforzada. Apoderado: Dr. LUIS ARMANDO CARPIO.

-Proceso 76-834-6000-187-2019-002230, delito: Tráfico, Fabricación y Porte de Estupefacientes. Determinación del estado de salud del procesado RICARDO ANDRÉS VELÁSQUEZ BURBANO y su incompatibilidad en centro de reclusión formal. Apoderada: Dra. LAURA MARCELA GUZMÁN MOSQUERA Y Dr. CARLOS HERNÁN CASTILLO RODRÍGUEZ.


-Proceso 76-001-60-00193-2018-16380, Juzgado Tercero de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali. Delito: Porte Ilegal de Arma. Determinación del estado de salud del procesado ANDRÉS FELIPE SERNA AMPUDIA y su incompatibilidad en centro de reclusión formal. Apoderado: Dr. ANDRÉS FERNANDO MORENO VICTORIA.

-Proceso 76 001 60 99165 2019 37674. Juzgado Dieciséis Penal del Circuito de Conocimiento de Cali. Delito: Acceso Carnal Abusivo con Menor de 14 años Agravado. Procesado: RUBÉN DARÍO PECHENÉ GÓMEZ. Apoderados: ANA DENCY CORREA ORTIZ y LUIS HERNANDO SALAMANCA CARVAJAL.

-Proceso 760016000193201706208. Delito: Receptación. Determinación del estado de salud del procesado JUAN CARLOS BONILLA CARDONA identificado con C.C. 94.428.143. Apoderado: Dr. ROBIN ALBERTO ESTRADA PÉREZ.

-Proceso 760016000193201719035 . Delito: Acceso Carnal Abusivo con Menor de 14 años. Determinación del estado de salud del procesado OSCAR BRAGID GÓNGORA OBANDO. Apoderado: Dr. ROBIN ALBERTO ESTRADA PÉREZ.

-Proceso 110016099144201780011 –11001600000020200220. Persona valorada JESÚS ALBERTO MOSQUERA HURTADO C.C. 11.636.629. Valoración estado de salud. Delito : Concierto para Delinquir. Apoderado: Dr. ROBIN ALBERTO ESTRADA PÉREZ.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

-Proceso 76001333301320190035300. Persona valorada: OLVER APARICIO RENGIFO C.C. No. 1107036039. Dictamen para determinar perjuicios y responsabilidad del INPEC en Acción de Reparación Directa. Apoderado: Dra. ALEYDA MEJÍA CARDONA.

-Proceso 7600016000193201823280. Acusado: WILSON ORLANDO TORRES HOYOS. Delito: Presuntos actos sexuales abusivos. Apoderado: Dr. LUIS ALBERTO GUTIÉRREZ TASCÓN. Dictamen para presentar en Juicio Oral.

-Proceso 760016000202005468. Acusado: JOSÉ ALFREDO TENORIO RIVERA C.C. 1143866232. Delito: Porte ilegal de arma. Apoderado: Dra. ROCÍO CAMILO CERTUCHE. Determinación del estado de salud del procesado y su incompatibilidad en centro de reclusión intramuros.


-Proceso 195486000629201800186. Acusado: EWIR ALEXIS VALENCIA QUESADA. Delito: Homicidio. Apoderado: Dra. ROCÍO CAMILO CERTUCHE. Dictamen para presentar en Juicio Oral.

-Proceso Ordinario Laboral valoración de ROBINSON QUIÑONES SEVILLANO C.C. 94425263. Despido ilegal de trabajador con estabilidad laboral reforzada. Apoderado: Dr. LUIS ARMANDO CARPIO.

-Valoración del estado de salud del recluso LUIS ALFREDO CAICEDO VALENCIA y su incompatibilidad con la reclusión intramuros. Delito: CONCIERTO PARA DELINQUIR. Radicación: 761096000000201900017. Apoderado: Dra. ROCÍO CAMILO CERTUCHE.

-Proceso de Responsabilidad Civil Médica DEMANDANTE. YAMID EUGENIA ARISTIZABAL Y OTROS. DEMANDADOS: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFENALCO y otros. Radicación: 76001310300320180017900. Apoderado: Dr. LUIS ARMANDO CARPIO CAICEDO.

-Proceso de Nulidad y Restablecimiento del Derecho Demandado: NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA. Demandante: TULIO ORTIZ ORDOÑEZ. Calificación de pérdida de capacidad laboral. Radicación: 190013333007 2018 00280 00. Apoderado: Dr. EDGAR ANTONIO VALENCIA GÓMEZ.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

-Proceso radicado bajo el 760016000193 202101649, delito Hurto en grado de tentativa. Valoración del estado de salud. Acusado: WILSON EDUARDO ARTUNDUAGA MARTÍNEZ. Apoderado: JOHN WILSON MANRIQUE AFANADOR.

-Proceso radicado bajo el 760016099174202150071. Delito: Violencia Intrafamiliar. Acusado ELEUTERIO SEGURA GRUESO. Apoderado: Dr. JULIAN DUQUE.

-Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual 76001310301320200016800. Demandante : WILBUR ESCALANTE CEBALLOS y otros. Demandado : COOTRANAR y otros. Juzgado Trece Civil del Circuito de Cali.

-Proceso radicado bajo el 76001 6000 193 2020 06943. Delito: Homicidio. Acusado: MIGUEL ALEJANDRO TORRES DAVID. Apoderado: Dr. JULIAN DUQUE.

-Proceso radicado bajo el 110016000096201800085. Valoración del estado de salud del señor ISIDRO PERDOMO GALLO y su incompatibilidad con la reclusión formal intramuros. Delito: Concierto para delinquir. Apoderado: Dr. CESAR MORALES .


-Proceso de reparación directa contra el INPEC y otros. Víctima de la falla médica: RICHARD ANDERSON SANCHEZ SEVILLANO, identificado con C.C. 1087118018. Apoderada: Dra. ALEYDA MEJÍA CARDONA.

-Proceso de Responsabilidad Médica contra Nueva EPS y otros caso DELLANIRA RALLO MONTAÑO identificada con C.C. 66.930.266. Apoderada: Dra. GHINA MARCELA RENZA ARAMBURO.

-Proceso de Responsabilidad Médica contra IPS Corpus y Rostrum y otros, demandante NANCY YAMILE ESTRADA BOLAÑOS. Apoderado: Dr. NELSON ROA REYES.

-Valoración del Estado de Salud de LUISA ALEJANDRA MÉNDEZ BURBANO durante trámite de concesión del subrogado de detención domiciliaria. Delito: CONCIERTO PARA DELINQUIR. Radicación: 76001-6000-000-2021-00279. Apoderado: ANDRÉS FERNANDO RÍOS JARAMILLO.

-Proceso Ordinario Laboral por despido ilegal en trabajadora con estabilidad laboral reforzada. Se acumula en proceso ordinario laboral para obtener pensión de invalidez de origen mixto. Demandante: MARIA STELLA VALOIS VALENCIA. Demandado: MARTHA LILIANA OCAMPO GIL y otros. Apoderado: Dr. LUIS ARMANDO CARPIO CAICEDO.

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

-Proceso de Responsabilidad Estatal Médica – Reparación Directa radicación 520013333007 2018– 00070 - 00 Juzgado Séptimo Administrativo Oral del Circuito de Pasto, Nariño. Demandado: Hospital Civil de Ipiales E.S.E. Demandante: ANA SOFIA MEJIA RUANO y otros. Apoderado: Dr. LUIS ARMANDO SÁENZ ZAMBRANO.

-Dictamen pericial en relación a la pérdida de capacidad laboral de MARELIS GONZÁLEZ SÁNCHEZ, identificada con C.C. 1050672139 a consecuencia del accidente de tránsito que sufriera el 30 de enero de 2020 en la carretera que de Yopal conduce a Sogamoso, Colombia, mientras se transportaba en un bus de servicio público de la empresa LIBERTADORES. Apoderada: LUZ ANGELA BARRERO CHAVES.

-Proceso de Nulidad y Restablecimiento del Derecho contra Nación-Ministerio de Defensa-Ejército Nacional mediante el cual se impugna el Acta del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía TML21-1-816 MDNSG-TML- 41 .1 del 28 de octubre de 2021. Demandante: HERNAN GUILLERMO TOVAR MORENO. Apoderado: CARLOS ALBERTO PERDOMO RESTREPO.


-Dictamen Pericial para establecer la Pérdida de Capacidad Laboral de LINA MARCELA RAMOS CASTAÑO, proceso penal radicado bajo el 768926000190202100997. Delito: Hurto Calificado. Apoderado Dr. JULIAN DUQUE.

-Dictamen Pericial proceso civil ordinario de responsabilidad médica demandante JANER POZU identificado con C.C. 10557981, demandado Clínica Fundación Valle del Lili. Apoderado: Dra. GHINA MARCELA RENZA ARAMBURO.

-Dictamen pericial para determinar pérdida de capacidad laboral por traumatismo en accidente de tránsito. Persona valorada: GUILLERMO ANDRÉS JIMÉNEZ URREA identificado con C.C. 9.434.195. Abogada: Dra. LUZ ANGELA BARRERO CHAVES.

-Proceso de Responsabilidad Civil Médica Demandante HECTOR MARIA URQUINA CUELLAR Y OTROS Demandado SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD S.A Y EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD EMCOSALUD. Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva radicación 41001-31-03-002-2020-00136-00. Apoderado: Dr. CARLOS ALBERTO PERDOMO RESTREPO.

-Como Jefe de Responsabilidad Médica del Hospital Universitario del Valle auditó más de 300 procesos de responsabilidad estatal adelantados en contra de la entidad en los años 2011-2012.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

## **II. OBJETO DEL DICTAMEN:**

Se elabora el presente dictamen con el fin de determinar la pérdida de capacidad laboral del señor OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO identificado con C.C. 109.618.624.5 a consecuencia de las lesiones sufridas en el accidente de tránsito que tuvo lugar el 16 de abril de 2021 a las 11:30 AM mientras se movilizaba en calidad de conductor de una motocicleta y colisionar con una tractomula, en hechos sucedidos en el municipio de Yopal, Casanare. Con el porcentaje de PCL se procederá a la cuantificación de los perjuicios.

## **III. METODOLOGÍA**


Se revisa la historia clínica del paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO de la IPS GYOMEDICAL de Yopal, la IPS Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas, y de los especialistas que lo atendieron. De igual manera, se revisan los Informes Periciales de Clínica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-Unidad Básica Yopal.

Se revisa la literatura científica vigente relacionada con politraumatismo en accidentes de tránsito, las secuelas de los procedimientos de nefrectomía y esplenectomía, el daño estético y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) asociado a los accidentes viales.

## **IV. REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Se procede a la revisión de la historia clínica del paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO de la IPS GYOMEDICAL de Yopal, la IPS Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas, y de los especialistas que lo valoraron y le brindaron tratamiento.

Se revisan asimismo los Informes Periciales de Clínica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-Unidad Básica Yopal.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Para efectos del dictamen se valora al paciente el 12 de diciembre de 2022.

Joven de 17 años quien el 16 de abril de 2021 sufre accidente de tránsito motocicleta vs. tractomula.


Es atendido en el Hospital Regional de la Orinoquía. Ingresa posteriormente el 17 de abril de 2021 a la IPS GYOMEDICAL de Yopal, a la Unidad de Cuidado Intensivo, debido a las graves lesiones sufridas. En la nota de ingreso se puede leer:

*Remitido del Hospital Regional de la Orinoquía por accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta, politraumatizado, con falla ventilatoria en asistencia mecánica.*

*(...)*

*Se trata de adolescente quien sufre accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta, pierde equilibrio y colisiona presentando politrauma, paciente es recogido por personal de APH, ingresa al servicio de urgencias en malas condiciones generales, realizan body scan encontrando hemo-neumotórax izquierdo, tórax inestable, fractura del 2do al 9no arco costal izquierdo, trauma esplénico grado V, trauma renal izquierdo grado IV, posterior a la realización del mismo paciente presenta deterioro por lo cual aseguran vía aérea e indican reanimación volumétrica con hemoderivados, coloides y catecolaminérgicos (noradrenalina 0.05 – 0.5 mg/kg/min) trasladan a sala de cirugía donde realizan laparotomía exploratoria + esplenectomía + nefrectomía izquierda + drenaje de hemoperitoneo + toracostomía cerrada izquierda + colocación de catéter venoso central, con hallazgo de 2000 CC de hemoperitoneo con coágulos, en POP inmediato traslado a unidad de cuidado intermedio adultos, y deciden trasladar a nuestra unidad para continuar manejo integral bajo cuidado crítico, al momento bajo sedoanalgesia con ventilación mecánica asistida, normotenso, taquicárdico, perfusión distal de 3 segundos, frialdad distal, abdomen cubierto con bolsa viaflex, diuresis con hematuria macroscópica a través de sonda vesical, se ubica en unidad, se monitoriza, se indica toma de paraclínicos y vigilancia clínica estricta, paciente con pronóstico reservado, familiar ampliamente informado.*

*Pronóstico: Muy reservado.*

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Se realiza TAC total de abdomen contrastado que reporta:

*Hígado: Esteatosis difusa, escaso líquido hiperdenso (hemoperitoneo) subhepático, bazo múltiples zonas hipodensas hipocaptantes compatibles con laceraciones coexistiendo acúmulo de líquido hemático en topografía peri-esplénica.*

*Vesícula distendida, de contenido homogéneo. Vía biliar intra y extrahepática conservadas.*


*Páncreas con adecuada morfología y densidad, realce homogéneo. Glándulas adrenales sin particularidades, riñón izquierdo con múltiples lesiones hipodensas cortico-medulares hipocaptantes, compatibles con laceraciones, asocia hematoma perirrenal con espesor máximo de 27 mm dudosos defectos de relleno en la porción hiliar de la arteria y vena renal, que sugieren injuria vascular en primera instancia.*

*(...)*

*Estructura ósea: Fracturas en apófisis transversas derechas entre L1 y L4, fractura en apófisis espinosa de L1 ya descrita, subluxación sacro ilíaca izquierda, tumefacción de partes blandas adyacentes, tumefacción difusa del tcs (tejido celular subcutáneo) posterior con acúmulo de líquido hiperdenso (hemático) en línea media posterior lumbosacra (aprox. 150 x 30 mm).*

En nota del 18 de abril de 2021 (día 2 de estancia según HC) se registra:

*Paciente en malas condiciones generales quien cursa con complicaciones cardiopulmonares, hemato infecciosas, gastrointestinales, renales y alto riesgo de realizar parada cardiaca, por lo cual continua en la unidad el día de hoy, se realiza vacunación contra gérmenes encapsulados (meningococo, neumococo, H. Influenza) debido a la esplenectomía.*

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Se reporta asimismo elevación de la creatinina a 1.4. Este valor es importante, dado que al paciente se le ha extraído su riñón izquierdo.

El 19 de abril de 2021 (día 3 de estancia) se anota:

*Paciente en malas condiciones generales (...) continúa en la unidad en manejo conjunto con el servicio de cirugía general, quien el día de hoy llevará a salas de cirugía para realizar nuevo lavado peritoneal más desempaquetamiento, por lo cual se solicita autorización a la EPS.*

*(...)*

*Signos de trauma en hemitórax izquierdo (...) murmullo vesicular en todos los campos pulmonares (crepitos bibasales) ...abdomen con bolsa viaflex.*

*(...)*

*Rx de tórax con infiltrados intersticiales bilaterales, contusiones pulmonares bilaterales, fracturas de reja costal del 2do al 9no arco. Catéter venoso central y toracostomía normo insertos.*

*(...)*


*Datos de anemia con criterio transfusional 3 unidades de glóbulos rojos, no trombocitopenia, tiempos de coagulación en límites de normalidad.*

*(...)*

*Sistema respiratorio con soporte ventilatorio mecánico invasivo, acoplado.*

Se reporta Hemoglobina de 7.9 por lo que se ordena transfundir 3 unidades de glóbulos rojos.

El 20 de abril de 2021 (día 4 de estancia) se hace el siguiente registro en la historia clínica:

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Paciente en malas condiciones generales, quien cursa con complicaciones cardiopulmonares, hemato infecciosas, gastrointestinales, renales y alto riesgo de realizar parada cardiaca, por lo cual continúa en la unidad en manejo conjunto con el servicio de cirugía general, quien el día de hoy llevará a salas de cirugía para realizar nuevo lavado peritoneal, más desempaquetamiento. Se informa a los familiares.*

Se inicia tratamiento antibiótico con piperacilina tazobactam y vancomicina.

Se ordena transfundir dos unidades de glóbulos rojos ante persistencia de anemia (Hemoglobina=8.1).

El 21 de abril de 2021 (día 5 de estancia) se reporta:

*Trastorno acido base tipo acidemia respiratoria, Rx de tórax con infiltrados intersticiales bilaterales, contusiones pulmonares bilaterales, fracturas reja costal del 2º al 9º arco, catéter venoso central y toracostomía normo insertos.*  
(...)

*El día de ayer se realizó lavado peritoneal más desempaquetamiento y cierre definitivo de la pared abdominal.*


El 22 de abril de 2021 (día 6 de estancia) se anota:

*Escoriaciones múltiples, asimétrico, por signos de trauma en hemitórax izquierdo expandible, murmullo vesicular en todos los campos pulmonares, crépitos bibasales.*

(...)

*Último hemograma con leucocitosis y neutrofilia estacionaria para lo cual recibe terapia antibiótica dual.*

(...)

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*El día de ayer se le realizó el protocolo de extubación sin complicaciones hasta esta evolución, pero se continúa vigilancia ventilatoria estricta durante las siguientes 24 horas post-extubación dada el alto riesgo de reintubación.*

El 23 de abril de 2021 (día 7 de estancia) se observan las siguientes notas destacables en la historia clínica, en las cuales se reporta fiebre:

*Leucocitosis en ascenso 33.900. Neutros 81%. Linfos 8.7%.*

*(...)*

*Sistema hematoinfeccioso febril en las últimas 24 horas. Hemograma con leucocitosis y neutrofilia en ascenso, por lo que se continúa terapia antibiótica dual y el día de hoy se agrega fluconazol.*

*(...)*

*Paciente en regulares condiciones generales quien cursa con complicaciones cardiopulmonares, hematoinfecciosas, gastrointestinales, metabólicas y alto riesgo de realizar parada cardíaca secundario a hipokalemia, por lo cual continúa en manejo conjunto con el servicio de cirugía general.*


El 24 de abril de 2021 (día 8 de estancia) se hace la siguiente nota de evolución:

*El día de hoy se solicita tomografía de cráneo por diplopía y presentar pupilas midriáticas reactivas a la luz.*

*(...)*

*Continúa en la unidad en manejo conjunto con el servicio de cirugía general, se informa a los familiares, avisar eventualidad.*

El 25 de abril de 2021 (día 9 de estancia) se observa el siguiente registro:

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Paciente en aceptables condiciones generales, sin requerimiento de soporte vasopresor, ni ventilatorio, metabólicamente estable, sin signos de sangrado, recibiendo cubrimiento antibiótico, en seguimiento de reactantes de fase aguda. En conjunto con el servicio de cirugía general se indica traslado a hospitalización para continuar manejo de patología de base, para lo anterior requiere ambulancia básica terrestre, se informa a los familiares, avisar eventualidad.*


*(...)*

*Paciente fue aceptado en Hospital Regional de la Orinoquia cama 504 C, se procede a realizar epicrisis y traslado a unidad de destino.*

El TAC de cráneo tomado el día anterior (abril 24 de 2021) es normal. Asimismo, se reporta mejoría de la condición clínica del paciente, por lo que se traslada a otra institución para continuar hospitalización y manejo médico.

Se consideran que los diagnósticos durante la hospitalización fueron:

1. Politraumatismo en accidente de tránsito ISS
2. Shock hipovolémico grado IV.
  - 2.1. Síndrome anémico politransfundido.
3. Insuficiencia respiratoria aguda tipo I de Wood en asistencia mecánica invasiva.
4. Trauma cerrado de tórax.
  - 4.2. Tórax inestable.
    - 4 2.1. Fracturas costales del 2° al 9° arco costal izquierdo.
  - 4.3. Neumotórax traumático derecho.
5. Trauma abdominal cerrado.
  - 5.1. Abdomen agudo.
  - 5.2. Trauma renal izquierdo.
  - 5.3. Trauma esplénico

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

## 6. Trauma de pelvis

## 7. Trauma craneoencefálico leve.


Laboratorios del 26 de mayo de 2021 reportan anticuerpos contra antígeno de superficie de la Hepatitis B en 7.55, es decir, negativo. Lo anterior significa que el paciente no tiene inmunidad contra la infección por el virus de la hepatitis B (VHB). Esta condición es especialmente preocupante en un paciente a quien le han extraído su bazo, pues su sistema inmune es más débil y su organismo más susceptible a las infecciones.

El 21 de junio de 2021 es valorado en la IPS Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas por la especialidad de Infectología Pediátrica quienes hacen la siguiente nota:

*Oscar recibió vacunas para microorganismos encapsulados durante hospitalización. Solicitamos a madre del paciente averiguar exactamente cuales vacunas recibió. Enviamos hoy vacuna contra virus Influenza tetravalente 2021 hemisferio sur, solicitamos Acs contra Ag superficie hepatitis B y Acs contra hepatitis A para próxima consulta. Damos recomendaciones y signos de alarma.*

*Plan de tratamiento:*

- Se solicita aplicar vacuna contra virus influenza tetravalente 2021 hemisferio sur. Aplicar 1 dosis IM*
- Se solicita Vacuna contra hepatitis A 720 UE más hepatitis B 20 mcg / ml . Aplicar 1 dosis IM.*
- Se solicita vacuna contra Streptococcus pneumoniae 13 valente conjugada: aplicar dosis IM .*
- Se solicita vacuna contra Neisseria meningitidis A, C, Y, W aplicar 1 dosis IM.*
- Tiene priorización para recibir vacuna contra Covid- 19 por antecedente de esplenectomía que lo predispone a déficit de su inmunidad.**

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*-Control por infecto pediatría en 2 meses*

(resaltado fuera de texto)

El 23 de junio de 2021 es valorado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-Unidad Básica Yopal. En informe Pericial de Clínica Forense No. UBYP-DSCS-01229-2021 se consigna:

*Según oficio petitorio de la Fiscalía 14 Local de Yopal, SONIA BERDUGO SILVA, Asistente de Fiscal II, solicita realizar valoración de lesiones personales. Oficio sin número del 22 de junio de 2021, sin dato de hora. Se requiere valoración por lesiones personales culposas.*

*(...)*


*Examen Físico Positivo: Tórax izquierdo asimétrico por trauma y fracturas costales. Abdomen con múltiples excoriaciones asimétricas con costra, herida quirúrgica abdominal con secreción líquida serosa.*

*(...)*

*DIAGNÓSTICOS: Sospecha de infección asociada al cuidado de la salud. Politraumatismo en accidente de tránsito ISS 30. Choque hipovolémico grado IV superado. Síndrome anémico politrasfundido. Trauma craneoencefálico leve. Trauma de tórax cerrado. Tórax inestable. Fracturas costales del 2º al 9º arcos costales izquierdos. Neumotórax traumático derecho resuelto. Retiro de toracostomía cerrada izquierda (24/04/2021 ). Extubación (21/04/2021). Trauma abdominal cerrado. Trauma renal derecho. Trauma esplénico. Trauma de pelvis. Postoperatorio mediato de laparotomía exploratoria + esplenectomía + nefrectomía izquierda + drenaje de hemoperitoneo.*

*(...)*

*Hecho que se investiga: Accidente de Tránsito – Conductor. Fecha y hora en que la autoridad conoció el hecho: 2021-04-17 12:30 . Fecha y hora de los hechos: 2021-04-17 (sic) 11:00 – 12:00. RELATO DE LOS HECHOS: NELSON VARGAS BUENO, padre putativo, refiere que: Hoy en la mañana la mamá le*

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*dijo a Oscar que le llevara unas bolsas a la finca que queda en la vía Yopal-Aguazul km 8, el fue y nos dejó las bolsas y se regresó en la moto, ya después nos llamaron porque él se había accidentado.*

*(...)*

*ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES: Paciente menor de edad quien ingresa al servicio de urgencias con diagnóstico politraumatismo, choque hipovolémico, trauma craneoencefálico leve, trauma cerrado de tórax, trauma cerrado de abdomen, trauma en pelvis. Paciente en malas condiciones generales por lo que se inició reanimación coloides sin respuesta con posterior inicio de soporte con catecolaminérgicos y se trasladó a quirófano donde se realizó laparotomía exploratoria + esplenectomía + nefrectomía izquierda + drenaje de hemoperitoneo + toracostomía cerrada izquierda + colocación de catéter venoso central. Dentro de su manejo ha recibido transfusión de 4 unidades de glóbulos rojos, transfusión de 9 unidades de plasma, líquidos endovenosos, ketamina, fentanilo, rocuronio, propofol, norepinefrina, gelofusine, ácido tranexámico.*


*(...)*

*ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:*

*Incapacidad médico legal provisional sesenta (60) días. Debe regresar a nuevo reconocimiento médico legal al término de la incapacidad provisional, con nuevo oficio de su despacho.*

*Perturbación funcional del órgano – sistema hematopoyético de carácter permanente. Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter a establecer en dos meses con epicrisis del HORO y nuevo oficio de su despacho.*

El 22 de julio de 2021 es valorado por el Dr. CARLOS ALBERTO DEL CORRAL ORREGO especialista en salud ocupacional y prevención de riesgos laborales, quien informa:

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

**MOTIVO DE CONSULTA:**

*Paciente con antecedente de politraumatismo en accidente de tránsito, presentando choque hipovolémico, trauma cerrado de tórax, requirió toracostomía cerrada por neumotórax derecho, Presentando fracturas del 2° al 9° arcos costales izquierdos. Trauma renal derecho, trauma esplénico, trauma encéfalo craneano TEC leve como consecuencia de accidente mientras conducía motocicleta al chocar contra vehículo de carga el 16 de abril de 2021. Requirió nefrectomía izquierda, esplenectomía y drenaje de Hemoperitoneo el 17 de abril de 2021 dejándose herida abierta, realizándose múltiples lavados quirúrgicos y realizándose cierre de la herida abdominal vertical a los 3 días previa apendicectomía. Se realizó transfusión sanguínea. Recibió tratamiento con antibióticos durante la hospitalización, y actualmente refiere dolor torácico ocasional.*

*(...)*

*Tórax izquierdo asimétrico por fracturas de arcos costales, con leve dolor a la palpación.*

*Cicatriz quirúrgica mediana abdominal.*

*(...)*


*Conducta: Se termina tratamiento antibiótico ordenado.*

El 03 de agosto de 2021 es valorado en el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas por la especialidad de Infectología Pediátrica. Se observa el siguiente registro:

*Edad: 17 años*

*Fecha: 03/08/2021*

**MOTIVO DE LA CONSULTA:** *Control.*

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966


*ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente masculino de 17 años, residente en Yopal, Casanare, con antecedente de politraumatismo en accidente de tránsito, choque hipovolémico. trauma cerrado de tórax requirió toracostomía cerrada por neumotórax derecho, fracturas de 2do al 9no arco costal izquierdos. Trauma renal izquierdo, trauma esplénico, TCE leve. Accidente fue mientras conducía motocicleta chocó contra vehículo de alta carga el 16 abril de 2021 . Requirió nefrectomía izquierda, esplenectomía el 17 abril de 2021, dejan herida abierta, múltiples lavados herida Qx, a los 3 días cierre de herida quirúrgica vertical y abdominal previa apendicectomía. Requirió en la hospitalización en Gyomedical Yopal: Vancomicina, piperacilina tazobactam fluconazol EV (no encontramos documentación de aislamientos microbiológicos en historia clínica). Actualmente con amoxicilina clavulanato 1 gr vía oral en las noches profiláctica para microorganismos encapsulados. Oscar recibió vacunas para microorganismos encapsulados en dicha hospitalización. Solicitamos a madre del paciente averiguar exactamente cuáles vacunas recibió. Enviamos vacuna contra virus influenza tetravalente 2021 hemisferio sur, solicitamos anticuerpos contra Ag de superficie de hepatitis B y anticuerpos contra hepatitis A para próxima consulta. Damos recomendaciones y signos de alarma.*

*(...)*

*Ya recibió vacunas contra Sars-Cov2 las dos dosis sin eventos adversos Ya recibió vacunas solicitadas. Por el momento se solicita vacuna 23 valente contra neumococo y vacuna Tdap. Recibirá además segunda dosis de vacuna contra hepatitis B Se dan recomendaciones y signos de alarma. Se cita a control en 1 mes.*

*Plan de tratamiento:*

- Se solicita vacuna polisacárida 23 valente contra Streptococcus Pneumoniae: aplicar 1 dosis IM.*
- Se solicita vacuna Tdap: aplicar 1 dosis IM.*
- Pendiente segunda dosis de vacuna contra hepatitis B al mes de primera dosis (hepatitis A más B) y vacuna contra hepatitis A segunda dosis: a los 6 meses de vacuna ( hepatitis A más B).*
- Control por infectopediatría en 1 mes.*

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

El 05 de octubre de 2021 es valorado nuevamente por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-Unidad Básica Yopal. En informe Pericial de Clínica Forense No. UBYP-DSCS-01996-2021 se consigna:

*Examinado hoy martes 05 de octubre de 2021 a las 07:54 horas en segundo reconocimiento médico legal. Previa explicación de los procedimientos a realizar en la valoración, la importancia de los mismos para el proceso judicial o administrativo, se diligencia el consentimiento informado, se toma firma y huella dactilar del índice derecho del examinado y del representante legal ANA MARIA CASTILLO BOHORQUES C.C. 63.558.832 de Bucaramanga, mamá, en el consentimiento informado.*


*(...)*

*El paciente refiere que el día 17 de abril de 2021 a las 11:30 Horas aproximadamente sufre accidente de tránsito en calidad de conductor de una moto que choca contra una mula, con posterior pérdida de la conciencia. Es llevado a GYOMEDICAL donde permanece en unidad de cuidados intensivos durante ocho días, realizan toracotomía (sic) izquierda dada la presencia de neumotórax por fracturas desde el segundo al noveno arco costal del lado izquierdo, trauma renal y esplénico, requirió nefrectomía izquierda y esplenectomía. Actualmente se encuentra recibiendo seguimiento médico por nefrología e infectología pediátrica, y por terapia física. Durante su proceso de hospitalización requirió manejo por psicología, posterior a los hechos fue llevado en dos oportunidades a terapia por psicología, pero el mismo paciente manifiesta no querer continuar con las terapias.*

*(...)*

#### **ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:**

*Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente y con los hallazgos al examen físico es posible determinar: Mecanismo traumático de lesión: Contundente. Incapacidad médico legal DEFINITIVA: SESENTA (60) DÍAS. SECUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo, dada la presencia de cicatriz ostensible en abdomen, de carácter permanente. Perturbación funcional del órgano de excreción urinaria de carácter permanente.*

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Perturbación funcional del órgano – sistema inmunohematopoyético de carácter permanente.*

### **Valoración del paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO:**

El 12 de diciembre de 2022 a las 10:30 AM el suscrito perito médico procedió a valorar al paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO identificado con cédula de ciudadanía 109.618.624.5 de Yopal.

Fecha de nacimiento: 22 de marzo de 2004

MC: Para valoración


EA: Paciente de 18 años con antecedente de accidente de tránsito moto vs. tractomula el cual tuvo lugar el 16 de abril de 2021. Atendido en el Hospital Regional de la Orinoquía, ingresa posteriormente el 17 de abril de 2021 a la IPS GYOMEDICAL de Yopal, a la Unidad de Cuidado Intensivo donde recibe ventilación mecánica invasiva. Durante hospitalización para manejo de trauma de tórax y abdominal contuso se realiza toracostomía izquierda y laparotomía exploratoria. Se procede a 1) Nefrectomía izquierda 2) Esplenectomía 3) Drenaje de hemoperitoneo 4) Drenaje de hemonemotórax izquierdo. Recibió manejo antibiótico. Se reportan también fracturas costales del 2° al 9° arco costal izquierdo, TCE y fx de pelvis. Refiere lumbalgia persistente. Ha recibido esquema de vacunación para paciente esplenectomizado indicado por infectología. Ha presentado algunos episodios febriles y de malestar en el último año.

Refiere insomnio, ansiedad, pesadillas sobre el accidente, recuerdos intrusivos del accidente y la hospitalización en especial cuando ve automóviles o aborda un medio de transporte terrestre, lo cual afecta su calidad de vida.

Antecedentes: Dengue hemorrágico en 2015 sin secuelas.

RxS: Lo referido en EA.

EF: Estable, alerta. Ansioso.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Gran cicatriz quirúrgica por antecedente de laparotomía descrito. Cicatriz quirúrgica por antecedente de toracostomía izquierda. Discreta dificultad para la marcha por dolor.

A/P: Paciente con secuelas físicas y psíquicas por accidente de tránsito. Actualmente en manejo de paciente monorreno y seguimiento por infectología con protocolo de paciente esplenectomizado, seguimiento que debe ser continuo y permanente con vacunación periódica en especial para gérmenes encapsulados. Con lumbalgia y dorsalgia crónicas. Se identifican síntomas psiquiátricos compatibles con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Con grave alteración estética por cicatriz de laparotomía.


Conducta:

Control por infectología, ortopedia y nefrología

Control por psicología y psiquiatría.

Mantener esquema de vacunación paciente esplenectomizado.

A continuación unas fotografías de las cicatrices que afectan a OSCAR ARLEY:

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Tecnovask SAS

División Médico Legal y de Psicología Forense



pe Merízalde G.  
CO UNIVALLE  
M. 762966

*Handwritten signature*

Tecnovask SAS

División Médico Legal y de Psicología Forense



Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

**Diagnósticos:**

Z90.5 AUSENCIA ADQUIRIDA DE RIÑÓN

S36.0 - TRAUMATISMO DEL BAZO

D73.0 ASPLenia POSTQUIRÚRGICA

Z26.9 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA ENFERMEDAD INFECCIOSA NO ESPECIFICADAS

F43.1 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

F41.2 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION.

M54 DORSALGIA

M54.5 LUMBAGO

**V. MARCO TEÓRICO**


Se revisa la literatura vigente relacionada con politraumatismo en accidentes de tránsito, las secuelas de los procedimientos de nefrectomía y esplenectomía, el daño estético y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) asociado a los accidentes viales.

**Fisiología renal y formación de la orina por los riñones:**

El riñón es un órgano extraordinariamente complejo y con un mecanismo autorregulador muy fino y preciso.

Las funciones del riñón son muchas:


1. Eliminación de desechos a través de la orina.
2. Regulación del volumen plasmático.



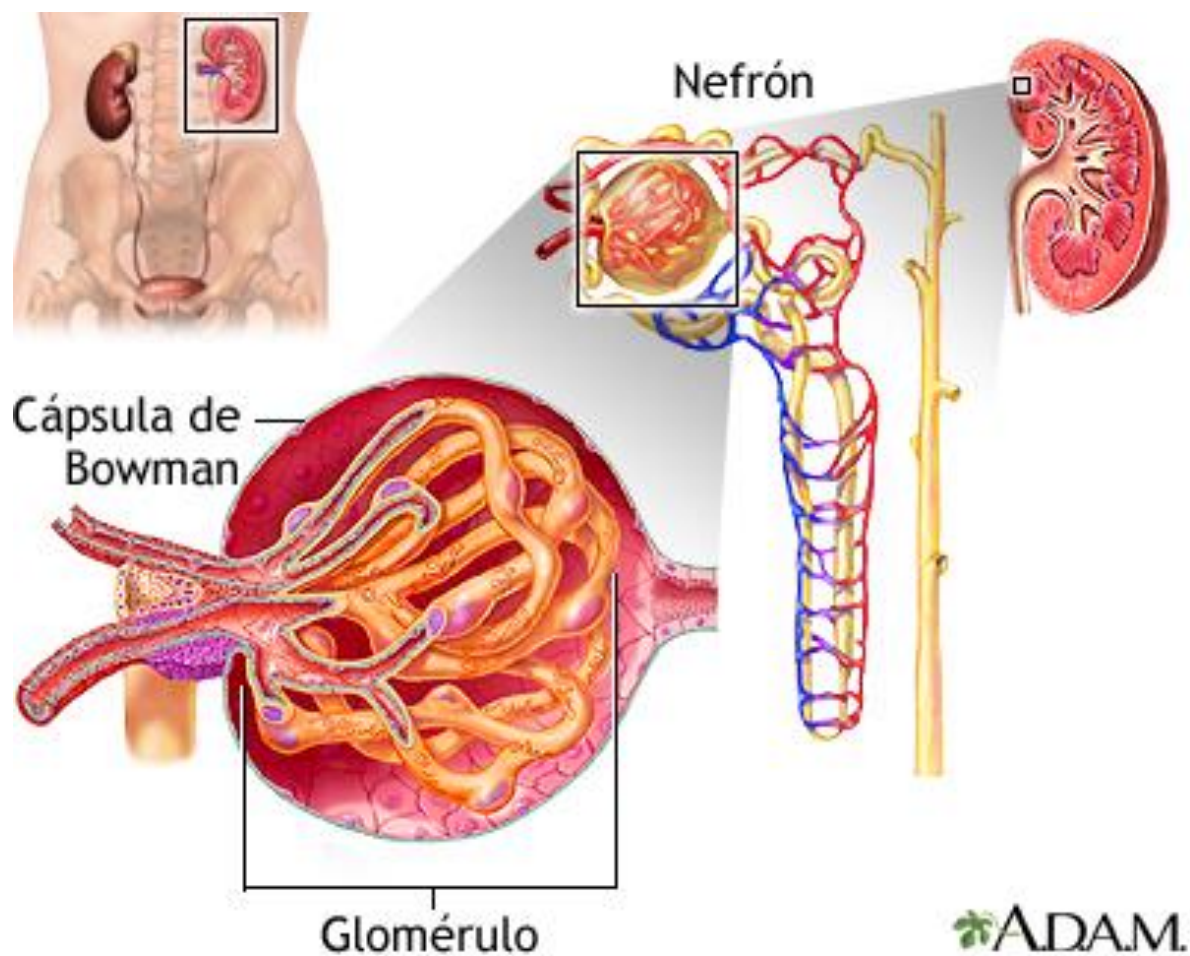
Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

3. Regulación de la concentración de iones en la sangre, entre los que tenemos sodio, cloro, potasio, calcio, fósforo, entre otros.
4. Mantener la osmolaridad de la sangre gracias a la acción de la horma antidiurética.
5. Regula la presión arterial participando en el sistema renina-angiotensina-aldosterona.
6. Estimula la producción de glóbulos rojos por medio de la acción de la eritropoyetina.
7. Interviene en el metabolismo de la vitamina D y el mantenimiento del calcio en los huesos.
8. Participa en la gluconeogénesis. Aunque la mayor parte de este proceso tiene lugar en el hígado, el riñón participa en una pequeña proporción.
9. Interviene en la regulación del equilibrio ácido-base del organismo.


La unidad funcional del riñón es la nefrona. A continuación dos imágenes esquemáticas:



Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966



Tomada de: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp\\_imagepages/19932.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19932.htm)

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

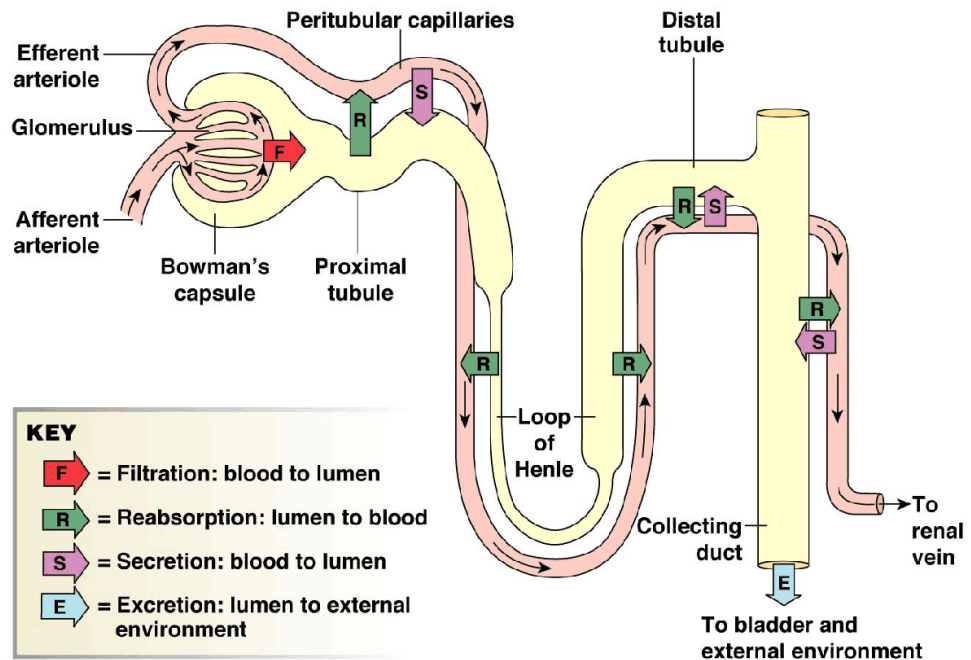
# Visión general de la función renal

3 procesos

**FILTRACIÓN**

**REABSORCIÓN**

**SECRECIÓN**



Copyright © 2007 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings.

Tomado de: <https://www.docsity.com/es/funcion-renal-la-formacion-de-la-orina/4396615/>

La nefrona está conformada por el glomérulo (rodeado por la cápsula de Bowman) y los túbulos renales. Los túbulos renales tienen una porción proximal, el asa de Henle, el túbulo contorneado distal y el túbulo colector.

Los túbulos colectores confluyen en los conductos papilares, que a su vez desembocan en los cálices menores, y éstos a su vez en los cálices mayores. Los cálices mayores desembocan en la pelvis renal, la cual desemboca en el uréter, estructura tubular de paredes de músculo liso que lleva la orina hasta la vejiga.

En la formación de la orina intervienen tres procesos:

Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

1. Filtración
2. Re - absorción
3. Secreción.

La filtración tiene lugar en el glomérulo.


Al glomérulo ingresa la sangre a través de la arteriola aferente, y sale del mismo a través de la arteriola eferente. Las diferencias de presión entre ambas arteriolas regulan la filtración de la sangre a través de la membrana basal glomerular y los podocitos. Este ultrafiltrado es recogido en el espacio urinario y pasa al túbulo proximal. Se eliminan desechos y varias sustancias.

La reabsorción tiene lugar principalmente en el túbulo proximal, pero también en el asa de Henle y el túbulo distal. Algunas sustancias que han sido eliminadas en el ultrafiltrado son necesarias para el organismo, y por lo tanto a través de la reabsorción son recuperadas y reincorporadas a la sangre.

Mediante la secreción, los túbulos renales pasan directamente desde la sangre algunos componentes al ultrafiltrado, como por ejemplo, los iones hidrógeno. Este proceso es necesario para controlar el equilibrio ácido-base del organismo, por ello, la orina tiene un PH que tiende a ser ácido.

Una vez surtido estos tres pasos, tenemos la orina formada, que pasa a los túbulos colectores, y de ahí a los cálices renales, la pelvis renal, el uréter, para llegar a la vejiga, en donde será retenida hasta que la persona encuentre el momento y el lugar para excretar su orina.

Cuando el riñón falla y no puede cumplir estas funciones, las personas enferman gravemente, llegando a requerir terapia de reemplazo renal, es decir, hemodiálisis.



Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966


A continuación una imagen de u paciente en hemodiálisis cuyos riñones no funcionan:



Tomado de:  
<https://centrodeatencionfarmaceutica.blogspot.com/2011/03/pacientes-de-dialisis-no-alfabetizados.html>

### **Riesgo aumentado de falla renal crónica y menor reserva fisiológica de los pacientes monorrenos:**

Se documenta en la historia clínica que el paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO sufrió el 16 de abril de 2021 a la edad de 17 años un traumatismo renal izquierdo severo, entre otras graves lesiones, en accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta. Por este motivo requirió nefrectomía izquierda.

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Este antecedente convierte al paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO en un paciente monorreno, es decir, un paciente de un solo riñón.

¿Están los pacientes monorrenos en mayor riesgo de presentar una progresión más rápida hacia falla renal crónica ? ¿Son más vulnerables a presentar más complicaciones frente a una lesión renal de cualquier tipo sobre el riñón remanente?

La información sobre estos aspectos ha sido variable. De hecho, la donación de riñón entre personas vivas se ha alentado bajo la premisa, no demostrada , de que la nefrectomía causaría pocas complicaciones al donante en el futuro.


No obstante, en los últimos años se ha acumulado importante e inquietante evidencia que demuestra que en efecto los pacientes monorrenos sí son más propensos a sufrir complicaciones renales y que tienen una menor reserva fisiológica que los hace más susceptibles de desarrollar complicaciones graves frente a una injuria del órgano remanente.

Resulta de gran relevancia el trabajo de investigación realizado por TANTISATTAMO y cols (2019) , quienes concluyeron lo siguiente:<sup>1</sup>

*Persons with acquired solitary kidney, including those who have had a unilateral nephrectomy for living kidney donation, renal malignancies, or trauma, have decreased renal mass that leads to increased intraglomerular pressure and glomerular hyperfiltration. These physiologic adaptations of solitary kidney may exacerbate other preexisting and genetic conditions that could create a predisposition to or worsen glomerular pathologies, leading to unfavorable renal outcomes. Hence, these persons may benefit from special care and lifestyle modifications, including nutritional interventions. There is a lack of consensus and evidence for proper surveillance and management after*

---

<sup>1</sup> TANTISATTAMO, Ekamol; DAFOE, Donald C.; REDDY, Uttam G.; ICHII, Hirohito; RHEE, Connie M.; STREJA, Elani; LANDMAN, Jaime; KALANTAR-ZADEH, Kamyar (2019); Current Management of Patients With Acquired Solitary Kidney. *Kidney International Reports* (2019) 4, 1205–1218; Elsevier, Bruselas , Bélgica, p. 1205.  
<https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.07.001>. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6732776/pdf/main.pdf>

 Dr. Felipe Merizalde G.  
 MEDICO UNIVALLE  
 R.M. 762966

*nephrectomy, and misconceptions in both directions of having a "normal" versus "abnormal" kidney status may cause confusion among patients and healthcare providers pertaining to long-term kidney health monitoring and management.*

*Traducción:*


*Las personas con riñón solitario adquirido, incluyendo aquellas que tuvieron una nefrectomía unilateral por donación renal entre vivos, tumores malignos de riñón, o trauma, tienen una masa renal disminuida que lleva a una presión intraglomerular aumentada y a hiperfiltración glomerular. Estas adaptaciones fisiológicas del riñón solitario pueden exacerbar otras condiciones genéticas o preexistentes que pueden crear una predisposición a desarrollar o empeorar patologías glomerulares, llevando a resultados renales desfavorables. Por lo tanto, estas personas se pueden beneficiar de cuidado especial o modificaciones del estilo de vida, incluyendo intervenciones nutricionales. Hay una falta de consenso y evidencia sobre el adecuado manejo y vigilancia después de la nefrectomía, y los conceptos errados entre tener un riñón "normal" versus uno "anormal" pueden causar confusión entre pacientes y proveedores de servicios de salud en relación al monitoreo y manejo renales a largo plazo.*

El citado grupo de investigadores explicó cuál es el mecanismo fisiopatológico por el cual el riñón único sufre un mayor daño progresivo. Al verse reducida la masa renal y la cantidad de nefronas, el riñón remanente reacciona a la sobrecarga mediante un mecanismo de hiperfiltración y aumento de la presión intraglomerular. Con el paso del tiempo estos fenómenos pueden causar daños en el diafragma de los procesos de los podocitos, a su desprendimiento de la membrana basal glomerular, y en última instancia, a glomeruloesclerosis y falla renal crónica: <sup>2</sup>

*GFR is correlated with the number of nephrons, and it may vary by age, gender, and body habitus. Loss of nephrons is usually not a cause of decreased GFR,*

---

<sup>2</sup> Ibíd, p. 1206.


 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*owing to compensatory mechanisms, although these do not provide full compensation and GFR increases to 65%– 70% of pre-donation GFR in healthy donors aged <60 years. Since the excretory function of kidney is needed to maintain fluid, electrolyte, and mineral balances, physiological adaptation occurs immediately after nephrectomy, with increases in effective renal plasma flow, glomerular ultrafiltration coefficient (Kf), and transcapillary hydraulic pressure gradient (DP), leading to increased single-nephron GFR, glomerular hyperfiltration, and overall increased GFR.*

*In addition to renal hemodynamic change after nephrectomy, structural nephron alteration in the form of both hypertrophy and hyperplasia may occur. This compensatory glomerular hypertrophy is involved in several pathways including activation in mammalian target of rapamycin complex (mTOR), interleukin 10, and transforming growth factor- $\beta$ . However, this compensatory mechanism postnephrectomy in living kidney donor differs from patients after nephrectomy from other reasons. The compensatory glomerular hyperfiltration can cause damage to the solitary kidney in the long term, especially if there are other factors that would aggravate glomerular hyperfiltration, such as high dietary protein intake resulting in afferent arteriole dilation and leading to intraglomerular hypertension, or high dietary sodium intake resulting in increases in systemic hypertension and volume retention. Intraglomerular hypertension causes podocyte injury and loss of perm-selectivity of the filtrating function of the slit diaphragm between foot processes, causing proteinuria. In addition, endothelialmesangial hyperplasia and glomerulomegaly mediated by increased transforming growth factor- $\beta$ 1 and angiotensin II cause podocyte detachment from glomerular basement membrane and subsequently glomerulosclerosis. These ultimately lead to pathological changes similar to those seen in FSGS and albuminuria, a decline in GFR, and CKD progression.*

**Traducción:**


*La tasa de filtración glomerular (TFG) se correlaciona con el número de nefronas, y puede variar de acuerdo a la edad, género y hábitos. La pérdida de nefronas usualmente no causa un decremento en la TFG, debido a*

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*mecanismos compensatorios, aunque esto no causa compensación total, llevando a aumentos de la TFG del 65%-70% de la previa en donantes sanos menores de 60 años. Como la función excretora del riñón se requiere para mantener el balance de fluidos, mineral y de electrolitos, la adaptación fisiológica tiene lugar inmediatamente después de la nefrectomía, con incrementos en el flujo renal plasmático efectivo, coeficiente de ultrafiltración glomerular (Kf) y el gradiente de presión hidráulica transcapilar (DP), llevando a un aumento de la TFG de cada nefrona, hiperfiltración glomerular, y un aumento general de la TFG.*

*Adicional al cambio hemodinámico renal después de la nefrectomía, pueden tener lugar cambios estructurales en la nefrona en la forma de hipertrofia e hiperplasia. Esta hipertrofia glomerular compensatoria está envuelta en varias vías incluyendo la diana del complejo de rapamicina en células de mamífero (mTOR), la interleuquina 10, y el factor de crecimiento transformante beta. Sin embargo este mecanismo compensatorio post-nefrectomía en donante de riñón vivo es diferente de los pacientes que son nefrectomizados por otras razones. La hiperfiltración glomerular compensatoria puede causar daño al riñón solitario a largo plazo, especialmente si hay otros factores que pueden agravar la hiperfiltración glomerular, como una dieta alta en proteínas que resulta en dilatación de la arteriola aferente y lleva a hipertensión glomerular, o a una dieta alta en sodio que resulta en hipertensión sistémica y retención de volumen. La hipertensión intraglomerular causa lesión al podocito y pérdida de la selectividad en la función de filtración de la hendidura del diafragma entre los procesos de los podocitos, causando proteinuria. Adicionalmente, la hiperplasia endotelio-mesangial y la glomerulomegalia mediada por el factor de crecimiento transformante beta y la angiotensina II causa desprendimiento de los podocitos de la membrana basal glomerular y subsecuentemente glomeruloesclerosis. Ello lleva a cambios patológicos similares a los vistos en la Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria (GSFS) y albuminuria, un declive en la TFG, y progresión hacia falla renal crónica.*

Debe tenerse en cuenta además una condición especial en el paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO. El paciente perdió su riñón izquierdo a causa de un traumatismo

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

en accidente de tránsito. Las lesiones causadas al órgano fueron tan severas que debió ser extraído quirúrgicamente (nefrectomía). Otros órganos resultaron lesionados, y además, sufrió un shock hipovolémico. Esta condición genera un antecedente deletéreo sobre el riñón remanente. Así lo explican los citados autores. Consideran que las lesiones renales por trauma suelen estar asociadas a lesiones de otros órganos, y que el shock, la falla renal aguda y la hipovolemia generan un daño adicional al riñón solitario adquirido :<sup>3</sup>

### ***Unilateral Native Nephrectomy After Renal Trauma***

*Renal trauma patients requiring unilateral nephrectomy is another group with a solitary kidney whose contralateral renal function determines a long-term renal outcome. The incidence of acute renal failure after nephrectomy for renal trauma is 5%–10%. Several factors increase the risk of renal failure, including the patient's age, other organ injury, and multi-organ failure. The prevalence of CKD or CKD progression in renal trauma patients with unilateral nephrectomy is unclear, but subgroups of these patients who are at higher risk for developing CKD are likely to be those who had acute kidney injury or worsening underlying CKD from trauma or after nephrectomy.*


*Traducción:*

### ***Nefrectomía nativa unilateral después de trauma renal:***

*Los pacientes con trauma renal que requirieron nefrectomía unilateral es otro grupo con riñón solitario cuya función renal contralateral determina resultados a largo plazo. La incidencia de falla renal aguda después de la nefrectomía por trauma renal es del 5%-10%. Varios factores incrementan el riesgo de falla renal, incluyendo la edad del paciente, lesiones en otros órganos, y falla orgánica múltiple. La prevalencia de falla renal crónica (IRC) o progresión a falla renal crónica en pacientes con trauma renal con nefrectomía unilateral no es clara, no obstante los subgrupos de estos pacientes que son más propensos a desarrollar IRC son aquellos que tuvieron una falla renal aguda (IRA) o un*

---

<sup>3</sup> Ibíd, p. 1210.

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*empeoramiento de una IRC previa ya sea durante el trauma o después de la nefrectomía.*

Igualmente, en relación a los pacientes que requieren nefrectomía radical debido a cáncer renal, se ha documentado también un mayor riesgo de progresión a enfermedad crónica. Si bien la situación clínica de un paciente nefrectomizado por trauma renal es diferente de la del paciente nefrectomizado por cáncer de riñón, algunas variables son extrapolables. Sobre este punto GARCÍA-SALCIDO y cols (2012) informan:<sup>4</sup>


*Por muchos años, la nefrectomía radical se consideró el tratamiento de elección de los tumores renales corticales, los avances en imagenología han incrementado la detección de tumores renales asintomáticos, hasta en un 73%.<sup>1</sup> Actualmente, el 50% de los pacientes con tumores resecables quirúrgicamente, se presentan sin síntomas. En los pacientes con tumores renales T1, se encuentra indicado realizar nefrectomía parcial cuando esta es posible.*

*Diversos grupos han intentado describir las consecuencias sobre la función renal, en los pacientes sometidos a nefrectomía. Este procedimiento de forma parcial, tiene como objetivo el control del cáncer renal, y además preservar tejido renal, para disminuir la posibilidad de deterioro en la función renal.*

*Estudios previos han demostrado un incremento en insuficiencia renal, definido como una concentración sérica de creatinina mayor a 2 mg/dL, en los pacientes*

---

<sup>4</sup> GARCÍA-SALCIDO, Francisco J; SANTANA-RIOS, Zael; URDIALES-ORTIZ, Alejandro; FULDA-GRAUE, Santiago; PÉREZ-BECERRA, Rodrigo; FERNÁNDEZ-NOYOLA, Gerardo; MARTÍNEZ, José A; AHUMADA-TAMAYO, Samuel; CAMACHO-CASTRO, Alberto; MUÑOZ-IBARRA, Erik L; OSORNIO-SÁNCHEZ, Víctor; MAYORGA-GÓMEZ, Edgar; GARZA-SAENZ, Gerardo; MARTÍNEZ-ARROYO, Carlos; CANTELLANO-OROZCO, Mauricio; MORALES-MONTOR Gustavo; PACHECO-GAHLER Carlos (2012); Insuficiencia renal crónica en pacientes nefrectomizados por cáncer renal, frecuencia y factores asociados. Revista Mexicana de Urología 2012;72(1):3-7, México D.F., p.4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2012/ur121b.pdf>

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*que se someten a nefrectomía radical, comparado con los sometidos a nefrectomía parcial*


*(...)*

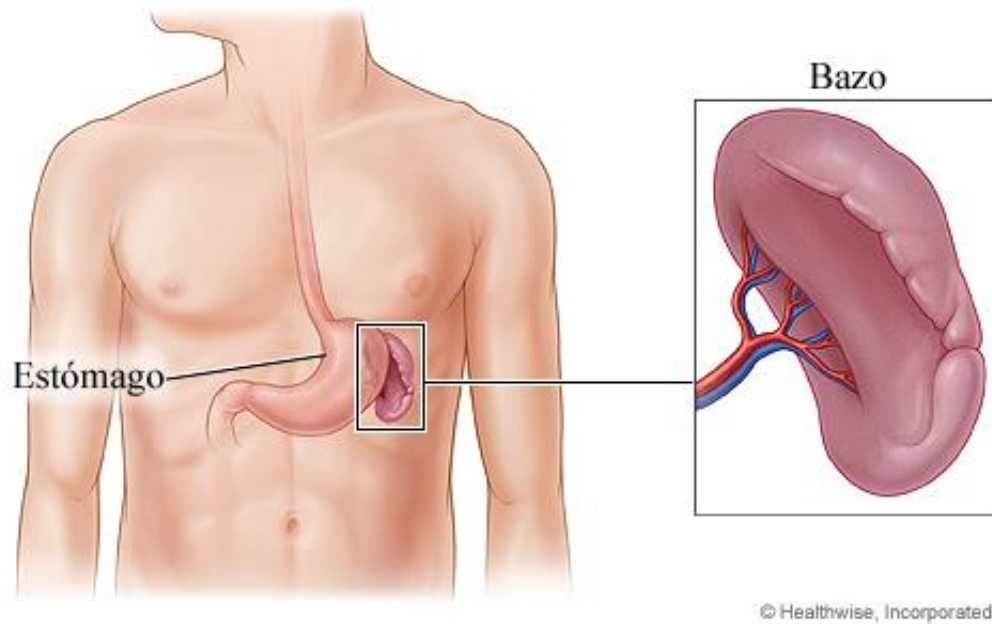
*Conclusiones: Los pacientes que se someten a nefrectomía radical o parcial, se encuentran en mayor riesgo de desarrollar daño renal crónico, independientemente de otros factores de riesgo.*

### **Fisiología del bazo:**

El bazo es el principal órgano del sistema linfático y es fundamental para el adecuado funcionamiento del sistema inmune. Pesa aproximadamente 150 gr y se ubica en la parte superior izquierda del abdomen.

A continuación una imagen esquemática del bazo y su ubicación anatómica:

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966




Tomado de: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/bazo-tp10305>

Al bazo ingresan numerosas bacterias y micro-organismos provenientes de la circulación, así como diferentes componentes de las células sanguíneas. Es esencialmente un filtro que permite destruir antígenos extraños y elementos celulares defectuosos

Funcional y anatómicamente, se pueden distinguir dos áreas en el bazo:

- 1) La pulpa blanca: En esta zona se encuentra un gran número de linfocitos B y T. Los antígenos que ingresan a esta área provocan la maduración de los linfocitos y la producción de un gran número de anticuerpos.
- 2) La pulpa roja: En esta zona se encuentra un gran número de macrófagos, células del sistema inmune que captan y fagocitan cualquier antígeno o micro-organismo (bacterias, virus, hongos) que ingresa al órgano, así como glóbulos rojos

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

envejecidos, los cuales son destruidos. El hierro de estos glóbulos rojos defectuosos es almacenado y reciclado en el bazo.

La inmunidad conferida por el bazo es especialmente eficaz contra los antígenos polisacáridos, que son característicos de las bacterias encapsuladas como el neumococo.

Además de sus funciones inmunológicas, el bazo es una zona de almacenamiento de leucocitos (neutrófilos) y plaquetas, y en general, puede almacenar un gran volumen de sangre.


Se calcula que hasta una tercera parte de las plaquetas se encuentran en el bazo. Por ello, una de las consecuencias de la esplenectomía (exéresis del bazo), entre otras graves complicaciones, es el aumento de plaquetas en la circulación (trombocitosis).

Sobre las funciones del bazo, PICOITA y cols (2020) informan:<sup>5</sup>

*El bazo es el principal órgano linfoide en el cuerpo. Los sinusoides que posee el bazo en su estructura filtran la sangre que circula a través de capilares los que secuestran eritrocitos senescentes y dañados de la circulación sanguínea, además de patógenos y toxinas exógenas. Las células mononucleares que se encuentran dentro de esta red capilar fagocitan a las bacterias, virus, parásitos y hongos circulantes, en particular los microorganismos no opsonizados. A dicho nivel se encuentra una gran cantidad de linfocitos B y T con un sistema de opsoninas importante que incluyen los receptores de tipo Toll, lectinas de tipo C, I y receptores scavenger tipo II, los receptores de los macrófagos con estructura colágena, los CD36, el receptor de manosa y otros como los factores del complemento. **La ausencia de todos estos receptores predispone al***

---

<sup>5</sup> PICOITA, Fabricio; MORA, Christian; PINTO, Verónica; TABARES, Oscar; TORRES TOALA, Fausto Gady (2020); Síndrome de sepsis post esplenectomía REPORTE DE CASO. *Revista Virtual Sociedad Paraguaya de Medicina Interna* septiembre 2020; 7 (2):109-118. Asunción, Paraguay, p. 113. Doi:10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.02.109 Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v7n2/2312-3893-spmi-7-02-109.pdf>

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966


***paciente al desarrollo de bacteriemias fuera de la circulación esplénica.***

En el mismo sentido, RODRÍGUEZ MONTES (2021) en su trabajo de investigación "ESPLENECTOMÍA Y SEPSIS. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España" nos explica las funciones del bazo en los siguientes términos:<sup>6</sup>

*El bazo es un órgano vascular intraperitoneal de 10-12 cm de longitud y de 150-200 g de peso, que está estructurado en tres áreas diferenciadas: la pulpa roja, la pulpa blanca y la zona marginal entre ambas, que le permiten realizar importantes funciones hematológicas e inmunológicas. Está rodeado por una cápsula de tejido conectivo denso de la que surgen septos denominados trabéculas que se extienden en el parénquima esplénico. Además de la cápsula y de las trabéculas, los elementos esenciales del bazo incluyen las células libres: linfocitos, macrófagos, y eventualmente componentes formes de la sangre. La pulpa blanca (25% del volumen esplénico total) es básicamente linfocítica y está formada principalmente por vainas linfáticas periarteriolas (dominantes de células T) y por nódulos linfáticos (células B). Las vainas se dilatan en ciertas zonas y forman los corpúsculos de Malpigio. La pulpa roja (75% restante del volumen esplénico) incluye los senos venosos, los cordones de Billroth y los macrófagos perisinusoidales. La zona marginal filtra los patógenos sanguíneos y los muestra a los linfocitos de la pulpa blanca. La rica vascularización del bazo es una relevante característica anatómica, puesto que para un peso aproximado del parénquima de unos 100 g le corresponde un flujo arterial de 300 ml/min, es decir, en torno al 6% del gasto cardiaco por minuto (300 ml vs. 5000 ml, respectivamente). Desde una perspectiva microscópica, el bazo puede considerarse el principal órgano del sistema fagocítico mononuclear, estimándose que más de la mitad de sus 140 billones*

---

<sup>6</sup> RODRÍGUEZ MONTES, José Antonio (2021); ESPLENECTOMÍA Y SEPSIS. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España. An RANM. 2021;138(01): 31 – 38. Madrid, pp. 32, 33. Disponible en: [https://analesranm.es/wp-content/uploads/2021/numero\\_138\\_01/pdfs/ar138-rev04.pdf](https://analesranm.es/wp-content/uploads/2021/numero_138_01/pdfs/ar138-rev04.pdf)

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*de células son de origen monocitario, y también como el principal órgano linfoide periférico, el cual representa el 25% de la masa linfoide total.*

*Desde el punto de vista práctico, las funciones básicas del bazo se pueden agrupar en cuatro tipos: 1) Filtración de partículas anormales; 2) Hemopoyesis; 3) Almacenamiento de sangre, y 4) Mediación en la respuesta inmune (producción de opsoninas, properdina, complemento). Se consideran esenciales las funciones de filtro de partículas extrañas y las inmunitarias.*

*(...)*

*Es también un importante productor de linfocitos originados principalmente en la pulpa blanca, desde donde pueden pasar hacia la pulpa roja para después salir del bazo por vía venosa; de igual forma los linfocitos T sensibilizados localmente a diversos antígenos pueden alcanzar la circulación sistémica. Una función importante de este órgano es la eliminación de elementos hemáticos envejecidos (hemocateresis) mediante la fagocitosis de esos elementos que quedan retenidos en la trama filtrante, previo reconocimiento y exclusión de los todavía útiles; además, la destrucción de los eritrocitos inservibles implica reciclar el hierro de la hemoglobina, el cual, una vez fagocitado el eritrocito puede unirse a la ferritina en el interior del macrófago y ser utilizado para la síntesis de nueva hemoglobina una vez transportado a la médula ósea. El bazo tiene una gran capacidad fagocitaria, interviniendo en los procesos de defensa del organismo cuando aparecen gérmenes en la circulación sanguínea.*


*(...)*

*Otra función importante del bazo es la producción de anticuerpos. Partículas extrañas circulantes en la sangre pueden promover una fuerte respuesta inmune en esta víscera.*

Asimismo, GARCIA y CABELLO (2006) manifiestan:<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> GARCÍA-NÚÑEZ, Luis M; CABELLO-PASINI, Ruy (2006) Recomendaciones y fundamentos para la vacunación después de la esplenectomía por trauma en adultos. Una visión práctica. *Revista Biomedica* 2006; 61-68. Vol.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*El bazo es el principal órgano involucrado en la fagocitosis de partículas con un bajo índice o ausencia de opsonización por C3b. Otra función importante del bazo es la producción de tuftsin, un tetrapéptido estimulador de la actividad fagocítica, generado por la ruptura enzimática de la cadena pesada de la molécula de IgG. Finalmente, el bazo provee de una reacción inmunológica primaria rápida por la producción de inmunoglobulinas después del contacto inicial con un antígeno, exponiendo a las células B de memoria productoras de anticuerpos a altas concentraciones de ese antígeno en el parénquima esplénico, ocasionando su eliminación. Se ha propuesto que la iniciación de una respuesta inmune primaria a los antígenos polisacáridos, incluyendo los neumocócicos, está específicamente relacionada con el bazo, en particular con la zona marginal.*

### **Esplenectomía y traumatismo abdominal en accidentes de tránsito:**

En general, la principal indicación y causa de esplenectomía es el trauma abdominal contuso, muy en especial aquellos sufridos en accidentes de tránsito

Sobre este punto, GARCIA y CABELLO (2006) concluyen:<sup>8</sup>


*Del 65 al 75% de las lesiones esplénicas son secundarias a trauma contuso. Los mecanismos de lesión esplénica varían, **siendo los accidentes automovilísticos aquellos que representan la mayor parte.***

(resaltado fuera de texto)

---

17 /No. 1/Enero-Marzo, 2006. Medigraphic Literatura Biomédica, México, p. 62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio061h.pdf>

<sup>8</sup> Ibíd.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

RODRÍGUEZ MONTES (2021) señala que el traumatismo abdominal es una importante causa de exéresis del bazo:<sup>9</sup>

*La esplenectomía es considerada un procedimiento inevitable en **traumatismos del órgano**, en ciertas patologías hematológicas y por finalidad diagnóstica. Globalmente, la incidencia de esplenectomía es casi 6,4-7,1 por 100.000 personas y año, siendo las indicaciones más comunes por traumatismo (25%) y enfermedades hematológicas (25%).*

(resaltado fuera de texto)

### **Complicaciones de la esplenectomía:**

La literatura reporta numerosas complicaciones de la esplenectomía, que se pueden presentar tanto en el postoperatorio inmediato como hasta varias décadas después de la cirugía.<sup>10 , 11</sup>

Las principales complicaciones son de naturaleza infecciosa, ya que el sistema inmune queda notablemente debilitado a causa de la exéresis del bazo. Entre las complicaciones más temidas está el síndrome de sepsis post-esplenectomía, también denominado *overwhelming post-splenectomy infection (OPSI)*.

También se reportan otras complicaciones como neutrofilia crónica, trombocitosis, tendencia a la formación de coágulos y diabetes, entre otras.

PICOITA y cols (2020) reportan en su trabajo sobre este tema lo siguiente:<sup>12</sup>

*Complicaciones de la esplenectomía Las complicaciones más frecuentes de la esplenectomía son infecciosas. Las mismas suelen iniciar en el postoperatorio,*


---

<sup>9</sup> RODRÍGUEZ MONTES (2021), Ibíd, p. 31.

<sup>10</sup> Ibíd, pp. 34, 36.

<sup>11</sup> GARCÍA Y CABELLO (2006), Ibíd, p. 63.

<sup>12</sup> PICOITA y cols (2020), Ibíd, p. 110.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*con una incidencia de hasta 40%, además. Además, pueden presentarse infecciones graves como OPSI que suele reportarse entre 3 a 5%. El riesgo de infección, aunque comienza inmediatamente en el postoperatorio y en los primeros dos años después del procedimiento, persiste toda la vida. El manejo riguroso de las inmunizaciones, la profilaxis antibiótica y la educación del paciente son indispensables.*

El destacado autor RODRÍGUEZ MONTES (2021) señala:<sup>13</sup>

*Existe consenso general en aceptar que la cirugía esplénica puede estar asociada con una significativa morbilidad y mortalidad que aparecen por una interrelación de circunstancias. Las complicaciones más comunes de la esplenectomía son de naturaleza infecciosa, con una frecuencia de hasta el 40 %; entre las infecciones, en un 5-7% de los casos puede presentarse el denominado síndrome de sepsis post-esplenectomía, motivado por la pérdida de las funciones inmunológicas del bazo.*

*(...)*


*Las complicaciones más comunes de la esplenectomía son de naturaleza infecciosa, se suelen iniciar en el postoperatorio, con una frecuencia de hasta el 40 %. El riesgo de infección, aunque se inicia en el postoperatorio inmediato y en los dos primeros años posteriores a la exéresis del bazo, persiste toda la vida.*

*(...)*

*Los factores responsables de la mayor incidencia de infección y mayor propensión a la gravedad después de la exéresis del bazo incluyen insuficiente función de filtro opsonizante del bazo, retraso y deterioro de la producción de inmunoglobulina IgM, carencia de macrófagos esplénicos y mínima producción de tufsina, proteína, llamada así por haber sido descubierta en la*

---

<sup>13</sup> RODRÍGUEZ MONTES (2021), *Ibíd*, pp. 31, 32, 33.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Universidad de Tufts (EEUU), que estimula las propiedades bactericidas y fagocíticas de los neutrófilos.*

*(...)*

*La leucocitosis es predominantemente impulsada por granulocitos, ya que niveles elevados de neutrófilos generalmente se aprecian después de la esplenectomía. Junto con la calidad de los eritrocitos, las proporciones de cohortes de linfocitos también se alteran. Aunque el total de linfocitos permanece intacto, 150 días después de la esplenectomía se observa un significativo descenso en las células B de memoria y cambios en las proporciones de células B, hechos que actúan como una particular predisposición para las infecciones causadas por bacterias encapsuladas (polisacáridos) y es responsable de la menor respuesta inmunológica a las vacunas de polisacáridos. Por estas modificaciones hematológicas e inmunológicas, los sujetos anesplénicos están predispuestos a distintas infecciones por bacterias encapsuladas, bacterias Gram negativas, parásitos intraeritrocitarios, protozoos y virus.*


Además de las complicaciones infecciosas, también se ha descrito trombosis, trombocitosis y diabetes de manera posterior a la esplenectomía, entre otras.

La Asociación de Diabetes de Madrid, citando el trabajo de investigación de Shih-Chi Wu y cols (2014) publicado por el American Journal of Surgery comunica la siguiente nota:<sup>14, 15</sup>

---

<sup>14</sup> Asociación de Diabetes de Madrid (2014); El bazo podría tener un papel relevante en la aparición de la diabetes. Disponible en: <https://diabetesmadrid.org/el-bazo-podria-tener-un-papel-relevante-en-la-aparicion-de-la-diabetes/>

<sup>15</sup> Shih-Chi Wu, M.D; Chih-Yuan Fu, M.D; Chih-Hsin Muo, M.S; Yen-Jung Chang, Ph.D. (2014); Splenectomy in trauma patients is associated with an increased risk of postoperative type II diabetes: a nationwide population-based study. The American Journal of Surgery. CLINICAL SCIENCE| VOLUME 208, ISSUE 5, P811-816, NOVEMBER 01, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.03.003> Disponible en: [https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(14\)00203-7/pdf#secsectitle0010](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(14)00203-7/pdf#secsectitle0010)

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Un estudio Taiwanés sugiere que el bazo participaría del proceso de aparición de la diabetes. Las personas sometidas a una esplenectomía (extirpación total o parcial del bazo), quedarían expuestas a un aumento del riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 post quirúrgica, en parte, porque el bazo comparte la función endocrina del páncreas y media en el control neuro humoral, según publica el equipo investigador en The American Journal of Surgery*

*«Nuestros resultados aportan evidencias que respaldan el rescate clínico del bazo en el manejo de las lesiones del órgano», han escrito los autores. «Es un hallazgo sorprendente por la escasez de estudios en seres humanos. También sorprende que extirpar células madre pluripotentes tenga un efecto tan marcado lejos de la embriogénesis y ante la ausencia de lesiones en el principal órgano secretor de insulina, el páncreas». «Esto sugiere que el bazo tendría una función endocrina más relevante con el envejecimiento, como dicen los autores», indicó la doctora Leslie Kobayashi, de la Facultad de Medicina de UC San Diego, La Jolla, California, que no participó del estudio.*

De otra parte, Los INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS (2021) hacen el siguiente reporte sobre las complicaciones de la esplenectomía <sup>16</sup>:


#### *COMPLICACIONES POSTERIORES A LA ESPLENECTOMÍA*

*Las complicaciones posteriores a la esplenectomía pueden presentarse después de la cirugía para extirpar el bazo. Las complicaciones pueden incluir:*

*Coágulos sanguíneos*

*Destrucción de glóbulos rojos*

<sup>16</sup> INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS (2021); Complicaciones posteriores a la esplenectomía, Biblioteca Nacional de Medicina. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001290.htm>

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Aumento del riesgo para infecciones graves, como por ciertas bacterias como el Streptococcus Pneumoniae y Neisseria meningitidis.*

#### **POSIBLES COMPLICACIONES**

*Los posibles problemas médicos a largo plazo incluyen:*

*Endurecimiento de las arterias ( aterosclerosis)*

*Hipertensión pulmonar (una enfermedad que afecta los vasos sanguíneos en los pulmones)*


#### **Sepsis post-esplenectomía:**

La sepsis post-esplenectomía es una grave complicación de la exéresis del bazo, asociada a una alta mortalidad. **El riesgo de sufrirla permanece durante toda la vida del paciente afectado.**

En su trabajo de investigación RODRÍGUEZ MONTES (2021) nos ilustra sobre el tema en los siguientes términos:<sup>17</sup>

*La principal secuela de la esplenectomía a largo plazo es la overwhelming post-splenectomy infection (OPSI), también conocida como síndrome de sepsis post-esplenectomía, el cual es definido como un pródromo generalizado inespecífico similar a la gripe seguido de un rápido deterioro que conduce a un shock séptico fulminante en toda regla en las 24-48 horas posteriores a su inicio. Aunque no existe un criterio de diagnóstico específico para la OPSI, la rápida identificación seguida de un gestión y tratamiento adecuados puede evitar un mayor deterioro y fatalidad. La prevalencia de OPSI después de esplenectomía oscila entre 0,1 y 0,5%, con una tasa de mortalidad superior al 50% (23 a pesar del tratamiento adecuado). La verdadera incidencia de OPSI varía según la fuente consultada, pero los datos más consistentes muestran*

<sup>17</sup> RODRÍGUEZ MONTES (2021), Ibíd, pp. 34, 36.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*una frecuencia de "infección bacteriana grave después de la esplenectomía" en torno al 0,23%.*

*El período de mayor riesgo de infecciones existe en los primeros años post-esplenectomía; **sin embargo, el riesgo permanece elevado durante la vida del individuo, como demuestra la aparición de casos de infección fulminante 20 y 40 años después de la extirpación del bazo.***

*(...)*

*Inicialmente, el diagnóstico puede ser difícil. Todo sujeto anesplénico con síntomas como fiebre, escalofríos, diarrea y vómitos debe ser considerado como en riesgo de posible sepsis fulminante; los que han desarrollado sepsis grave o shock séptico deben ser evaluados siguiendo las pautas establecidas junto con la inmediata administración empírica de antibióticos de amplio espectro, fluidoterapia intensa y monitorización constante.*

*(...)*

**La esplenectomía aumenta el riesgo de infecciones debido a la pérdida de las funciones del bazo pudiendo producirse sepsis grave o fulminante.**


*Por su rápida evolución y alta mortalidad, la sepsis post-esplenectomía es una urgencia médica grave; el diagnóstico oportuno, su tratamiento inmediato y la atención constante pueden mejorar la supervivencia.*

*(resaltado fuera de texto)*

Igualmente, PICOITA y cols (2020) nos informan sobre la alta tasa de mortalidad de esta complicación:<sup>18</sup>

*El síndrome de sepsis grave post esplenectomía (OPSI) define a todo cuadro de sepsis, neumonía grave y meningitis secundario a bacterias encapsuladas, virus, parásitos, protozoos, en pacientes con antecedentes de asplenia o*

<sup>18</sup> PICOITA y cols (2020), Ibíd.

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*hipoesplenismo. El hipoesplenismo y asplenia secundaria a una esplenectomía confiere un elevado riesgo de adquirir infecciones por microorganismos encapsulados (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo B, *Neisseria meningitidis*), 12 a 25 veces mayor en relación a la población general y que se asocian a una mortalidad superior al 80%.*

Por su parte, GARCIA y CABELLO (2006) indican:<sup>19</sup>

*La manifestación séptica mas importante en el paciente esplenectomizado es el "síndrome de infección siderante post-esplenectomía" ( OPSI por sus siglas en inglés). Este estado séptico se presenta en 0.5-2% de los pacientes con extirpación quirúrgica del bazo y es causado generalmente por *S. pneumoniae*, seguido por *N meningitidis* y *H influenzae*. *S. Pneumoniae* causa OPSI en el 50-90% de los casos, y se han reportado varios serotipos. En 70% de los casos, no hay evidencia de un foco claro de septicemia. **Puede desarrollarse inmediatamente o tan tardíamente como a los 65 años post-esplenectomía.** En el OPSI plenamente manifestado, la mortalidad reportada es de 50-70%, a pesar de un tratamiento apropiado con antibióticos y apoyo en la Unidad de Cuidados Intensivos.*


*Por lo anteriormente expuesto, se han diseñado estrategias de prevención contra las complicaciones sépticas. Esta aceptado que la esplenectomía es una indicación para la vacunación contra gérmenes encapsulados.*

### **Seguimiento pacientes esplenectomizados:**

Debido a las graves complicaciones que se pueden presentar a corto, mediano y largo plazo en los pacientes esplenectomizados, es necesario hacer un seguimiento continuo a las personas que han sido sometidas a esta cirugía y han perdido el bazo debido a un traumatismo abdominal.

---

<sup>19</sup> GARCÍA Y CABELLO (2006), Ibíd, p. 63.

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

RODRÍGUEZ MONTES (2021) nos explica sobre este punto :<sup>20</sup>

*A pesar del tratamiento oportuno, la tasa de mortalidad de la sepsis post-esplenectomía sigue siendo alta, motivo por el que es esencial instaurar y aplicar diferentes estrategias preventivas eficaces en el seguimiento de los sujetos esplenectomizados, medidas que se han publicado en forma de guías por comités especializados y por sociedades científicas. Así, el British Committee on Standards in Haematology estableció las directrices para la prevención y el tratamiento de infecciones en los individuos anesplénicos o hipoesplénicos, directrices que incluyen tres facetas: educación del paciente, vacunación y profilaxis antibiótica.*

(...)

**Dada su eficacia clínica para prevenir la infección, todos los individuos esplenectomizados deben recibir vacunas neumocócicas, Haemophilus influenzae tipo B, meningocócica y vacunas anuales contra la gripe siguiendo el calendario de inmunización recomendado para adultos.**


(resaltado fuer de texto)

Entre las estrategias más efectivas para evitar la aparición de complicaciones infecciosas en el paciente esplenectomizado está la vacunación. Sobre la importancia de este aspecto GARCIA y CABELLO (2006) nos señalan:<sup>21</sup>

*Para el paciente adulto esplenectomizado por trauma, las recomendaciones actuales de mayor nivel de evidencia medica sugieren la triple vacunación contra S. pneumoniae, N meningitidis y Haemophilus influenzae tipo b al día*

<sup>20</sup> RODRÍGUEZ MONTES (2021), Ibíd, p. 35.

<sup>21</sup> GARCÍA Y CABELLO (2006), Ibíd, p. 61.

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*14 postoperatorio, con revacunación a intervalos de entre 3 y 5 años (dependiendo del biológico específico).*

## **Trastorno de Estrés Postraumático**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una patología psiquiátrica bien definida que tiene una buena cantidad de estudios clínicos y un sustrato anatomopatológico y fisiopatológico bien sustentado. No hay duda de que esta enfermedad es precipitada por eventos traumático que causan una disrupción severa en la vida de los pacientes afectados, y que con el tiempo conlleva a cambios en diferentes vías de neurotransmisión y estructuras anatómicas del cerebro. Estos cambios son los responsables de las severas secuelas psicológicas de los pacientes sobrevivientes al evento estresor.

El Trastorno de Estrés Postraumático fue primero identificado en veteranos de guerra. No obstante, con el tiempo se descubrió que esta enfermedad podía afectar a cualquier persona que sufriera un evento estresor o traumático grave.


El Instituto Nacional de Salud Mental de los estados Unidos de América describe este trastorno en los siguientes términos:<sup>22</sup>

*Cualquier persona puede tener trastorno por estrés postraumático a cualquier edad. Esto incluye veteranos de guerra así como personas que han experimentado o presenciado una agresión física o sexual, maltratos, un accidente, una catástrofe, un ataque terrorista u otros hechos graves.*

*(...)*

---

<sup>22</sup> NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (2020); Trastorno por estrés postraumático. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS . Institutos Nacionales de la Salud . Publicación de NIH Núm. 20-MH-8124S . Revisada en 2020. Bethesda, Maryland, Estados Unidos de América. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/20-mh-8124s-ptsd-sp.pdf>

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Por lo general, los síntomas del estrés postraumático comienzan dentro de los tres meses posteriores al incidente traumático, pero a veces surgen más tarde. Para cumplir con los criterios del trastorno por estrés postraumático, los síntomas deben durar más de un mes y deben ser lo suficientemente graves como para interferir en aspectos de la vida diaria, como las relaciones personales o laborales.*

*(...)*

### ***Síntomas de recuerdos intrusivos***

*Experimentar flashbacks, o revivir mentalmente el acontecimiento traumático una y otra vez, incluso acompañado de síntomas físicos como palpitaciones o sudoración.*

*Tener recuerdos o sueños recurrentes relacionados con el acontecimiento.*

*Tener pensamientos angustiantes.*

*Presentar indicios físicos de estrés.*

*Los pensamientos y los sentimientos pueden desencadenar estos síntomas, al igual que las palabras, los objetos o las situaciones que hacen recordar lo ocurrido.*

### ***Síntomas de evasión***

*Mantenerse alejado de lugares, acontecimientos u objetos que hacen recordarla experiencia.*

*Evitar pensamientos o sentimientos relacionados con el hecho traumático.*


*Los síntomas de evasión pueden hacer que la persona cambie su rutina. Por ejemplo, después de un accidente automovilístico grave, puede evitar conducir o viajar en automóvil.*

### ***Síntomas de hipervigilancia y reactividad***

*Sobresaltarse fácilmente.*

*Sentirse tenso, mantenerse en guardia o estar "con los nervios de punta".*

*Tener dificultad para concentrarse.*

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Tener problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido.*

*Sentirse irritable y tener arrebatos de ira o agresividad.*

*Mostrar comportamientos arriesgados, imprudentes o destructivos.*

*Con frecuencia hay síntomas de hipervigilancia presentes, los que pueden provocar sentimientos de estrés y enojo y pueden interferir en tareas de la vida diaria, como dormir, comer o concentrarse.*

### ***Síntomas cognitivos y del estado de ánimo***

*Experimentar problemas para recordar detalles importantes de la experiencia traumática.*

*Tener pensamientos negativos sobre uno mismo o el mundo.*

*Tener pensamientos distorsionados sobre el acontecimiento que causan sentimientos de culpa.*

*Experimentar emociones negativas continuas, como miedo, ira, culpa o vergüenza.*

*Perder el interés en actividades en las que participaba antes.*

*Sentirse socialmente aislado.*


*Tener dificultad para sentir emociones positivas, como felicidad o satisfacción.*

*Los síntomas cognitivos y del estado de ánimo pueden comenzar o empeorar después de la experiencia traumática. Estos síntomas pueden hacer que la persona se sienta aislada o desconectada de sus amigos o familiares.*

*(...)*

### ***Medicamentos***

*El tipo de medicamento más estudiado para tratar el trastorno por estrés postraumático es un tipo de antidepresivo llamado inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Los ISRS pueden ayudar a controlar los síntomas de este trastorno, como la tristeza, la preocupación, el enojo y la sensación de vacío emocional. Se pueden recetar ISRS y otros medicamentos junto con sesiones de psicoterapia. Otros medicamentos pueden ayudar a*

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*abordar síntomas específicos del trastorno, como problemas de sueño y pesadillas.*

SEIJAS (2012) en su trabajo de investigación "TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y CEREBRO" publicado en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, nos explica el sustrato neuroanatómico de la enfermedad y las vías de neurotransmisión que pueden estar afectadas en los pacientes:<sup>23</sup>


*La mayoría de los estudios que tratan de determinar los correlatos cerebrales del TEPT describen agentes causales humanos, y emplean muestras de militares, víctimas de accidentes de tráfico, de agresiones sexuales, o población infantil con antecedentes de algún tipo de maltrato físico o psicológico.*

*(...)*

*En este trabajo se han descrito los hallazgos neuroanatómicos y neurofisiológicos en el TEPT, y la relación entre éste, el sueño y el daño cerebral. Teniendo en cuenta la imposibilidad de establecer una relación causal entre la sintomatología del TEPT y las alteraciones cerebrales, junto a las limitaciones metodológicas que no permiten generalizar las observaciones; la afectación neuropsicológica de los pacientes con TEPT comprende: un déficit ejecutivo en el control de la información procesada (recuperación involuntaria de imágenes del trauma), y en la focalización y el mantenimiento atencional sobre estímulos relacionados con el evento traumático (que podría responder a la conductas de evitación características). A nivel estructural, la reducción del tamaño hipocampal (siendo el tiempo de exposición al estresor la variable más consistente en los estudios revisados y que actuaría como moduladora de la gravedad de esta reducción) y del córtex prefrontal dorsolateral son los hallazgos más prevalentes. Desde una perspectiva funcional, la mayoría de los*

---

<sup>23</sup> SEIJAS GÓMEZ, Raquel (2012); Trastorno por estrés postraumático y cerebro. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013; 33 (119), 511-523, Madrid, España, pp. 512, 518. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n119/original3.pdf>

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966


*estudios describen la hiperactivación del córtex somatosensorial, de estructuras subcorticales límbicas (núcleo estriado, amígdala) y del sistema hormonal del eje hipotalámico, de forma simultánea a la hipoactivación del córtex prefrontal dorsolateral. El perfil de rendimiento neuropsicológico más repetido muestra afectación en los procesos de memoria (aprendizaje de nueva información y manipulación de ésta) y atencionales. La recuperación involuntaria de información episódica (flashbacks), podría estar relacionada con alteraciones en el sueño REM, en base al papel que tiene esta fase del sueño en la consolidación de este tipo de memorias. La existencia de daño cerebral traumático y amnesia del episodio no imposibilitaría el desarrollo posterior del TEPT, teniendo en cuenta que los factores ambientales o externos relacionados con el trauma serían los disparadores de la recreación de dichos episodios.*

Ahora bien, la relación entre los accidentes de tránsito y el desarrollo ulterior de un TEPT ha sido ampliamente demostrado, al punto que incluso se considera un problema de salud pública. PÉREZ y cols (2007) en su trabajo de investigación "TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON LESIONES NO INTENCIONALES PRODUCIDAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO" publicado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría nos explican de manera clara esta relación de causalidad:<sup>24</sup>

*En México los accidentes son un grave problema de salud pública. Estos eventos de tipo traumático tienen una probabilidad potencial de ocurrir de forma fortuita en cualquier momento de la vida de los individuos. Actualmente ocupan la tercera causa de mortalidad general y la primera en adultos jóvenes.*

---

<sup>24</sup> PÉREZ-RINCÓN MERLÍN Ernesto, GONZÁLEZ-FORTEZA Catalina, RAMOS LIRA Luciana, Jiménez Tapia José Alberto (2007); TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON LESIONES NO INTENCIONALES PRODUCIDAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO. Instituto Mexicano de Psiquiatría Salud Mental, Volumen 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007, Ciudad de México, pp. 44, 46, 47. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n6/0185-3325-sm-30-06-43.pdf>

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Los accidentes producidos por vehículos de motor ocupan el primer puesto dentro del rango de los accidentes en general, esto de acuerdo a las tasas de mortalidad en adultos jóvenes que publican la OMS, la OPS y la SSA en México.*

**Una de las consecuencias de los accidentes de tránsito por vehículo de motor es la secuela psicológica que dejan en los individuos en edad productiva.**

(...)

*El TEPT es un padecimiento altamente prevalente e incapacitante que genera pérdidas millonarias a las economías mundiales debido a los costos que implica su atención y el tiempo de vida saludable que pierden quienes lo sufren. Asimismo, la carga que generan los accidentes de tránsito en este sentido es considerable, dado que la proporción de personas que se ven involucradas en este tipo de eventos en países emergentes, como México, está creciendo cada año .*

**El vínculo entre los accidentes de tránsito y el TEPT se ha documentado ampliamente, por lo que la conjugación de los elementos que se han mencionado puede implicar un impacto aún mayor en la salud, el bienestar y la economía mundiales.**


(resaltado fuera de texto)

LEDESMA (2021) nos informa que efectivamente una de las secuelas más preocupantes asociadas a los accidentes de tránsito es el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático:<sup>25</sup>

**Las lesiones físicas y los trastornos psicológicos que se producen como consecuencia de un siniestro de tránsito (ST) constituyen un**

---

<sup>25</sup> LEDESMA, Ruben Daniel (2021); Estrés postraumático luego de siniestros viales: una revisión sistemática. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Terapia Psicológica, vol. 39, 104 no. 1 (abril 2021), Santiago de Chile. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v39n1/0718-4808-terpsicol-39-01-0103.pdf>

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966


**grave problema de salud pública.** En este trabajo se realiza una revisión sistemática y actualización de estudios sobre prevalencia y variables predictoras de estrés postraumático (TEPT) luego de un ST. Se realizó una búsqueda en bases de datos incluyendo Medline, PsycINFO, Scopus, y Elsevier de artículos entre 2015 y 2019, siguiendo las directrices PRISMA. La búsqueda inicial mostró un total de 1062 artículos, de los cuales 28 cumplieron criterios de inclusión. La literatura disponible es heterogénea en cuanto a objetivos y metodología. La prevalencia oscila entre 2,39 y 62%. Entre los predictores más robustos de TEPT se incluyen: **sexo femenino**, percepción de riesgo de vida en el ST, falta de apoyo social, **secuelas físicas**, y problemas emocionales previos.

(...)

Los siniestros de tránsito (en adelante, STs) son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, representando un grave problema de salud pública especialmente en países en vías de desarrollo (WHO, 2018). Los países latinoamericanos se encuentran entre los más afectados por este problema. En la Argentina, por ejemplo, las muertes causadas por STs rondan los 5.572 individuos por año (ANSV, 2019). Los STs pueden tener consecuencias graves y duraderas, tanto físicas como psicológicas. **Una de las posibles consecuencias psicológicas de estos eventos es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)** (APA, 1994, 2013).

Los síntomas de TEPT según el DSM-5 (APA, 2013), incluyen la re-experimentación del evento traumático (e.g., recuerdos intrusivos y pesadillas), la evitación persistente de los estímulos asociados al trauma (e.g., pensamientos, lugares, actividades), síntomas de hiperactivación (e.g., sobresalto fácil, hipervigilancia, irritabilidad), y alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (e.g., auto-imagen negativa, culpa). El diagnóstico de TEPT requiere además que los síntomas se presenten al mes, y que provoquen malestar clínicamente significativo o interfieran en las diferentes áreas de funcionamiento de la persona.

(resaltado fuera de texto)

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

**Daño estético:**

En el paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO se ha documentado la presencia de daños estéticos importantes. En la exploración se observa una gran cicatriz quirúrgica correspondiente a la laparotomía de urgencia requerida.

El daño estético puede generar un perjuicio material per se, al hacer parte del quantum de la pérdida de capacidad laboral. Sin embargo, este daño tiene un importante componente subjetivo que varía de persona a persona, y que puede determinar una gravedad adicional.

Si el daño va asociado a un evento agresor o estresor (un ataque por violencia, o un accidente de tránsito), el daño estético agrava las consecuencias psicológicas que de por sí originan estos eventos.


Por tal motivo, el daño estético también hace parte del daño a la vida de relación y los daños morales.

LAGOS y FANDES (2020) nos señalan al respecto:<sup>26</sup>

*La valoración del daño estético ha ido evolucionando, particularmente, por la importancia que adquieren la imagen y apariencia en la sociedad actual. Podemos definir el daño estético como cualquier modificación que empeora la imagen de la persona. Es un perjuicio distinto del psicofísico que le sirve de sustrato y comprende tanto la dimensión estética como la dinámica. Las características fundamentales de este daño son: irregularidad o alteración corporal externa permanente y visible; desfiguración de la morfología del individuo de carácter peyorativo; produce un sufrimiento sentido como daño moral.*

---

<sup>26</sup> LAGOS, T. D & FANDES, P. M. (2020); MÉTODOS PARA VALORACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO CAUSADO POR CICATRICES FACIALES. Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina. *International Journal of Odontostomaology*, 15(2):532-537, 2021, Temuco, Chile, p. 532. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v15n2/0718-381X-ijodontos-15-02-532.pdf>

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

**VI. CALIFICACIÓN PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO IDENTIFICADO CON C.C. 109.618.624.5**

A continuación se procede a calificar la pérdida de capacidad laboral del paciente, conforme a lo expuesto en apartados anteriores.

Para calcular la pérdida de capacidad laboral se siguieron los lineamientos establecidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral contenido en el decreto 1507 de 2014. Como principio de ponderación debe tenerse en cuenta que la pérdida de capacidad laboral y ocupacional se distribuye porcentualmente en dos áreas, cada una con el 50%: Valoración de las deficiencias y valoración del rol laboral, ocupacional y de otras áreas.

En la valoración de las deficiencias se evalúa cada uno de los sistemas orgánicos comprometidos. Cuando se presentan deficiencias en varios órganos o sistemas se evalúa la deficiencia global aplicando la fórmula de Balthazar.

Cada deficiencia se evalúa teniendo en cuenta un factor principal y unos factores moduladores. Estos factores son la Carga de Adherencia al Tratamiento (CAT), Examen Físico, Historial Clínico y Pruebas Objetivas.

Para cada deficiencia o sistema el Manual establece una tabla, en la que se definen cuáles son los factores principales y cuales los moduladores.

En el caso del paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO los diagnósticos y sistemas a evaluar los son los siguientes:

Z90.5 AUSENCIA ADQUIRIDA DE RIÑÓN


S36.0 - TRAUMATISMO DEL BAZO

D73.0 ASPLenia POSTQUIRÚRGICA

Z26.9 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA ENFERMEDAD INFECCIOSA NO ESPECIFICADAS

F43.1 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

F41.2 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

**M54 DORSALGIA****M54.5 LUMBAGO**

Origen: COMÚN.


Los sistemas afectados que serán objeto de calificación son los siguientes:

1. Capítulo 5 Deficiencia del sistema urinario y reproductor.
2. Capítulo 6 Deficiencias por trastornos de la piel, faneras y daño estético.
3. Capítulo 7 Deficiencias por alteraciones del sistema hematopoyético.
4. Capítulo 12. Deficiencia del sistema nervioso central y periférico.
5. Capítulo 13 Deficiencia por trastornos mentales y del comportamiento.

**CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS: TÍTULO PRIMERO****Capítulo 5 Deficiencia del sistema urinario y reproductor**

En la página 40 del Manual se lee lo siguiente sobre este capítulo :

*5.1. Objetivo. Proveer los criterios clínicos para la evaluación de la deficiencia dada por la anormalidad, disfunción o pérdida parcial o total de la estructura, o de las funciones permanentes y definitivas, relacionadas con el Sistema Urinario y Reproductor. Se excluyen de manera explícita las patologías neoplásicas y los órganos que se afecten por compromiso del sistema urogenital; estas deficiencias deben ser valoradas en los capítulos correspondientes aplicando la formula de combinación de valores presentada en el numeral 6° del Título Preliminar.*

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*5.2. Alcance. Este capítulo establece los criterios para el reconocimiento y la evaluación de la deficiencia permanente de las enfermedades de los sistemas urinario, reproductor o ambos, incluyendo al tracto urinario superior (riñones y uréteres), la vejiga y la uretra, así como los órganos reproductivos masculinos (pene, escroto, testículos, epidídimo, cordón espermático, próstata y vesículas seminales) y los femeninos (vulva, vagina, cérvix, útero, trompas de Falopio y ovarios).*

La tabla 5.2 (página 42 del Manual) establece los criterios para la evaluación de las deficiencias por desórdenes del tracto urinario superior.

Factor principal: Historial Clínico. Solamente funciona un riñón y no requiere diálisis. Clase 1.

Factor modulador 1: Síntomas físicos y pruebas clínicas. Clase 1.

Factor modulador 2: Pruebas función renal. Clase 0.

Ajuste total de deficiencia= (CFM1– CFP) + (CFM2-CFP)


Ajuste total de deficiencia= (1-1) + (0-1) = -1

Porcentaje de deficiencia Capítulo 5 Deficiencia del sistema urinario y reproductor: **4%.**

## **Capítulo 6 Deficiencias por trastornos de la piel, faneras y daño estético**

La página 51 del Manual determina:

6.7. Criterios para la Calificación de las Deficiencia por Cicatrices.

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Para la calificación se debe contar con la descripción detallada de la cicatriz en cuanto a sus dimensiones en centímetros, la forma, el color, la localización anatómica, cualquier evidencia de ulceración, depresión o elevación, si es atrófica o hipertrófica, si es blanda y flexible o endurecida, delgada o gruesa, si está adherida a los tejidos subyacentes (huesos, músculos, otros). Esta deficiencia se califica con la Tabla 6.1 de este capítulo.*

Tabla 6.1. Criterios para la calificación de las deficiencias por alteraciones de la piel y faneras (página 49 del Manual)

Historial clínico (factor principal). Clase 1.

CAT – Carga de Adherencia al tratamiento (Factor modulador 1). Clase 0.

Hallazgos al examen físico (Factor modulador 2). Clase 1

Ajuste total de deficiencia= (CFM1– CFP) + (CFM2-CFP)


Ajuste total de deficiencia= (0-1) + (1-1) = -1

Porcentaje de deficiencia Capítulo 6 Deficiencias por trastornos de la piel, faneras y daño estético: **5%.**

## **Capítulo 7 Deficiencias por alteraciones del sistema hematopoyético.**

En la página 51-52 del Manual se lee:

*Alcance. Este capítulo incluye los criterios para el reconocimiento y evaluación de las deficiencias permanentes de las enfermedades de medula ósea, ganglios linfáticos y bazo, los cuales producen una población heterogénea de células circulantes en sangre (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) y una*

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*compleja familia de proteínas esenciales para la coagulación de la sangre y la defensa inmunológica.*

*(...)*

*Para aumentar la confianza de la evaluación de la deficiencia hematopoyética y permitir valoraciones comparables con las deficiencias de otros órganos o sistemas, se adoptan, en particular, las siguientes consideraciones:*

*(...)*

*B. Se deberán adicionar puntos porcentuales por la Carga de Adherencia al Tratamiento (CAT).*


Conforme a tabla 7.1 y procedimiento 7.4.6 la calificación de la deficiencia es del 5%.

Porcentaje de deficiencia Capítulo 7 Deficiencias por alteraciones del sistema hematopoyético: **5%.**

## **Capítulo 12 . Deficiencias por Alteraciones del Sistema Nervioso Central y Periférico.**

En su página 89, el Manual establece los criterios para la calificación de la deficiencia derivada del dolor neuropático – dolor crónico somático. En el caso del paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO dicho dolor crónico que afecta tórax, la columna dorsal y lumbosacra es consecuencia de los graves traumatismos sufridos (fractura pelvis, fracturas arcos costales 2 al 9 de la reja costal izquierda):

*12.4.1.6. Criterios para la calificación de deficiencia por neuropatía periférica, trastornos neuromusculares articulares, miopatías y dolor crónico somático: En la evaluación del sistema nervioso periférico, se debe documentar la magnitud de la pérdida de las funciones causada por el déficit sensorial, dolor o malestar;*

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*la pérdida de fuerza muscular y el control de los músculos o los grupos musculares específicos y la alteración del sistema nervioso autónomo - SNA.*

*(...)*


*Miopatías: Las miopatías representan un grupo variado de trastornos que incluyen distrofia muscular, miopatía metabólica, metabolismo de potasio anormal y enfermedad muscular, miopatías endocrinas y enfermedad muscular inflamatoria. La característica clínica común es una debilidad proximal que, en algunos casos, puede incluir el cuello y el rostro. La debilidad proximal se califica de acuerdo con los criterios de las Tablas 12.2 y 12.3 y para los nervios craneales, las tablas del capítulo sobre oído, nariz, garganta y vías respiratorias superiores.*

*(...)*

*Dolor crónico somático: Se refiere a un dolor que persiste por largo tiempo. La IASP lo define como aquel cuyo curso sea mayor de tres meses y que persista aún después del tiempo esperado de recuperación de la enfermedad que lo causó (por ejemplo, el tiempo razonable para que sane una herida). También se puede definir como aquel dolor asociado con un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente. Hay pérdida de masa y coordinación muscular, osteoporosis, fibrosis y rigidez articular. La menor fuerza muscular puede llevar a una alteración respiratoria restrictiva. En el sistema digestivo, se observa una reducción de la motilidad y la secreción, además de constipación y desnutrición.*

Tabla 12.5. Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de medula espinal y dolor crónico somático. Clase 2. Deficiencia Global: 15%.

## **Capítulo 12 . Deficiencias por Alteraciones del Sistema Nervioso Central y Periférico: 15%.**

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

## Capítulo 13. Deficiencia por trastornos mentales y del comportamiento

El Manual Único de Pérdida de Capacidad Laboral en su página 110 explica lo siguiente en relación al Trastorno de Estrés Postraumático:

*13.4.5 Trastornos por estrés. Los trastornos por estrés comprenden dos categorías; el trastorno por estrés postraumático, relacionado con un trauma de especial gravedad y el trastorno adaptativo relacionado con cambios en las circunstancias cotidianas, incluyendo enfermedades orgánicas, o las consecuencias físicas derivadas de un accidente.*

*Las manifestaciones del estrés postraumático se prolongan por más de un mes y en algunos casos aparecen después de seis meses del hecho traumático. Su principal característica es la reexperimentación del evento traumático mediante:*

- 1. Recuerdos recurrentes e intrusivos del hecho traumático que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.*
- 2. Sueños de carácter recurrente del acontecimiento.*
- 3. El individuo tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (incluye sensación de revivencia de la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios de flashback).*
- 4. Malestar emocional intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, acompañado de las respuestas fisiológicas propias de la ansiedad.*
- 5. Adicionalmente, aparecen conductas de evitación que incluyen pérdida de memoria de algún aspecto importante del trauma, disminución del interés o la participación de las actividades significativas y sensación de desapego y enajenación frente a los demás.*
- 6. Finalmente, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse e hiperactividad.*


 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Tabla 13.4 Trastorno por Estrés Postraumático: Clase I. Valor de la deficiencia: 20%.

Capítulo 13. Deficiencia por trastornos mentales y del comportamiento: **20%**.


### **Sumatoria de deficiencias TITULO I**

1. Porcentaje de deficiencia Capítulo 13. Deficiencia por trastornos mentales y del comportamiento: **20%**.
2. Porcentaje de deficiencia Capítulo 12 . Deficiencias por Alteraciones del Sistema Nervioso Central y Periférico: **15%**.
3. Porcentaje de deficiencia Capítulo 6 Deficiencias por trastornos de la piel, faneras y daño estético: **5%**.
4. Porcentaje de deficiencia Capítulo 7 Deficiencias por alteraciones del sistema hematopoyético: **5%**.
5. Porcentaje de deficiencia Capítulo 5 Deficiencia del sistema urinario y reproductor: **4%**.

Por tratarse de varias deficiencias que se encuentran en diferentes capítulos o sistemas, se debe aplicar la fórmula de Balthazar de valores combinados para obtener la deficiencia global del Título I:

$$\text{Deficiencia combinada} = A + \frac{(100-A) \times B}{100}$$

$$DC = 20 + \frac{(100-20) \times 15}{100}$$

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Tecnovask SAS

División Médico Legal y de Psicología Forense

$$DC = 20 + 12 = 32\%$$

$$DC = 32 + \frac{(100-32) \times 5}{100}$$

$$DC = 32 + 3.4 = 35.4\%$$

$$DC = 35.4 + \frac{(100-35.4) \times 5}{100}$$

$$DC = 35.4 + 3.23 = 38.63\%$$

$$DC = 38.63 + \frac{(100-38.63) \times 4}{100}$$


$$DC = 38.63 + 2.45$$

$$DC = \mathbf{41.08\%}$$

**Sumatoria de las deficiencias TITULO I** (sin ponderar al 50%): 41.08%

Ponderado x 0.5 = **20.54%**

**DEFICIENCIAS TITULO I: 20.54%**

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

## **TITULO II: VALORACIÓN DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES**

Grupo poblacional: Personas en edad económicamente activa.

Rol ocupacional: Laboral y ocupacional.

Criterios para calificar a las personas en edad económicamente activa por el Título Segundo: Rol laboral, autosuficiencia económica, edad, otras áreas ocupacionales.

Calificación del rol laboral:

Tabla 1: Clasificación de las restricciones en el rol laboral.

Clasificación de las restricciones en el rol laboral:

3- Rol laboral o puesto de trabajo adaptado: **10%**

Clasificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica:


Precariamente autosuficiente: **1.5%**

Calificación de las restricciones en función de la edad cronológica:

Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años: **0.5%**

Calificación de otras áreas ocupacionales:

En la página 142 del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional se puede leer:

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

*Escala de calificación. Para una mejor comprensión y facilidad del tipo de compromiso que puede tener una persona en estas cinco áreas ocupacionales, se aplica una escala de calificación compuesta por clases mutuamente excluyentes, denominadas: A, B, C, D y E. Estas incorporan criterios cualitativos, necesidad de ayudas y grado de dependencia cuando aplican.*

En la página 143 del Manual se establecen los siguientes valores para dichas clases: A: 0,0, B: 0,1, C:0.2, D:0.3 y E:0.4. Las Tablas Nos. 4, 6, 7, 8, 9 y 10 contienen los indicadores que constituyen cada una de las categorías descritas.

Las cinco áreas ocupacionales a evaluar son:

Aprendizaje y aplicación del conocimiento: 3%

Comunicación: 2.5%

Movilidad: 1%

Cuidado Personal: 0.6%

Vida domestica: 1%

Total otras áreas ocupacionales: **8.1%**.


Total Título II Valoración del Rol Laboral y Otras Áreas Ocupacionales: **20.1%**.

Deficiencia global pérdida de capacidad laboral: Valor Título I ponderado al 50% +  
Valor Título II:

**20.54% + 20.1% = 40.64%.**

**Valor final de la pérdida de capacidad laboral: 40.64%.**

Origen: Común

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

Fecha de emisión del dictamen: diciembre 27 de 2022

Fecha de estructuración: diciembre 12 de 2022

## VII. CONCLUSIONES

1. El paciente OSCAR ARLEY BAEZ CASTILLO, identificado con C.C. 109.618.624.5, sufrió graves lesiones a consecuencia del accidente de tránsito que tuvo lugar el 16 de abril de 2021. En dicho siniestro vial el paciente se transportaba en calidad de conductor de una motocicleta que colisionó con una tractomula.

Las lesiones, patologías y procedimientos que dejaron secuelas son los siguientes 1) Nefrectomía izquierda 2) Esplenectomía 3) Traumatismo de pelvis 4) Toracostomía izquierda 5) Daño estético por cicatriz de laparotomía.


Asimismo se documenta como secuela psiquiátrica Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

2. A consecuencia de dichas lesiones el paciente tiene una pérdida de capacidad laboral del **40.64%**.


3. El paciente requiere seguimiento de por vida para prevenir las complicaciones infecciosas de la esplenectomía y evitar la progresión a falla renal debido a que es paciente monorreno. Requiere seguimiento por ortopedia para el manejo del dolor neuropático, así como seguimiento por psiquiatría y psicología para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

## VIII. BIBLIOGRAFÍA


1. ASOCIACIÓN DE DIABETES DE MADRID (2014); El bazo podría tener un papel relevante en la aparición de la diabetes. Disponible en: <https://diabetesmadrid.org/el-bazo-podria-tener-un-papel-relevante-en-la-aparicion-de-la-diabetes/>

 Dr. Felipe Merízalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

2. GARCÍA-NÚÑEZ, Luis M; CABELLO-PASINI, Ruy (2006) Recomendaciones y fundamentos para la vacunación después de la esplenectomía por trauma en adultos. Una visión práctica. Revista Biomedica 2006; 61-68. Vol. 17 /No. 1/Enero-Marzo, 2006. Medigraphic Literatura Biomédica, México. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio061h.pdf>
3. GARCÍA-SALCIDO, Francisco J; SANTANA-RIOS, Zael; URDIALES-ORTIZ, Alejandro; FULDA-GRAUE, Santiago; PÉREZ-BECERRA, Rodrigo; FERNÁNDEZ-NOYOLA, Gerardo; MARTÍNEZ, José A; AHUMADA-TAMAYO, Samuel; CAMACHO-CASTRO, Alberto; MUÑOZ-IBARRA, Erik L; OSORNIO-SÁNCHEZ, Víctor; MAYORGA-GÓMEZ, Edgar; GARZA-SAENZ, Gerardo; MARTÍNEZ-ARROYO, Carlos; CANTELLANO-OROZCO, Mauricio; MORALES-MONTOR Gustavo; PACHECO-GAHLER Carlos (2012); Insuficiencia renal crónica en pacientes nefrectomizados por cáncer renal, frecuencia y factores asociados. Revista Mexicana de Urología 2012;72(1):3-7, México D.F., p.4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2012/ur121b.pdf>
4. INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS (2021); Complicaciones posteriores a la esplenectomía, Biblioteca Nacional de Medicina. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001290.htm>
5. LAGOS, T. D & FANDES, P. M. (2020); MÉTODOS PARA VALORACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO CAUSADO POR CICATRICES FACIALES. Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina. International Journal of Odontostomaology, 15(2):532-537, 2021, Temuco, Chile, p. 532. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v15n2/0718-381X-ijodontos-15-02-532.pdf>
6. LEDESMA, Ruben Daniel (2021); Estrés postraumático luego de siniestros viales: una revisión sistemática. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Terapia Psicológica, vol. 39, 104 no. 1 (abril 2021), Santiago de Chile. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v39n1/0718-4808-terpsicol-39-01-0103.pdf>
7. MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL. Decreto 1507 de 2014. Legislación. Colombia.

 Dr. Felipe Merizalde G.  
MEDICO UNIVALLE  
R.M. 762966

8. NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (2020); Trastorno por estrés postraumático. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS . Institutos Nacionales de la Salud . Publicación de NIH Núm. 20-MH-8124S . Revisada en 2020. Bethesda, Maryland, Estados Unidos de América. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/20-mh-8124s-ptsd-sp.pdf>
9. PÉREZ-RINCÓN MERLÍN Ernesto, GONZÁLEZ-FORTEZA Catalina, RAMOS LIRA Luciana, Jiménez Tapia José Alberto (2007); TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON LESIONES NO INTENCIONALES PRODUCIDAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO. Instituto Mexicano de Psiquiatría Salud Mental, Volumen 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007, Ciudad de México, pp. 44, 46, 47. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n6/0185-3325-sm-30-06-43.pdf>
10. PICOITA, Fabricio; MORA, Christian; PINTO, Verónica; TABARES, Oscar; TORRES TOALA, Fausto Gady (2020); Síndrome de sepsis post esplenectomía REPORTE DE CASO. Revista Virtual Sociedad Paraguaya de Medicina Interna septiembre 2020; 7 (2):109-118. Asunción, Paraguay. Doi:10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.02.109 Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v7n2/2312-3893-spmi-7-02-109.pdf>
11. RODRÍGUEZ MONTES, José Antonio (2021); ESPLENECTOMÍA Y SEPSIS. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España. An RANM. 2021;138(01): 31 – 38. Madrid. Disponible en: [https://analesranm.es/wp-content/uploads/2021/numero\\_138\\_01/pdfs/ar138-rev04.pdf](https://analesranm.es/wp-content/uploads/2021/numero_138_01/pdfs/ar138-rev04.pdf)
12. SEIJAS GÓMEZ, Raquel (2012); Trastorno por estrés postraumático y cerebro. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013; 33 (119), 511-523, Madrid, España, pp. 512, 518. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n119/original3.pdf>



 Dr. Felipe Merizalde G.  
 MEDICO UNIVALLE  
 R.M. 762966

13. Shih-Chi Wu, M.D; Chih-Yuan Fu, M.D; Chih-Hsin Muo, M.S; Yen-Jung Chang, Ph.D. (2014); Splenectomy in trauma patients is associated with an increased risk of postoperative type II diabetes: a nationwide population-based study. The American Journal of Surgery. CLINICAL SCIENCE| VOLUME 208, ISSUE 5, P811-816, NOVEMBER 01, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.03.003>  
 Disponible en: [https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(14\)00203-7/pdf#secsectitle0010](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(14)00203-7/pdf#secsectitle0010)

14. TANTISATTAMO, Ekamol; DAFOE, Donald C.; REDDY, Uttam G.; ICHII, Hirohito; RHEE, Connie M.; STREJA, Elani; LANDMAN, Jaime; KALANTAR-ZADEH, Kamyar (2019); Current Management of Patients With Acquired Solitary Kidney. Kidney International Reports (2019) 4, 1205–1218; Elsevier, Bruselas , Bélgica, p. 1205. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.07.001>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6732776/pdf/main.pdf>

En los anteriores términos rindo el dictamen solicitado.

Atentamente,



Dr. Felipe Merizalde G.  
 MEDICO UNIVALLE  
 R.M. 762966

**HERNAN FELIPE MERIZALDE GARCIA**

Médico y Cirujano Universidad del Valle

Abogado Universidad de San Buenaventura.

Cédula 18.004.625

Registro Médico: 762966-2010 Secretaría de Salud Departamental del Valle.

Tarjeta profesional 210837 del CSJ.

Dirección: Calle 26 N # 5 AN – 50 Barrio San Vicente, Cali, Valle

Celular: 314 628 32 48 - E mail: [merizalde39@hotmail.com](mailto:merizalde39@hotmail.com)