


**RV: 2021-0186 OFICIO SJ-0187 SOLICITUD MEDICINA LEGAL**

Juzgado 03 Administrativo - N. De Santander - Cúcuta <adm03cuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 31/05/2024 15:44

Para: Juzgado 14 Administrativo - N. De Santander - Cúcuta <j14admcuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (5 MB)

ALAN JACOB RORIGUEZ MONTOYA UBCUC-DSNS-00779-C-20240014.pdf;

Buenas tardes:

De manera atenta remito el presente memorial indicando que corresponde al proceso Radicado **54001333300320210018600**, medio de control de reparación directa, el cual se encuentra en trámite en su Honorable Despacho judicial.

Feliz tarde

Atentamente,

**JOHAN SEBASTIAN BERMONT CORREA**  
**Secretario Juzgado Tercero Administrativo Oral de Cúcuta**

---

**De:** Dirección Seccional Norte de Santander <dsnsantander@medicinallegal.gov.co>

**Enviado:** viernes, 31 de mayo de 2024 8:45 a. m.

**Para:** Juzgado 03 Administrativo - N. De Santander - Cúcuta <adm03cuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Asunto:** RE: 2021-0186 OFICIO SJ-0187 SOLICITUD MEDICINA LEGAL

Buenos días,

señores

JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE CUCUTA

Por instrucciones de la dirección seccional se envía informe pericial de Responsabilidad PROFESIONAL CASO Aslan Jacob Rodríguez Montoya, que consta de 15 folios RAD UBCUC-DSNS-02328-2024 , para los fines pertinentes.

atentamente,

**Yasmin Karina Ortega Sandoval**

Asistente

Unidad Básica Cúcuta

Dirección Seccional Norte de Santander

Calle 8A # 3-50 Edificio Santander- Piso 3. Parque Palacio Nacional

Cúcuta - Colombia

---

**De:** Juzgado 03 Administrativo - N. De Santander - Cúcuta <adm03cuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Enviado:** martes, 7 de mayo de 2024 10:10

**Para:** Dirección Seccional Norte de Santander <dsnsantander@medicinallegal.gov.co>; Unidad Básica de Cúcuta <ubcucuta@medicinallegal.gov.co>; Notificaciones - Judiciales <notificacionesjudiciales@medicinallegal.gov.co>; onebote@hotmail.com <onebote@hotmail.com>

**Asunto:** 2021-0186 OFICIO SJ-0187 SOLICITUD MEDICINA LEGAL

Cordial saludo.

De conformidad con lo dispuesto en audiencia de pruebas, adjunto oficio para lo de su trámite.

Adjunto Link:

[2021-0186 HistoriasClinicasYContestaciones](#)

Atentamente,

**JOHAN SEBASTIAN BERMONT CORREA**

**Secretario Juzgado Tercero Administrativo Oral de Cúcuta**

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.



**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**  
**UNIDAD BÁSICA CUCUTA**

DIRECCIÓN: Calle 8A # 3-50 Edificio Santander - Palacio Nacional, tercer piso, Centro., CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER  
TELÉFONO: 3174342688, Fijo; 6978503 extensiones: 3701, 3703, 3705

**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**

**No.: UBCUC-DSNS-02328-2024**

CIUDAD Y FECHA: CÚCUTA, 27 de mayo de 2024  
NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBCUC-DSNS-00779-C-2024**  
OFICIO PETITORIO: No. SJ-0079 - 2024-02-15. Ref: Noticia criminal  
540013333003202100186 -  
AUTORIDAD SOLICITANTE: SILVIA JULIANA ALBARRACIN DUARTE  
JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO ORAL - CUCUTA  
JUZGADO  
AUTORIDAD DESTINATARIA: SILVIA JULIANA ALBARRACIN DUARTE  
JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO ORAL - CUCUTA  
JUZGADO  
Av. 6 No. 10-82 Edif. Banco de Bogotá Ofic. 608  
CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER  
**NOMBRE PACIENTE: ASLAN JACOB RODRIGUEZ MONTOYA**  
**IDENTIFICACIÓN: RC 1094449616**  
**EDAD: 3 meses**  
**ASUNTO: Responsabilidad profesional**

**Metodología:**

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

**DATOS DEL INVESTIGADO**

- Institución: I.P.S. SANTA ANA, UCIP DUMIAN, SINERGIA, HOSPITAL ZULIA
- Municipio: CÚCUTA
- Nivel De Complejidad: 1, 3,

**MOTIVO DE PERITACIÓN**

**RESPONDER LOS SIGUIENTES INTERROGATORIO BASADO EN LA HISTORIA CLINICA**

1. Establecer si el tratamiento brindado al paciente por los especialistas en medicina general dentro de las instalaciones e la Clínica Santa Ana S.A, ESE Hospital Juan Luis Londoño, Dumian Medical SAS UCI-P CSA, fue adecuado y si se ajustó a lo descrito en la literatura científica, artículos o guías de práctica clínica para estos casos.

2. Estado de salud en que se encontraba el paciente al momento del ingreso a la Clínica Santa Ana S.A, ESE Hospital Juan Luis Londoño, Dumian Medical SAS UCI-P CSA, diagnóstico y tratamiento prescrito.

3. Determinar si hubo oportunidad en la aplicación de los procedimientos científicos y si estos fueron adecuados en su ejecución para la situación presentada, exámenes y tratamientos farmacológicos que le fueron efectuados y su correspondiente diagnóstico, conducta profesional (oportunidad, calidad y eficiencia) y ética del personal médico tratante.

4. Valorar si hubo error diagnóstico o terapéutico.

5. Establecer si la muerte del menor era imprevisible e inevitable y si existió o no un riesgo

Lina María Jaimes Rueda

LINA MARIA JAIMES RUEDA

**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**No.: UBCUC-DSNS-02328-2024**



típico.

**INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO**

**INFORME PERICIAL DE NECROPSIA MEDICO LEGAL NUMERO 2019010154001000509**

**HALLAZGOS PRINCIPALES DE LA NECROPSIA**

Cadaver de un lactante menor de sexo masculino quien presenta:

Estigmas de intervención medica

Anasarca

Mano y antebrazo izquierdo con cambios macroscopicos de necrosis

Hemitorax izquierdo con piel y tejidos blandos de color vilaceo rojizo que mide 6x8 cm asociado a herida que mide 1 cm de diametro.

Palidez mucocutanea

Edema cerebral

Derrame pleural

Pulmones pesados hipocrepitantes rojizos

Ascitis

congestion hepatica cronica

Congesiton visceral generalizada

Intestino delgado y colon con coloracion vilacea congestiva

Se realiza exploracion del paquete vascular del miembro superior izquierdo no se observa trombosis de la arterias y venas braquial ardial y cubital

FIRMADA DRA LINA MARIA JAIMES MEDICO PATOLOGO

**AMPLIACION DE INFORME PERICIAL NUMERO 2019010154001000504**

Radicado:1293-21 hist del 2021-06-02

**DIAGNOSTICOS HISTOPATOLOGICOS**

LOS HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS SON COMPATIBLE CON

BRONCONEUMONIA NECROTIZANTE

PERICARDITIS CRÓNICA LEVE

CONGESTIÓN HEPÁTICA CRÓNICA

EDEMA CEREBRAL

CONGESTIÓN VISCERAL GENERALIZADA

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

ENCEFALOPATIA HIPOXICA

MÉDULA OSEA REACTIVA

TRAQUEA CON INFLAMACIÓN AGUDA Y CRÓNICA CON FOCOS DE NECROSIS

TROMBOSIS DE PARED ARTERIAL INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

**RESUMEN DEL CASO**

Valoraciones del hospital ESE Hospital Juan Luis Londoño Paciente quien consulta el 26 de mayo del 2019 de triague paciente que es traído por su madre por presentar llanto, abdomen blando depresible, signos vitales normales dan salida con signos de alarma Atención del Triague del día 08-06-2019 lactante menor de 1 mes de edad quien es traído por la madre Lina Montoya quien refiere que el menor presenta cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por Rasch en pierna derecha y axila derecha, madre aplica cremas antipañalitis Peso 5.6 kg temperatura:36.5 pa:90/60 FR24 le hacen diagnóstico de escabiosis da salida con tratamiento y signos de alarma 28/06/2019 paciente masculino traído por la madre que refiere picos térmicos y dolor abdominal de 12 horas de evolución por lo cual acude, peso 6 kg talla 58 cm temperatura 38 grados centígrados frecuencia cardiaca:75 frecuencia respiratoria 18 pa: 100/62 le hacen diagnostico diarrea aguda febril sin deshidratación tratamiento médico y recomendaciones. Documento numero 5 rotulado como fórmula medica con letra poco legible.

Lina Maria Jaimes R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCUC-DSNS-02328-2024



Historia clínica de Sinergia paciente valorado el día 28/06/2019 quien es llevado por la madre por fiebre, irritabilidad, congestión poco apetito determinando el medico como conducta la remisión al servicio de urgencia

HISTORIA CLINICA CLINICA SANTA ANA JUNIO 28-2019 TRIAGE CONSULTA remitido de sinergia por congestión fiebre y cólico Enfermedad actual paciente masculino de 2 meses de edad quien ingresa al servicio de urgencias en compañía de la madre con cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en fiebre en 38.5 grados, persistente asociado deposiciones liquidas irritabilidad comenta además hace 8 días tos húmeda con movilización de secreciones consulta a cita prioritaria donde remiten Antecedentes perinatales hijo 1 parto por cesárea por no descenso de la presentación sin complicaciones 39 semanas peso 3420 gramos talla 51 cm madre sin antecedente vacunas al día, alimentación leche materna y formula Ingresa con signos vitales de FC 177 FR 27 T:37 PESO 6.4 TALLA 95 C, al examen físico se encuentra paciente con examen físico normal Diagnostico fiebre no especificada Infección aguda de las vías respiratoria Concepto paciente menor en buenas condiciones generales hemodinamicamente estable, alerta, consiente, activo y reactivo hidratado en el momento afebril tolerado la via oral Paciente que dejan en observación y en la siguiente evolución se revalora lactante menor en compañía de la madre con diagnostico fiebre e infección de vías respiratorias bajas, refiere hiporexia, fiebre de 39 grados niega dificultad respiratoria tolerando vía oral y oxígeno, ambiente con diuresis y deposiciones Cuadro hemático con leucocitos neutrófilos 37 hb 9.3 hto 28.7 plat 333.000 coprológico con bacterias aumentadas se observa un oxiurus en el fresco parcial de orina con nitritos negativos leucocitos 0-2 bacterias + moco escaso Rx de tórax se observa infiltrados imagen radiopaca con tendencia a consolidar en Angulo costo frénico en campos pulmonar derecho imagen algodonosas IMPRESIÓN DIAGNOSTICO: Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores Fiebre no especificada CONCEPTO paciente lactante menor de 2 meses de edad en regulares condiciones generales hemodinamicamente estable alerta saturación 90% activo y reactivo en el momento febril tolerando vía oral paciente quien le inician antibiótico corticoide, analgésico y oxígeno. Inicio de veno punción institucional fecha 28-06-2019 JELCO 24 dorso de la mano izquierda Paciente nuevamente valorado el 28 junio del 2019 Paciente lactante menor masculino de 2 meses quien ingresa por cuadro clínico de 2 días de fiebre en 38.5 grados deposiciones liquidas irritabilidad refiere además hace 8 días tos húmeda con movilidad de secreciones paraclínica de ingreso muestra hemograma con leucopenia, colproscopico, muestra parasitosis, parcial de orina normal rx de tórax muestra infiltrado basal derecho. Diagnostico NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICA FIEBRE NO ESPECIFICADA INFECCION AGUDA NO ESPECIFICA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS Paciente estable hemodinamicamente actualmente con oxígeno por CN 2 LTS saturación 94% se indica hospitalizar para iniciar tratamiento antibiótico por grupo etario vigilar saturación Dra Ximena Cervantes Pediatra Jueves 28 de junio del 2019 05:36 pm nota de pediatría, paciente masculino de 2 meses con diagnóstico de infección de las vías respiratorias inferiores atiendo llamado por enfermería porque el paciente tiene fiebre de 38,5 grados y esta convulsionando se atiende llamado de inmediato medico hospitalario se inicia midazolam 0.05 mg/kg dosis para yugular la convulsión, se administra 130 mg iv de dipirone, se ordena colocar cámara de Hood oxígeno, se considera revalorar por pediatra de turno. Impresiones diagnóstico: NEUMONIA BACTERIANA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA Paciente valorado por la doctora Ximena Cervantes quien anota paciente estable hemodinamicamente estable saturación 95%, con oxígeno por cámara Hood a 50% quien mejora condiciones clínicas yugular, convulsión febril, se presentó problema con familiar abuela quien amenaza y graba atención y se muestra hostil y amenaza diciendo que es amiga personal del alcalde de la ciudad, se informa a personal de seguridad y subgerente medico situación quienes toman medidas con esta situación se le explica a familiar que al paciente se le está prestando la atención que se requiere. Se solicita valoración por trabajo social y que el paciente es un lactante menor con cuadro de 8 días de síntomas respiratorios y solo hasta hoy consulta por urgencias asociado presenta oxiuros parasito que no es común ni usual encontrar en este grupo etario, se indica continuar con tratamiento antibiótico y vigilar curva térmica y saturación del paciente valoración por pediatra

Lina Maria Jaimes R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA

**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**No.: UBCUC-DSNS-02328-2024**



de turno. Paciente que en valoración el 28 de junio 2019 el Dr Ramón Sánchez considero que tiene cuadro de convulsión facilitada por la fiebre inician fenitoina, solicitan control de electrolitos donde se encuentra hiponatremia Na 130 muy bajo se inicia corrección y se hospitaliza. Junio 29-2019 09:36 evolución paciente quien permanece hospitalizado por cuadro de SDR secundario a neumonia basal derecha y además presento convulsión el día anterior y la madre refiere mucha irritabilidad distensión abdominal y que además lo nota duro distendido con hernia umbilical ms protruida. Refiere píco febril en la noche, Niega vómito y evacuaciones Con reporte de hemograma con leucopenia con predominio de linfocitos y HB 7.3 rto de plaquetas 260000 sodio y potasio normales Al examen paciente hipocromías con saliva fluida y con presencia de aleteo nasal tórax polipneico con presencia leves de tirajes intercostales y se ausculta roncus escasos de predominio en base pulmonar derecho, abdomen distendido con hernia umbilical muy protruida e impresiona el dolor al palpar no se logra precisar presencia de megalias. DIAGNOSTICO NEUMONIA BACTERIANA PARASITOSIS INTESTINAL OTRAS CONVULSIONES TRANSTORNOS DEL EQUILIBRIO DE LOS ELECTROLITOS Y DE LOS LIQUIDOS Solicita rx de abdomen simple de pie valoración por cirugía de pediatría nada via oral remisión a UCIP intermedio traslado a UCIP 11:38 am transfundir glóbulos rojos por anemia que se acentúa por la neumonía nueva valoración El 29 de junio del 2019 a las 17:19 horas autoriza referencia de duman el traslado a UCIP Evolución del 29 de junio del 2019 a las 11:57 am estado actual se comentó paciente con cirugía pediátrica quien da la indicación de colocar sonda nasogástrica y que lo valora más tarde con RX de abdomen. Valoración del 29-junio del 2019 a las 04:24 pm cirugía pediatría anota paciente masculino de 2 meses quien ingresa al servicio de urgencia en compañía de la madre por cuadro clínico de más o menos un día de evolución caracterizado por fiebre de 38.5 grados, persistencia asociado a deposiciones liquidas, irritabilidad, tos húmeda con movilización de secreciones, asiste hoy a cita prioritaria de donde remiten Abdomen distendido blando no impresiona fascia de dolor a la palpación Rx con distensión de asas con gas escaso distal Signos vitales FC:177 FR:27 saturación 95% peso 6.4 kg Plan y manejo por el momento no hay patología quirúrgica asociada continua manejo por pediatría Evolución medica del 29-junio/2019 a las 05:58 horas Paciente masculino de 2 meses de edad con diagnóstico de sepsis de origen pulmonar, paciente en malas condiciones generales hipo activo taquipneico, taquicárdico paciente aceptado en la

**HISTORIA CLINICA DE UCI PEDIATRICA DUMAN** Se cierra historia clínica se acompaña a la UCI SIGNOS VITALES FC 177, FR27 TEMPERATURA 37 PESO 6.4 SATURACION 95 DIAGNOSTICO NEUMONIA BACTERIANA PARASITOSIS INTESTINAL OTRAS CONVULSIONES TRANSTORNO HIDROELECTROLITOS INFECCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS NO ESPECIFICADA JUNIO 29 DEL 2019 01:24 AM Paciente quien inician destrosa mas sódico, ampicilina cada 6 horas inicio el 28-06-20219, gentamicin 20 mg/2 cada 24 horas inicio el 28-06-2019 , metil prednisolona, dipirona y fenitoina sódica solución , micronebulizacion con salbutamol. 16 de julio del 2019 muerto sijn INGRESO UCIP DIA 29-06-2019 Ingresa apaciente masculino de 2 meses de edad con peso de 6 kilogramos, remitido de la clínica Santa Ana en compañía del Dr Chaustre pediatra ingresa a las 06:40 pm del 29 de junio del 2019 por cuadro de diestres respiratorio severo con silverman de 4-5 con oxígeno por cámara de Hood y saturando 85%, con importante distensión abdominal se evidencia eminente falla respiratoria por lo cual se decide intubar tubo numero 4 sin complicaciones se verifica ventilación bilateral se indica dosis de sedación y se inicia monitoreo intensivo, dado por el cuadro clínico del paciente con importante compromiso respiratorio decidimos iniciar antibiótico de amplia cobertura y se solicita radiografía de tórax y abdomen nada vía oral, se inicia monitoreo y la toma de cultivos de orina, sangre y secreciones bronquiales, horas paciente quien al ingreso glucometria normal, gases con electrolitos con acidosis metabólica descompensada con sodio 138 potásico de 5, calcio ionico 1.5 HTC de 38 se inicia corrección con bicarbonato de sodio. Comentario se recibe paciente lactante menor de 2 meses de edad con peso de 6 kg en cama en compañía del médico y la jefe enfermería con oxígeno por cámara de HOOD saturando 96% se observa en franca insuficiencia respiratoria saturación de 90% quejumbroso llanto intenso con gran distensión abdominal con sonda nasogástrica drenando liquido biliar se provee a intubar con tubo numero 4 sin complicaciones se inicia

Lina María Jaimes R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA



**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**No.: UBCUC-DSNS-02328-2024**



ventilación mecánica con FIO2 de 50% PEEP de 7 PIP de 20 saturación de 96% se decide iniciar antibiótico de amplia cobertura laboratorios de origen abdominal se toma radiografía tórax y abdomen y pasar catéter central por cirugía y valoración. 2019-06-29 22:28 análisis paciente con cuadro de neumonía basal derecho e ileoparalítico?? Secundario a proceso respiratorio y además cuadro de anemia y acidosis metabólica en corrección PACIENTE CRITICO SEPTICO. 2019-06-30 10:01 Paciente lactante menor masculino e 2 meses de edad en su primer día de EH en UCIP críticamente enfermo con diagnósticos . NEUMONIA DE FOCOS MULTIPLES ENTEROCOLITIS DEL LACTANTE SINDROME CONVULSICO SHOCI SEPTICO HIPOALBUMINEMIA DESCARTAR INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA Paciente con soporte ventilatorio amerita parámetros altos PEEP 7 PIP 24 FIO2 80% FR: 35 XMIN acoplado a la misma con saturación de oxígeno limite, a la auscultación murmullo vesicular rudo con crepitantes, roncus y sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares, hemodinámicamente taquicárdico con tensiones arteriales adecuadas para la edad, soporte con dopamina a 5 MCG/KG/MIN, se observa mala perfusión distal llenado capilar 5-6 segundo con oliguria pulsos centrales amplios periféricos débiles, se solicita ecocardiograma dopler, gastro intestinal distendido con hernia umbilical prominente a la percusión timpánica ruidos intestinales disminuidos drenaje bilioso por sonda nasogástrica, paciente con hemato infección con gran compromiso de sistema inmunológico con leucopenia severa, neutropenia severa con valores absolutos de neutrófilos de 270 con descenso progresivo de plaquetas, pcr positiva, sepsis con foco pulmonar y gasto intestinal descartar infección del SNC. Paciente en espera de nuevo cuadro hemático para definir punción lumbar. Paciente en shock séptico se solicita paraclínicos estudio de inmunodeficiencia primaria citometría de flujo, niveles de inmunoglobulinas, en manejo antibiótico con ceftriaxona, amikacina, metronidazol, con adecuada función hepática y renal , electrolitos normales, gases arteriales con acidosis metabólica, hipoalbuminemia se indica reposición de albumina paciente en choque séptico con alto riesgo de mortalidad se le explica a la madre. Radiografía de tórax con adecuado volumen pulmonar con radiopacidad de base derecha que borra silueta cardiaca abdomen asas dilatadas edema interasas 2019-06-30 15:55 horas Paciente lactante menor masculino de 2 meses de edad con diagnóstico de choque séptico con SDRA+ enterocolitis del lactante+acidosis metabólica Paciente quien se encuentra críticamente enfermo con soporte ventilación mecánica invasiva en la mañana con hipo saturaciones persistentes amerita presiones ventilatorias muy altas para lograr saturaciones de oxígeno aceptables, se realizaron maniobras de reclutamiento alveolar y cambios a posición prono lo que mejoro la saturación, Rx de tórax con volamiento de ambos campos pulmonares compatible con SDRA hemo dinámicamente muy inestable multisoportado en manejo vasoactivo en manejo dinámico muy fluctuante episodios de muy mala perfusión y mejora parcialmente presento cuadro de taquicardia sinusal sostenida que no mejoro con las maniobras vágales por lo cual empeoro la precarga por lo cual se inicio manejo con amiodarona se pasó dosis en bolo a 5 mg/kg y continuo en infusión con mejoría parcial de FC logro bajar de 220 a 185 xmin paciente con datos de hipoalbuminemia severa cuantificada en 1.4 por lo cual se indica terapia de reemplazo Paciente con anuria se realizó expansión con cristaloides y manejo con diuréticos Asa e inicio diuresis a las 2 pm persiste oligurico , con edema generalizado continua en ayuno con drenaje en cuncho de café, abdomen distendido, radiografía muestra de abdomen dilatación de asas y edema interasas no hay neumoperitoneo, se mantiene en ayuno glucometria de control 105 se corrigió hipoglicemia paciente en muy malas condiciones clínicas se les explica a los padres la condición del paciente. 2019-06-30 18:01 Paciente quien presenta súbitamente cuadro de hiposaturacion marcada que no recupera se realiza prueba de neumotórax bilateral con jelco 22 las cuales son positivas se prepara para paso de tubo de tórax paciente evoluciona con bradicardia sostenida y presenta parada cardiaca se inicia compresiones torácicas y ventilación con presiones positiva se administra dosis de adrenalina 3, se pasa tubo de tórax bilateral con drenaje de neumotórax + frenaje abundante secreción serohematica bilateral la de hemitórax izquierdo de aspecto purulento se toma muestra para cito químico y cultivo, se fijan se conecta a pleuroback con mejoría de la saturación de oxígeno se deja en posición supino con parámetros ventilatorios altos con mejoría de la saturación de oxígeno no tensión arteria y

Lina Maria Jaime R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCUC-DSNS-02328-2024



frecuencia cardiaca Paciente en condición crítica persiste oligúrico se le explica a los padres. 2019-06-30 22:18 paciente quien se mantiene en condiciones muy críticas con aspecto y comportamiento clínico séptico con evolución muy tórpida con mal pronóstico. paciente hemodinamicamente inestable con apoyo inotrópico multisoportado catéter femoral permeable, pronóstico reservado 2019-07-01 17:45 paciente con gases arteriales con alcalosis respiratoria hiperoxemia, HB HTO normales saturación adecuada electrolitos na k ca cl normales bicarbonato bajo base exceso negativo diuresis elevada se reduce la infusión por furosemida. 2019-07-01 19:33 ECOCARDIOGRAMA Hiperdinámico con fracción de eyección conservada con inotrópicos FE 65% con soporte vasoactivos Hipertrofia ventrículo izquierdo no obstructiva Insuficiencia valvular tricúspide leve No derrame pericárdico ni vegetaciones endocárdicas Foramen oval permeable. 2019-07-02 16:39 h Lactante masculino menor de 2 meses de edad en su 3 día de estancia en UCIP diagnostico choque hipotensivo refractario a catecolaminas falla ventilatoria SDRA neumonía de focos múltiples Neumotórax bilateral tubo tórax a pleurovac, enterocolitis lactante síndrome convulsivo antecedente para cardíaca revertida, síndrome hipotónico, hipoalbuminemia severa menor cursando con falla renal síndrome anémico corregido. Descartar inmunodeficiencia primaria Paso de catéter femoral el derecho 29-06-19 paciente crítico grave muy enfermo se recibe en malas condiciones en gran anasarca, signos de bajo gasto, con sospecha e insuficiencia adrenal se inicia manejo con hidrocortisona y se indica paso de línea arterial para monitoreo invasivo de PA, con adecuada expansión del tórax, tubos bilaterales funcionante, presenta oliguria con presencia de aumento de azoados, insuficiencia renal, al examen físico paciente que en la cara anterior presenta quemadura química, piel brillante palidez mucocutánea, paciente con choque no compensado hipovolémico refractario a catecolaminas puede cursar con evolución con compromiso multiorgánico renal cardiovascular respiratorio y gastro intestinal con alto riesgo de mortalidad. 2019-07-02 18:18 se entrega paciente crítico muy enfermo con diagnostico anotados con presencia de incremento de los azoados por falla pre renal aguda , se ajusta medicamento antibiótico, paciente quien continua con oliguria aumento de los azoados, con infiltrado inflamatorio y condensación pulmonar, acoplado con el respirador tubos bilaterales funcionantes, TOT con material mucosanguinolento , se toman gases que muestran trastorno metabólico con mejoría de la acidosis metabólica hiperoxemia, se ajustan parámetros respiratorios, sin alteraciones de la función hepática, sin alteraciones de los tiempos de coagulación sin consumo del fibrinógeno, con riesgo de sangrado por trombocitopenia severa se indica transfusión de plaquetas, 2019-07-02 catéter femoral permeable paciente que luce séptico con paraclínicos de sepsis, continua igual que al resto de las evoluciones 2019-07-03 análisis lactante crítico con diagnóstico de neumonía por gérmenes Gram positivos sepsis por Gram positivos y urosepsis paciente que por el antibiograma y el cultivo se realiza cambio de antibiótico. Le realizan extendido de sangre periférica muestra glóbulos rojos normocítico hipo crómico glóbulos blancos normales en número y en morfología predomina neutrófilos, plaquetas disminuidas, trastorno hipoelectrolítico hiponatremia, ventilación mecánica línea arterial de brazo izquierdo funcional y catéter femoral derecho permeable. 2019-07-03 08:12 paciente que en el reporte del cultivo se encuentra *Stafilococo Aureus* sensible. 2019-07-03 16:43 paciente con en críticas condiciones con inestabilidad lábil multisoporte con monitoreo invasivo de presión normal al momento normotenso taquicárdico , con oliguria por lo que se esta trabajando con diurético, se inicia descenso de dopamina progresivamente hasta suspender según tolerancia con acidosis mixta, ultima radiografía de torax adecuadamente puesto con presencia de múltiples focos de neumonía basal derecha resolución del neumotórax residual, gastrointestinal se mantiene igual paciente en condiciones muy críticas con requerimientos de multisoporte inotrópico inestable CON FALLA MULTIORGANICA 2019-07-04 11:46 am paciente 2 meses inestable con leve mejoría con respecto al día de ayer, con adecuada presión arterial quien se le logro destetar la dopamina y se decide descender la dosis de noraepinefrina , línea arterial invasiva de TA MSD al momento funcionante sin alteraciones de la extremidad con mejoría de la taquicardia, ritmo sinusal, pulsos simétricos llenado capilar 3 segundos con poliuria forzada con diurético paciente quien continua en condiciones muy críticas pronóstico de acuerdo a la evolución clínica 2019-07-04 18:41 paciente con PA limítrofe taquicardia se plante hipovolemia

Lina María Jaime R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA



## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCUC-DSNS-02328-2024



por poliuria se indica bolo de ssn 09% 100 ml en 30 min 2019-07-05 08:59 lactante menor masculino de 2 meses de edad peso 6.4 kg, glucometria de ayer a las 6 pm en 136 hoy a las 6 am 92 mg rango normal continua con ventilación mecánica gases con electrolitos de hoy 07:45 am con reporte de Na 145 k8.5 calcio 1.1, se continua manejo dinamico ventilador continua sedado y relajado, paciente con hemocultivo positivo para Staphylococo Aureus, con tensiones arteriales en percentil normal incremento de azoados por falla pre renal aguda con choque hipotensivo, acoplado al respirador a tolerado el estímulo enteral sin distensión sin vomito se continua vía enteral, se retira línea arterial del brazo izquierdo presenta importante compromiso de la circulación de este brazo con con espasmo hasta hemitórax izquierdo se indica hoy inico enoxaparina, catéter femoral permeable continua manejo estado de salud muy grave. 2019-07-05 16:24 paciente que se recibe en condiciones clínicas muy críticas con deterior clínico con respecto al día de ayer incremento de las aminas por hipotensión arterial se recibe sin lograr censar la PA, taquicardico, mal perfundido. Llenado capilar 5 segundos frialdad distal con disminución de la diuresis, se recibe con vasoespasmo severo de miembro superior izquierdo en sitio donde se conectaba línea arterial la cual fue retirada en la madrugada se recibe con llenado capilar muy lento de 10 segundo, equimosis en 2/3 medios de dicha extremidad que se extendió hasta la región torácica pulsos imperceptibles se mantiene con enoxaparina y se solicita urgente un doppler arterial y venoso junto con valoración por cirugía vascular urgente 2019-07-05 21:11 paciente crítico mejoría taquicardia mal perfundido paciente con taquicardia oliguria e hipotensión, con soporte inotrópico, e hidrocotisona continua con vasoespasmo severo de miembro superior izquierdo llenado capilar muy lento mayor de 10 segundos equimosis en 2/3 medios de dicha extremidad que se extiende a región torácica, con pequeña desfascelacion en región de pliegues de codo pulso imperceptible se mantiene con noxaparina pendiente en doppler arterial y venoso, acoplado al ventilador, con drenaje de tubos de tórax bilateral funcionando no desaturaciones, gastro intestinal distensión de la pared abdominal y eritema en pared de hemiabdomen izquierdo por lo que se indica ayuno y pasar sonda nasogástrica drenando secreción biliar escasa se solicita TAC de cráneo manejo por cirugía vascular y traslado a nivel IV urgente 2019-07-06 06:47 paciente que requirió infusión de insulina a las 22:30 horas la cual recibió por 6 horas suspendida a las 04:30 am reporte de glucometria 171 (controles hora por hora 236, 230, 206, 220, 195, 190, 176), requirió inicio de la furosemda por disminución de la diuresis , Rx de tórax muestran resolución del neumotórax derecho marginal con tubo pleural bien posicionado con incrementos de los focos de consolidación basal derecho y cisuritis ipsilateral, al lado izquierdo hay imagen sugestiva de numo anterior izquierdo sin embargo se evidencia parénquima pulmonar sobre dicha imagen, drenaje bien posicionado TOT bien posicionado SNG mal posicionada se solicita valoración por cirugía pediátrica urgente. Con mejoría del pulso braquial izquierdo encima de la lesión sin embargo pulso radial no perceptible llenado capilar de la mano 10 segundos paciente requiere remisión a IV nivel 2019-07-07 ecocaridiograma preliminar hiperdinamico FE 73% con soporte vaso activo mínimo derrame pericárdico lateral izquierdo, hieprtrofia ventiruclar leve, insuficiencia valvular tricúspide leve no vegetaciones orificio oval permeable. Análisis paciente crítico con choque mixto de predominio circulatoria, disfunción multiorganica, multisoportado aumento de la diuresis, insuficiencia para nivel de edema mal pronóstico evaluar descenso de vasopresor y tolerancia de inodilatador. 2019-07-07 12:18 Paciente valorado por cirugía vascular Dr Soto quien indica que paciente cuenta con isquemia de miembro superior izquierdo, requiere cirugía urgente se realiza resumen para turno quirúrgico resumen para reservar GR, PLAQUETAS paciente con mal pronostico 2019-07-07 16:43 horas paciente quien ingresa procedente de salas de cirugía en condiciones muy delicadas, critico inestable hipotenso, hipotérmico mall perfundido lábil desaturado con multisoporte que fue aumentado en la cirugía por hipotensión sostenía durante el turno quirúrgico se inicia ajustes de los vasopresores , miembro superior izquierdo isquémico pálido no hay llenado capilar no se palpa pulso se recibe con apósito sobre la región de pliegues de codo sin sangrado, equimosis en lechos ulgueales pulso radial imperceptible, se mantiene la enoxaparina, abdomen distendido hepatomegalia Laboratorio cuadro hemático con leucocitosis con plaquetas al ascenso hb 11.5 2019-07-08 10:55 paciente valorado por cirugía vascular quien indica el uso de prostaglandina E1, 2019-07-08

Lina Maria James R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA

**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**No.: UBCUC-DSNS-02328-2024**



15:47 paciente que continua con las mismas comorbilidades y manejo llama la atención en esta evolución paciente mal perfundido hipotérmico llenado capilar 4 segundos miembro superior izquierdo con áreas de equimosis necrosis en lechos ungueales se palpa pulso braquial de adecuada amplitud y hoy se palpa el pulso radial el cual el día de ayer era imperceptible se mantiene con enoxaparina pendiente el alprostadil indicado por cirugía vascular paciente con mejoría de los pulsos sin embargo lesión isquémica de los dedos muy avanzada, se espera respuesta a manejo actual alto riesgo de necrosis. Drenaje del pulmón derecho se torna purulento 2019-07-09 09:18 paciente quien continua con el soporte vasopresor, en muy mal estado general se realizó exploración de circulación brazo izquierdo encontrando trombos en la arteria braquial los cuales se extraen y se repara la arteria, pulso radial y braquial imperceptibles extremidad fría, tiempos de coagulación prolongados con consumo de fibrinógeno 2019-07-09 se solicita cambio del catéter femoral derecho por cirugía 2019-07-09 18:38 paciente que persiste con lo anterior y con presencia de orina con hematuria 2019-07-11 22:08 con diagnostico anotados con necrosis de miembro superior izquierdo de dedos hasta antebrazo se avisa a cirugía vascular quien ordena continuar con vasodiladores e interconsulta por ortopedia, presenta convulsión tónico clónica 2019-07-12 a las 16:00 diagnósticos anotados multisoportado presenta los dedos de la mano izquierda momificada y necrosis de antebrazo derecho secundario a trombosis de la arteria braquial 2019-07-14 09:32 paciente crítico con diagnostico anotados valorado por ortopedia quien conceptual se debe realizar amputación proximal del brazo derecho indicación que fue comentada en reunión con padres, pediatra y ortopedistas quienes se niegan a dicho procedimiento y confirman el disentimiento para la realización del procedimiento. 2019-07-01 paciente lactante menor masculino en su día 15 de estancia en UCIP con diagnostico Choque séptico Estafilococemia + candidiasis Embolia trombosis de arteria braquial izquierdo + POP tromboembolismo= trombo en arteria braquial Necrosis de dedo de mano + antebrazo izquierdo secundaria Síndrome de falla multiorganica: ventilatoria renal, cardiovascular, neurología, hematología Neumonía de focos múltiples Neumotórax bilateral a pelurovac resueltos Falla renal aguda Síndrome convulsivo secundario Lesión vascular de miembro superior izquierda trombosis arterial Estado post parada cardiaca Enterocolitis del lactante superado Hipoalbuminemia severa Inmunodeficiencia primaria a descartar Hernia umbilical reductible 16-07-2019 2:45 am paciente quien presenta parada cardiaca se inicia maniobras de reanimación avanzada, pero paciente por su condición tan crítica y tan mal estado no responde y fallece. En espera de los padres REPORTE DE INMUNOGLOBULINAS 03-07-2024 INMUNOGLOBULINA IgA: 10 mg/dl Valor de referencia 3.5-66.6 mg/dl INMUNOGLOBULINA IgG: 220 mg/dl Valor de referencia 310 A 852 mg/dl INMUNOGLOBULINA IgM: 34 mg/dl Valor de referencia 15.7-161 mg/dl CITOMETRIA DE FLUJO LINFOCITOS TOTALES:1603 LINFOCITOS T CD 3:677 LINFOCITOS T CD4:477 LINFOCITOS T CD 8: 181 PORCENTAJE LINFOCITOS CD3%: 42.23 VALOR DE 55 A85 LINFOCITOS CD4%: 29.77 VALOR DE 30 A 60 LINFOCITOS CD8%: 11.27 VALOR 15 A 40

**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

Se trata de un lactante menor que consulta por cuadro infeccioso respiratorio y gastrointestinal tal como lo manifiesta la madre en la historia clínica de la Santa Ana " Cuadro de 1 día de evolución consistente en fiebre en 38.5 grados, persistente asociado deposiciones líquidas irritabilidad comenta además hace 8 días tos húmeda con movilización de secreciones consulta a cita prioritaria donde remiten" Revisando la literatura De acuerdo a la Guía Práctica Clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años del año 2014 volumen 42 pagina 20-23 anotan " La Infección Respiratoria Aguda (IRA) es un conjunto de enfermedades transmisibles auto limitadas que afectan el aparato respiratorio desde la nariz hasta el alveolo. Son enfermedades frecuentes en la infancia, en promedio un niño menor de 5 años sufre un promedio de tres a seis episodios de IRA, La mayoría de estas IRAs tiene una etiología viral:

Lina Maria James R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCUC-DSNS-02328-2024



los rinovirus representan del 25% al 30%, virus sincitial respiratorio (RSV), virus de parainfluenza e influenza, metapneumovirus humano y los adenovirus representan del 25% a 35%, coronavirus y los virus no identificados representan del 35% al 50%. En estos casos es más importante la complicación que las puede acompañar que la infección misma, por ejemplo estas infecciones virales agudas predisponen a los niños a infecciones bacterianas secundarias, tales como infecciones del oído medio (otitis media aguda y sordera como secuela), infección de los senos paranasales (sinusitis aguda y abscesos óseos y celulitis peri óseas), faringitis bacteriana por streptococo beta hemolítico (fiebre reumática aguda) e infecciones del tracto respiratorio inferior secundarias a la aspiración de secreciones y células infectadas. Estas de IRAs bajas son las que afectan las vías respiratorias inferiores, tráquea, bronquios y alveolos, siendo la bronquiolitis y la neumonía las infecciones más frecuentes de esta categoría. En el caso de las IRAs bajas tipo neumonía Dentro de las etiologías bacterianas, la investigación reporta cómo las bacterias predominantes, al streptococcus pneumoniae (neumococo) con 20 serotipos que pueden causar enfermedad grave, pero cuya frecuencia varía según el grupo de edad y la ubicación geográfica y al Haemophilus influenzae (generalmente el tipo b, Hib). El neumococo sería responsable de 13%-34% de los casos de neumonía bacteriana, mientras que Haemophilus influenzae tipo b responde por 5%-42% (4-5). Estas cifras son difíciles de precisar porque las técnicas para identificar la etiología carecen de adecuada sensibilidad y especificidad. De forma ocasional, son reportados el Staphylococcus aureus y otros tipos de Streptococcus y con menos frecuencia también son reportados Mycoplasma pneumoniae y Chlamydia pneumoniae, La reacción inflamatoria secundaria produce exudado y colapso del parénquima pulmonar, con trastorno de la relación ventilación perfusión y con bastante frecuencia bacteremia y sepsis. Después de las enfermedades y muertes que ocurren en el periodo neonatal y que representan una gran proporción de la enfermedad y muerte en niños menores de 5 años, la neumonía y la enfermedad diarreica aguda son las dos enfermedades transmisibles que con mayor frecuencia producen enfermedad y muerte en este grupo de edad. La Organización Mundial de la Salud presenta las siguientes estimaciones sin margen de incertidumbre en un aproximado de 9 millones de niños muertos por año: • 13% atribuidas a la diarrea, • 19% a la neumonía, Por cualquiera de las dos distribuciones propuestas, la neumonía, produce alrededor de 1,8 a 2 millones de muertes en niños menores de 5 años y es la principal causa de muerte después del periodo neonatal en este grupo de edad. En Colombia la tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años, pasó en una década de 36,25/100.000 habitantes a 19,12/100.000 habitantes, mostrando una reducción del 47%, coincidente en el tiempo con la introducción de dos estrategias específicas que se relacionan con las IRAs bajas: • Vacunación sistemática contra el Haemophilus influenzae tipo b (Hib), introducida en el esquema de vacunación nacional (programa ampliado de inmunización, PAI). Vacunación parcial contra el Streptococcus pneumoniae (pneumococcus) a los grupos de "riesgo" y progresivamente más general. • Tratamiento de casos: al adoptar y adaptar los contenidos de la estrategia AIEPI para la atención de los niños menores de 5 años. Aún así en el 2010 se reportaron 818 niños menores de 5 años muertos con una situación similar en la inequidad de la distribución de la muerte por neumonía: el 12,7% de las muertes por IRA (neumonía, bronquiolitis) sucedieron en menores de 5 años, el 72,4% de los casos en menores de un año; con diferencias en la ubicación de las muertes que se concentran en zonas de menores ingresos como: Amazonas (con tres veces la tasa nacional), Meta, Chocó, Caquetá y Córdoba". pagina 38 Algoritmo de atención de niño menor de 2 años con bronquiolitis y menor de 5 años con neumonía donde los pacientes con cuadro de neumonía aguda adquirida en la comunidad en forma ambulatoria (urgencias y/o observación) y hospitalización, en servicios de baja complejidad tal como ocurrió en este caso. pagina 50 "La neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar generalmente de etiología infecciosa (virus y bacterias), aunque algunos irritantes químicos, fenómenos aspirativos, migración de parásitos al pulmón, entre otras cosas, pueden generar neumonía. Esta entidad se presenta con ocupación del espacio aéreo y/o participación intersticial y en algunas oportunidades con ocupación de la pleura; es reconocible radiológicamente y evidenciada por una clínica que depende de la edad, la constitución del

Lina Maria Jaimes R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCUC-DSNS-02328-2024



paciente, momento epidémico, vacunas previas, gravedad del cuadro clínico y de la etiología. La NEUMONIA ADQUIRIDA EN COMUNIDAD (NAC) se define como aquella que se presenta en sujetos que no han sido hospitalizados en los últimos 7 días o se presenta en las primeras 48 horas de ingreso hospitalario. Es muy frecuente y potencialmente fatal, compromete niños en todo el mundo, pero con mayor mortalidad y morbilidad en niños que viven en países en vía de desarrollo, causando aproximadamente un tercio de todas las muertes estimadas en niños menores de 5 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2010, estableció que cada año mueren 7,6 millones de niños menores de cinco años, siendo la neumonía una de las principales causas, seguida por diarrea, paludismo y los problemas de salud durante el primer mes de vida, donde la desnutrición afecta un tercio de esta población. Se ha establecido que la mortalidad por neumonía alrededor del mundo es de 4 millones en niños, de las cuales el 90% ocurren en países en vía de desarrollo, siendo la etiología bacteriana la más importante. La incidencia mundial de neumonía ha sido estimada entre 1.000 y 12.000 por 100.000 niños; con un porcentaje de hospitalización que va del 22% al 50%. En América Latina y El Caribe, la Infección Respiratoria Aguda (IRA) está ubicada entre las primeras cinco causas de muerte en niños menores de 5 años y representa la principal causa de morbilidad y asistencia a los servicios de urgencias y consulta externa en la población pediátrica; se estima que más de 80.000 niños menores de 5 años mueren cada año por infecciones del tracto respiratorio bajo, de las cuales el 85% corresponde a NAC. En el 2012 la OMS, refiere que entre los diversos agentes infecciosos (virus, bacterias y hongos) causantes de neumonía, el *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) y *Haemophilus influenzae* tipo b (generalmente el tipo b, Hib) son la primera y segunda causa más común de etiología bacteriana en niños respectivamente, mientras que el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es la causa más frecuente de neumonía viral pero la etiología de estos gérmenes es muy variable según el grupo de edad. Esta enfermedad puede clasificarse de acuerdo a su ubicación anatómica (alveolar, bronquial o intersticial); al agente etiológico (bacteriana, viral y/o micótica); a la gravedad de la presentación (leve, moderada o grave o neumonía, neumonía grave y neumonía muy grave); a la respuesta inmune del individuo (neumonía en inmunocompetentes e inmunocomprometidos); o según el lugar donde se adquirió la neumonía (adquirida en la comunidad, neumonía asociada al cuidado de la salud). Los niños con neumonía pueden presentar un cuadro clínico caracterizado por tos, fiebre, taquipnea, tiraje y compromiso variable del estado general. La fiebre no es un criterio eficiente para establecer el diagnóstico de neumonía, dado que muchas otras enfermedades pediátricas se acompañan de fiebre. En la auscultación algunos signos clínicos como crepitos localizados, matidez o submatidez, además de los signos de consolidación clásicos como frémito vocal aumentado y soplo tubárico ayudan en el diagnóstico. Pero estudios en las últimas décadas han comparado los signos de la auscultación con los resultados de radiografías de tórax y han llegado a la conclusión que la taquipnea constituye el mejor signo diagnóstico para neumonía, ya que muchas veces las alteraciones auscultatorias no están presentes, especialmente en los lactantes por AIEPI donde la frecuencia respiratoria es el signo sensible y específico para el diagnóstico de neumonía y el tiraje subcostal o cualquier signo general de peligro le imprime gravedad al cuadro clínico. En la página 52 en la tabla de Etiología de las neumonías según el grupo de edad nos muestra que el *Staphylococcus aureus* se encuentra como la 4 causa de neumonía en el grupo de pacientes entre 1 a 3 meses de vida, microorganismo que fue aislado en este caso que nos atañe. De acuerdo a toda la información aportada en este caso el occiso cursaba con un cuadro de sepsis de origen pulmonar que progresó a choque séptico que es importante revisar PATOLOGIA ROBIBINS DECIMA EDICION página 129 a la 131 el Shock séptico se asocia a una alteración hemodinámica y hemostática grave, con una mortalidad del 20% en las UCI, su incidencia va en aumento por las mejoras del soporte vitales del paciente crítico, este se debe a una REACCION INMUNITARIA SISTEMICA frente a infecciones bacterianas, en estos pacientes se va encontrar una vasodilatación sistémica con acumulación periférica de sangre que causa hipoperfusión de los tejidos (disminución de nutrientes) aunque el gasto cardíaco este conservado o incluso en aumento en las fases iniciales, estos cambios dañan la célula endotelial causando un ciclo vicioso con el tono vascular y la perfusión pero además provoca situaciones de

Lina Maria James R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCUC-DSNS-02328-2024



HIPERCOAGULABILIDAD que se manifiesta con el CID. El Shock séptico se asocia a demás a cambios metabólicos que suprime la función celular normal por tal causa un efecto directo que es hipoperfusión con disfunción de múltiples órganos lo que llevan a una elevada mortalidad. ¿Quiénes generan el Shock séptico? Varios microorganismos son capaces de iniciar el Shock séptico y esto es por sus elementos microbianos como sustancias que producen, receptores en su superficie. - La respuesta de los macrófagos, neutrófilos y otras células inflamatorias que expresan una serie de receptores que responden a diversas sustancias de origen microbiano. - La activación de la inmunidad inhata por elementos microbianos -Activación del complemento y cascada de la coagulación. De acuerdo a lo anterior explicamos cada elemento de la siguiente manera: **MEDIDORES INFLAMATORIOS:** Diversos elementos del microorganismos se unen al receptor de las células inflamatorias como los neutrófilos, células mononucleares, células endoteliales, estos receptores son tipo señuelos TLR, receptores acoplados proteína G, que son los encargados de reconocer los microorganismos y activas la respuesta inflamatoria, Cuando se activan las células liberan TNF, IL1, IFN, IL2, IL8, especies reactivas de oxígeno, prostaglandinas, factor activador de plaquetas, cascada del complemento lo que contribuye a un estado proinflamatorio y a demás algunas endotoxinas activan el factor XII y de forman indirecta genera activación de la cascada de la coagulación toda esta situación genera un estado que provoca trombosis si no que potencia la respuesta inflamatoria por activación de las proteasas existentes en las células inflamatorias. **ACTIVACION DE LAS CELULAS ENDOTELIALES** en estos casos la activación de las células endoteliales provoca **TROMBOSIS, AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD VASCULAR Y VASODILATACION.** la alteración de la coagulación provoca una **TEMIDA** complicación que es la CID. La sepsis altera la expresión de muchos factores para favorecer la coagulación como las citocinas proinflamatorias aumenta la producción de factor tisular en las células endoteliales y provoca añadido una reducción en la fibrinólisis mediante la expresión PAI-1. Se reducen otros factores anticoagulantes endoteliales coom el inhibidor de la vía del factor tisular, la trombomodulina y la proteína C. La tendencia procoagulante se agrava mas al reducir el flujo sanguíneo en los vasos pequeños, lo que provoca estasis y persistencia de los factores de la coagulación activados. En consecuencia produce trombos ricos en fibrina en los casos pequeños en todo el organismo lo que contribuye a la hipoperfusión de los tejidos. Una consecuencia de la CID es el consumo de factores de la coagulación y plaquetas con riesgo de hemorragia. El aumento de la permeabilidad vascular produce edema intersticial que dificulta mas el flujo de la sangre a los tejidos. El endotelio aumenta también la expresión de oxido nitrito sintetasa lo que aumenta su producción que junto con la presencia de mediadores inflamatorios vasoactivos producen relacion del musculo liso vascular lo que se traduce con hipotensión e hipoperfusión del tejido. **ALTERACIONES METABOLICAS:** Los pacientes sépticos presentan resistencia a la insulina con hiperglicemia (que se presentaba en este caso) Las citoquinas TNF, IL1, el glucagón hormona de crecimiento y glucocorticoides estas ultimas que son las hormonas del estrés inducen a la gluconeogenesis. Las citocinas proinflamatorias suprimen la liberación de insulina, e induce resistencia en los tejidos principalmente en el hígado. La hiperglicemia reduce la función del neutrófilo lo que suprime su actividad bactericida y aumenta la adhesión de las células al endotelio. Al inicio hay un aumento en la producción de glucocorticoides pero posteriormente empieza aparecer una insuficiencia suprarrenal y una deficiencia funcional al glucocorticoide. **INMUNOSUPRESION:** El estado de hiperinflamatorio activa mecanismos inmunosupresores contra reguladores que pueden implicar a la inmunidad innata y adaptativa. **DISFUNCION ORGANICA:** La hipotensión sistémica el edema intersticial y la trombosis reducen el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos provocando una alteración en el metabolismo celular, las concentraciones elevadas de citoquinas y mediadores secundario pueden alterar la contracción del miocardio, y el gasto cardiaco, el aumento de la permeabilidad vascular y las lesiones endoteliales incrementan el daño en el pulmón, provocan insuficiencia del riñón hígado, pulmones y corazón y conllevan a la muerte. La **GRAVEDAD DEL SHOCK SEPTICO** depende: Estado inmunológico del paciente De la virulencia del microorganismo Hay un hallazgo particular que presenta el paciente en los reportes de laboratorio que es presencia de anemia (Patología de Robbins pagina 639-640) donde se define la anemia como una reducción de la masa total de eritrocitos circulantes por

Lina Maria Jaimes R  
LINA MARIA JAIMES RUEDA



**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**No.: UBCUC-DSNS-02328-2024**



debajo de los límites normales, lo que provoca una reducción en el transporte de oxígeno de la sangre, provocando hipoxia tisular. La anemia severa provoca aspecto pálido, debilidad, malestar y fatiga fácil quejas habituales, puede provocar disnea con la actividad física este cuadro empeora la hipoxia Guía de practica clínica de Consenso colombiano en sepsis del año 20007 donde anotan en sus aportes " La sepsis y el choque séptico tienen una incidencia alta y conllevan alta mortalidad, morbilidad y costos. Se debe tener en cuenta las definiciones anteriormente descritas pero la principal de todas que La definición de sepsis es la presencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociada a infección; se considera una sepsis grave cuando este síndrome se asocia con disfunción orgánica, hipoperfusión o hipotensión; y el choque séptico, cuando la sepsis se asocia con hipotensión arterial, a pesar de la reposición adecuada de fluidos. CONSENSO DE SEPSIS El manejo efectivo de la sepsis grave y el choque séptico requiere reanimación, terapia antibiótica, drenaje del foco de infección, monitoreo, medidas específicas y medidas de soporte. MANEJO DE LIQUIDOS: Recomendación de las metas hemodinámicas en la reanimación inicial I Las metas de la reanimación deben lograrse y evaluarse en el tiempo; se recomiendan las siguientes, para ser alcanzadas durante las primeras 6 horas y en el transcurso de las primeras 24 horas (nivel 1A): I Presión venosa central: 8 a 12 mm Hg I Presión arterial media: = 65 mm Hg I Gasto urinario: > 0,5 ml/kg por hora I Saturación venosa central de O<sub>2</sub> (SvO<sub>2</sub>): = 70% Recomendación sobre el uso de líquidos en la reanimación inicial Se recomienda el uso de líquidos intravenosos como terapia inicial cuando se demuestre compromiso de la perfusión tisular (nivel 1A). Recomendación sobre administración de líquidos en la reanimación inicial Se recomienda el uso de bolos rápidos y repetidos de líquidos intravenosos cuando haya compromiso de la perfusión tisular. Antes y después de la administración de los bolos, es importante evaluar que la presión arterial y tisular sean aceptables, así como el desarrollo de edema pulmonar o una presión en cuña de la arteria pulmonar menor de 18 mm Hg, para ajustar la titulación del volumen que se debe administrar (nivel 1A). Recomendación sobre el uso de cristaloides y coloides incluida la albúmina No hay indicios que demuestren el beneficio del uso de cristaloides o coloides como soporte preferencial. Sin embargo, el grupo de consenso sugiere el uso de cristaloides debido a su disponibilidad, costo y bajos efectos adversos (nivel 1A). Recomendación sobre el uso de bicarbonato No se recomienda el uso de bicarbonato para corregir el pH en situaciones de acidosis láctica (nivel 1B). Se debe considerar la administración de bicarbonato cuando persista un pH sanguíneo menor de 7,1 después de haber corregido las variables respiratorias y cuando persista la inestabilidad hemodinámica (nivel 1B). RECOMENDACIONES SOBRE EL MONITOREO CON CATETER DE ARTERIA PULMONAR con catéter de arteria pulmonar El catéter de la arteria pulmonar es una herramienta diagnóstica y de monitoreo del paciente crítico; por lo tanto, ni su utilidad ni su riesgo deben evaluarse con base en los resultados o desenlaces finales de los pacientes sépticos (nivel 1C). Vasopresores Recomendación del uso de vasopresores Se recomienda iniciar la administración de vasopresores cuando, a pesar de un adecuado reemplazo del volumen sanguíneo (presión venosa central entre 8 y 12 mm Hg, sin respiración mecánica asistida, o presión venosa central de 12 a 15 mm Hg, con respiración mecánica asistida), no se consiga mantener la presión arterial media por encima de 65 mm Hg (nivel 1B). Recomendaciones sobre el manejo de vasopresores Se recomienda el uso de soporte adrenérgico para mejorar la hipotensión en el choque séptico (nivel 1C). Sin embargo, no hay indicios de que el uso del soporte adrenérgico mejore los desenlaces. Se recomienda el uso de vasopresores cuando, después de un adecuado manejo volumétrico, no se hayan alcanzado las metas de reanimación (nivel 1C). Recomendación sobre el uso de norepinefrina o dopamina como primera elección Se recomienda el uso de norepinefrina o dopamina como medicamentos de primera línea para la hipotensión en choque séptico (nivel 1B). Se sugiere el uso de norepinefrina como un vasopresor potente para revertir la hipotensión en el choque séptico, pero los estudios son limitados (nivel 2B). Recomendaciones sobre el uso de dopamina a dosis bajas La infusión de dopamina a dosis bajas (<5 µg/kg por minuto) como protector renal no altera el curso de la falla renal aguda en pacientes críticamente enfermos; por lo tanto, no se justifica su uso con esta indicación (nivel 1A). Inotrópicos Recomendación acerca del agente inotrópico de elección El

Lina Maria Jaimes R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA



**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**No.: UBCUC-DSNS-02328-2024**



soporte inotrópico con dobutamina también puede requerirse en el choque séptico, especialmente, cuando persiste el gasto cardíaco bajo a pesar de una adecuada reanimación con fluidos o cuando hay depresión miocárdica séptica grave o disfunción miocárdica preexistente. Si es necesario usarlo, podría combinarse con terapia vasopresora, incluso en presencia de presión arterial baja (nivel 1B). Recomendación sobre el aporte de oxígeno en volúmenes superiores a los normales No hay estudios que sustenten el uso de volúmenes superiores a los normales en sepsis o que muestren mejoría en la supervivencia; por lo tanto, esta estrategia de reanimación no se puede recomendar (nivel 1A). Respiración asistida Recomendaciones sobre el uso de respiración asistida no invasiva La respiración asistida no invasiva empleada en pacientes con sepsis e insuficiencia respiratoria aguda, es útil al reducir la intubación endotraqueal y la mortalidad a corto plazo cuando no se requiera intubación endotraqueal inmediata según el tipo y la evolución del trastorno subyacente (nivel 2B). Sin embargo, la respiración asistida no invasiva no debe postergar la intubación temprana cuando esté claramente indicada (nivel 2B). Recomendaciones sobre el uso de respiración asistida en mortalidad Se recomienda el uso de respiración asistida mecánica para disminuir la mortalidad en sepsis con falla respiratoria aguda (nivel 1B) Se sugiere el uso de monitoreo con catéter de arteria pulmonar ante la duda diagnóstica (choque hiperdinámico o hipodinámico) o la falta de respuesta a la reanimación, en caso de no disponerse de ningún otro método para la evaluación (por ejemplo, ecocardiografía) y en sepsis asociada con cardiopatía o con síndrome de dificultad respiratoria aguda (nivel 2C). Recomendaciones que se reafirman en los documentos Consenso Latinoamericano de manejo de sepsis en niños; Task Force de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP) y Diagnóstico y tratamiento del shock séptico y de la sepsis asociada a disfunción orgánica

**CONCLUSIÓN**

Se trata de un lactante menor llevado por su madre a consulta a centro asistencia por cuadro de Insuficiencia respiratoria aguda donde diagnostican neumonía, acompañado de anemia severa por lo que deciden hospitalizar e iniciar manejo antibiótico, antipirético y transfusión de glóbulos rojos, Paciente con cuadro de sepsis de origen pulmonar progresa a choque séptico por lo cual deciden remitir a UCIP con evolución desfavorable hipotensión, taquicárdico, taquipneico por lo que deciden intubación orotraqueal para mejorar el patrón respiratorio y transfusión de GR, paciente sin mejoría que continua hipoxémico hipotenso, con aumento de los parámetros respiratorios que presenta neumotórax tratado con tubos de tórax, asociado paro cardiorrespiratorio que responden a maniobras de reanimación, paciente quien continua hipoxémico, hipovolémico, oligúrico, con íleo paralítico esto último dado por la distribución de flujo por la hipoxemia y con parámetros respiratorios altos asociado a insuficiencias suprarrenal, y CID característico del shock séptico por disfunción endotelial lo que explica la formación de trombosis a nivel de la arteria braquial izquierda, que conlleva a la isquemia de miembro superior izquierdo y hemitórax izquierdo, motivo por el cual fallece. el manejo terapéutico siguió los lineamientos de la sociedades medicas de pediatría, UCI e infectología con respecto 1) terapia de soporte; 2) diagnóstico de sepsis y control de la infección; 3) medidas terapéuticas específicas; 4) medidas generales y preventivas. En la necropsia medico legal se observan cambios en los órganos de falla orgánica multisistémica con neumonía necrotizante, congestión visceral generalizada, insuficiencia renal aguda, encefalopatía hipóxica, pericarditis crónica, isquemia intestinal y coagulación intravascular generalizada con necrosis de miembro superior izquierdo.

**RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS**

1. Establecer si el tratamiento brindado al paciente por los especialistas en medicina general dentro de las instalaciones de la Clínica Santa Ana S.A, ESE Hospital Juan Luis Londoño, Dumian Medical SAS UCI-P CSA, fue adecuado y si se ajustó a lo descrito en la literatura científica, artículos o guías de práctica clínica para estos casos.

Lina Maria Jaimes R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCUC-DSNS-02328-2024



RESPUESTA: El diagnóstico y tratamiento brindado al occiso de nombre RODRIGUEZ MONTOYA ASLAN JACOB en la clínica Santa Ana, ESE DUMIN UCIP, por los especialistas en pediatría y los médicos generales que atendieron el occiso en el Hospital Juan Luis Londoño y SINERGIA cumplió con los criterios establecidos en la literatura médica ya que se basaron en la guía de ministerio de protección social GUIA DE PRACTICAS CLINICAS para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años del ministerio de Protección Social Colombia 2014 guía 42, Consenso colombiano en sepsis guías de prácticas clínicas, Consenso Latinoamericano de manejo de sepsis en niños: Task Force de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP), Diagnóstico y tratamiento del shock séptico y de la sepsis asociada a disfunción orgánica

2.º Estado de salud en que se encontraba el paciente al momento del ingreso a la Clínica Santa Ana S.A. ESE Hospital Juan Luis Londoño, Dumian Medical SAS UCI-P CSA, diagnóstico y tratamiento prescrito?

RESPUESTA: ESE HOPITAL JUAN LUIS LONDONO paciente ingresa 28/06/2019 paciente masculino traído por la madre que refiere pocos térmicos y dolor abdominal de 12 horas de evolución por lo cual acude, peso 6 kg talla 58 cm temperatura 38 grados centígrados frecuencia cardíaca:75 frecuencia respiratoria 18 pa:100/62 le hacen diagnóstico diarrea aguda febril sin deshidratación tratamiento médico y recomendaciones.

Historia clínica de Sinergia paciente valorado el día 28/06/2019 quien es llevado por la madre por fiebre, irritabilidad, congestión poco apetito determinando el médico como conducta la remisión al servicio de urgencia

Historia clínica Santa Ana Enfermedad actual paciente masculino de 2 meses de edad quien ingresa al servicio de urgencias en compañía de la madre con cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en fiebre en 38.5 grados, persistente asociado deposiciones líquidas irritabilidad comenta además hace 8 días tos húmeda con movilización de secreciones consulta a cita prioritaria donde remiten Antecedentes perinatales hijo 1 parto por cesárea por no descenso de la presentación sin complicaciones 39 semanas peso 3420 gramos talla 51 cm madre sin antecedente vacunas al día, alimentación leche materna y fórmula Ingresa revalora lactante menor en compañía de la madre con diagnóstico fiebre e infección de vías respiratorias bajas, refiere hiporexia, fiebre de 39 grados niega dificultad respiratoria tolerando vía oral y oxígeno, ambiente con diuresis y deposiciones Cuadro hemático con leucocitos neutrófilos 37 hb 9.3 hto 28.7 plat 333.000 coprológico con bacterias aumentadas se observa un oxiurus en el fresco parcial de orina con nitritos negativos leucocitos 0-2 bacterias + moco escaso Rx de tórax se observa infiltrados imagen radiopaca con tendencia a consolidar en Angulo costo frénico en campos pulmonar derecho imagen alveolares CONCEPTO paciente lactante menor de 2 meses de edad en regulares condiciones generales hemodinámicamente estable alerta saturación 90% activo y reactivo en el momento febril tolerando vía oral paciente quien le inician antibiótico corticoide, analgésico y oxígeno.

INGRESO UCIP DUMIAN Paciente masculino de 2 meses de edad con diagnóstico de sepsis de origen pulmonar, paciente en malas condiciones generales hipo activo taquipneico, taquicárdico paciente aceptado en la UCI PEDIATRICA DUMIAN Se cierra historia clínica se acompaña a la UCI SIGNOS VITALES FC 177, FR27 TEMPERATURA 37 PESO 6.4 SATURACION 95

3. Determinar si hubo oportunidad en la aplicación de los procedimientos científicos y si estos fueron adecuados en su ejecución para la situación presentada, exámenes y tratamientos farmacológicos que le fueron efectuados y su correspondiente diagnóstico, conducta profesional (oportunidad, calidad y eficiencia) y ética del personal médico tratante.

RESPUESTA: De acuerdo a la literatura el occiso RODRIGUEZ MONTOYA ASLAN JACOB el tratamiento recibió fue: ADECUADO: Sí dado que la atención médica fue prestada en una institución de 3 nivel bajo el manejo de un personal de salud especializado e interdisciplinario, de acuerdo al cuadro clínico presentado por el paciente

Lina Maria Jaimes R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCUC-DSNS-02328-2024



OPORTUNO: Si el paciente fue atendido de manera precisa y exacta

CONVENIENTE: Si el usuario fue atendido por diferentes IPS donde encontro la respuesta.

ETICO: Esta parte de la pregunta se debe direccionar al COMITE DE ETICA MEDICA.

4. Valorar si hubo error diagnóstico o terapéutico?

RESPUESTA: En la historia clínica analizada y los hallazgos de la necropsia se puede determinar que no existió un error diagnostico ni terapéutico ya que los galenos emplearon las diferentes guías de atención clínica aportada por la comunidad científica.

5. Establecer si la muerte del menor era imprevisible e inevitable y si existió o no un riesgo típico?

RESPUESTA: El análisis de la historia clínica y los hallazgos de la necropsia se puede determinar que la muerte del menor fue IMPREVISIBLE E INEVITABLE a pesar que los galenos actuaron con diligencia y cuidado de acuerdo a la doctrina medica, bajo un riesgo establecido.

Atentamente,

Lina Maria Jaimes R.  
LINA MARIA JAIMES RUEDA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

---

### ***Aportamos a la justicia en favor de la vida***

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

30/05/2024 07:29

Pag. 15 de 15