

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA IBAGUE

DIRECCIÓN: Calle 45 No. 8 Sur-58, Zona Industrial El Papayo. IBAGUE, TOLIMA
TELÉFONO: 57 6082701046 Telefonía IP 6014069944 extensión 2832 2800

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

22 OCT 2021

No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

LUGAR Y FECHA:

IBAGUÉ, 13 de julio de 2021

NÚMERO DE CASO INTERNO:

UBIBG-DSTLM-03937-C-2021

CONSTANTE DE 1 FOLIOS

OFICIO PETITORIO:

No. JNS-536 - 2021-04-30. Ref: Proceso 73001-33-33-009-2017-00158-00

AUTORIDAD SOLICITANTE:

KELLY TATIANA VALENCIA RODRIGUEZ
9 ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL
JUZGADO

AUTORIDAD DESTINATARIA:

KELLY TATIANA VALENCIA RODRIGUEZ
9 ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL
JUZGADO
AV. AMBALA CALLE 69 19-109 ED. COMFATOLIMA 2 PISO
IBAGUÉ, TOLIMA

NOMBRE PACIENTE:

MARLON ANDRES VARGAS CUELLAR

IDENTIFICACIÓN:

RC 1110578398

EDAD:

Sin dato

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: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE TOLIMA ESE SEDE EL LIMONAR
- Municipio: IBAGUÉ
- Nivel De Complejidad: IV
- Profesión y Especialidad: MEDICINA, PEDIATRIA
- Facultad: SIN INFORMACIÓN
- Registro Médico: VARIOS
- Tiempo de experiencia: SIN INFORMACIÓN
- Tiempo de vinculación: SIN INFORMACIÓN

MOTIVO DE PERITACIÓN

Se solicita por el Juzgado 9° Administrativo Oral del Circuito de Ibagué, mediante oficio No. JNS-536 del 30 de abril del 2021, que "... proceda rendir experticia absolviendo los requerimientos impetrados por la parte demandante en el acápite de pruebas FI. 309, esto es 'emita concepto de las causas que originaron la parálisis cerebral y demás daños irreversibles del menor Marlon Andrés Vargas de acuerdo a la historia clínica del menor'. "Para lo anterior, se envía la historia clínica, cuestionario aportado por la parte demandante".

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

Se aporta por el despacho de la Autoridad, copia digital del Expediente No. 73001-33-33-009-2017-00158-00 con 275 folios, dentro del cual se incluye la Historia Clínica del menor MARLON ANDRÉS VARGAS CUÉLLAR en los Hospitales San Francisco y Federico Lleras Acosta ambos en Ibagué, en doscientos cuarenta y siete (247) folios, con 211 de ellos útiles y con muchos folios manuscritos ilegibles y/o de mala calidad en la copia (registros de fisioterapia), correspondiente a las atenciones médicas realizadas al mencionado primordialmente en los Servicios de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Hospitalización de Pediatría, entre el 30 de septiembre del año 2016 y días siguientes hasta el 21 de octubre del 2016, con ocasión de cuadro respiratorio agudo.

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA No. 1.110.578.398 correspondiente al menor MARLON ANDRÉS VARGAS CUÉLLAR

El 16 de noviembre del 2014 a las 01:19 horas acude al Servicio de Urgencias de la Clínica Tolima, la señora TANYA GABRIELA CUÉLLAR TORRES, de 25 años de edad, por dolor abdominal tipo contracción uterina en contexto de su segundo embarazo de 40,5 semanas por ecografía del primer trimestre y de 39,2 semanas por ecografía del segundo trimestre. Presenta un trabajo de parto y parto normales, con nacimiento a las 04:40 horas del mismo día de producto de sexo masculino de 3070 gramos de peso, talla de 50,0 cms, perímetro cefálico de 34,0 cms y buenas condiciones clínicas según evaluación por Pediatría (folios 21 a 24 del

LUIS FERNANDO CHICA MORA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

expediente).

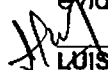
Gráfica de Crecimiento y Desarrollo del Hospital San Francisco correspondiente al menor MARLON ANDRÉS VARGAS CUÉLLAR, muestra un adecuado crecimiento del menor, con una crisis de disminución de peso entre el 3° y 4° mes de vida y en la talla entre el 4° y el 7° mes de edad. El carné de vacunación de la misma institución, muestra esquema de vacunación completo hasta los 18 meses de edad.

El 27 de febrero del 2016 el menor es llevado por la abuela a la misma institución (Hospital San Francisco), por cuadro clínico de dificultad respiratoria de 5 horas de evolución (folio 33). Al examen físico se encuentran signos pulmonares compatibles con síndrome bronco-obstrutivo moderado, para lo que se inicia tratamiento respectivo y se solicita estudio radiológico del tórax. Por persistencia de dificultad respiratoria, se diagnostica Bronconeumonía, se decide iniciar tratamiento antibiótico y se solicita remisión a Pediatría. Hay buena evolución clínica y respuesta al tratamiento antibiótico. Evaluado por Pediatría, ratifica el tratamiento administrado. Se da de alta por dicha especialidad el 02 de marzo con tratamiento ambulatorio y control al día siguiente por el servicio de Urgencias. (folios 36 a 53).

El 30 de septiembre del 2016 a las 22:26 horas el menor es llevado al Servicio de Urgencias del mismo Hospital "porque se tragó un juguete y se puso morado", con aparición de cianosis, somnolencia y estridor laríngeo (folio 55). Se atiende 10 minutos después (a las 22:36 horas), encontrándose al examen físico un paciente hipoactivo e hiporeactivo, con dificultad respiratoria y estridor laríngeo, con ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados ni tirajes, somnoliento, con examen neurológico sin signos de déficit sensitivo ni motor aparente. Se sospecha presencia de cuerpo extraño en vía aérea, por lo que se realizan maniobras para expulsión del cuerpo extraño sin éxito, pues persiste estridor laríngeo y compromiso del sensorio además de desaturación de oxígeno hasta 90% (folio 56 del expediente). Se realiza laringoscopia directa sin observarse presencia de cuerpo extraño; se aplica adrenalina, se realiza micronebulización y se administra oxígeno; se toma radiografía de tórax que no muestra cuerpo extraño. Se decide remitir de urgencia a centro de mayor nivel por alto riesgo de falla respiratoria.

Ingresa en la misma fecha a las 22:46 horas al Servicio de Urgencias de Salud Vida EPS - S - Hospital Federico Lleras Acosta, trasladado en remisión primaria desde el Hospital San Francisco, porque "no puede respirar". Se refiere cuadro clínico de aproximadamente una hora de evolución (Hora del Evento "21:45") y de inicio súbito de dificultad respiratoria progresiva con estridor laríngeo, al parecer secundario a obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, el cual no se ha logrado extraer ni se observó durante laringoscopia y sin mejoría con el tratamiento farmacológico administrado en el Hospital San Francisco, adonde fue llevado 45 minutos antes y de donde es remitido. Al examen físico de ingreso, paciente con taquicardia (Frecuencia Cardíaca de 138 latidos por minuto); polipnéico (frecuencia respiratoria de 48 respiraciones por minuto), con saturación de oxígeno en 96%, en aparentes malas condiciones generales, con signos de dificultad respiratoria severa, con aumento del trabajo respiratorio, somnoliento y sin fiebre, sin alteraciones en la ventilación pulmonar a la auscultación ni signos de déficit neurológico sensitivo-motor. Se hace Impresión Diagnóstica de Insuficiencia Respiratoria Aguda y de Cuerpo Extraño en la Vía Aérea?. Se establece "paciente en falla ventilatoria. Se realiza intubación orotraqueal, durante la que se observa edema de vía aérea con secreción (por laringoscopia); se administra analgesia y se hace remisión a UCI pediátrica" (folios 58 y 59). Ingresa a la UCI Pediátrica a las 23:30 horas (registro por Enfermería - folio 61), remitido del Servicio de Urgencias. Al examen de ingreso, paciente en aparentes malas condiciones generales, pálido, con intubación orotraqueal y sonda nasogástrica; con saturación de oxígeno del 99% con ambú y presión positiva, taquicárdico (Frecuencia Cardíaca de 107 latidos por minuto), sin fiebre y con examen cardiopulmonar normal, sin déficit neurológico aparente aunque se encuentra sedado. Se pasa catéter venoso central en región femoral izquierda y se toma muestra de sangre para exámenes de laboratorio y muestra de orina mediante sonda vesical.

A las 03:03 horas del 01 de octubre, el paciente continúa en iguales condiciones generales. A las 07:00 horas se registra que el paciente se mantiene en condiciones críticas durante la noche, con tendencia a la hipotensión y la bradicardia. Se consideran como diagnósticos de ingreso, falla ventilatoria aguda y "posible cuerpo extraño en vía aérea superior vs laringotraqueitis aguda severa", con requerimiento de monitoria en Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. A las 22:00 horas, se anota por Médico Pediatra que el paciente presenta una Frecuencia Respiratoria de 40 por minuto, con saturación de oxígeno del 95%, con auscultación de "crépitos finos en ambos campos pulmonares, más intensos en hemotórax derecho; en TAC de Tórax, foco neumónico basal derecho, no se ve cuerpo extraño; gases arteriales con acidosis respiratoria leve e hipoxemia moderada... con febrículas durante la noche, sin apariencia tóxica. Se considera en el Análisis "paciente estable, cuadros bronco-obstrutivos variables, con crépitos en base derecha, TAC confirma lesión neumónica... sin cuerpo extraño evidenciado..."; se continúa tratamiento antibiótico (folio 70). En nota de control en la Unidad


LUIS FERNANDO CHICA MORA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

de Cuidados Intensivos, se registra el mismo día "paciente con cuadro respiratorio súbito, cuadro bizarro, según la madre el niño se encontraba jugando en el cuarto junto a ella y súbitamente inicia con tos y dificultad para respirar, la madre refiere que lo notó ahogado y con cianosis por lo que ella metió los dedos a la boca intentando sacar algo que hubiese podido comer, el niño es llevado a urgencias donde llega en falla respiratoria. El médico realiza IOT (intubación orotraqueal – fuera de texto), y refiere encontrar edema importante de la vía aérea y glotis, actualmente acoplado a la máquina con atrapamiento aéreo, foco neumónico basal derecho, SIRS (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica – fuera de texto), atrapamiento aéreo intenso, podría corresponder a cuerpo extraño vs Laringotraqueitis severa por alguna razón o un proceso alérgico no claro. Se indica tomografía de cuello y tórax en búsqueda de lesión por cuerpo extraño. A definir según evolución, fibro...".

En nota de evolución del 02 de octubre se registra: "Paciente con cuadro estable, sin signos de respuesta inflamatoria o deterioro infeccioso. Considero alta probabilidad de cuerpo extraño. Se comentará con Cirujano Pediátrico...". Control médico por Pediatría el 02 de octubre en la noche, a las 21:15 horas, registra que el paciente ha presentado alzas térmicas hasta 38,2° C, en condiciones estables, con tolerancia a la vía oral, con diuresis y deposiciones positivas. Al examen físico, febril (38,2° C), con saturación de oxígeno del 100%; murmullo vesicular simétrico, con movilización de secreciones; perfusión adecuada; se indica destete ventilatorio a tolerancia. A las 22:30 horas se efectúa extubación programada y según protocolo, con buena tolerancia, con buen patrón respiratorio y oxigenación, sin embargo, aproximadamente "media hora después" presenta apnea y saturación de oxígeno del "38%, sin respuesta a estímulos", por lo que se apoya con ventilación con presión positiva "sin retorno a ventilación espontánea. Se realiza nueva IOT..." (folio 80).

Evolución del 03 de octubre anota: "Paciente en regulares condiciones generales. Hidratado, crítico, hemodinámicamente estable, sin soporte vasopresor ni inotrópico... sin agregados pulmonares, adecuadas saturaciones, sin vía enteral (folio 71). En folios 91 y 92 se repite parcialmente evolución registrada en folio 71 (en folio 91) y completa el registro (folio 92), que anota "... glucometrías controladas 84 – 76, adecuado gasto urinario, presentando picos febriles 38,2... cursando con falla ventilatoria secundaria a cuerpo extraño en vía aérea, con extubación fallida el día de ayer dada por apnea, que requirió nuevamente reintubar y quien durante la mañana presenta paro cardiorrespiratorio, sin pulsos, por lo cual es reanimado durante 3 minutos con RCP (Reanimación Cardiopulmonar – fuera de texto), sin requerimiento de vasoactivo, con recuperación de pulsos y de FC (Frecuencia Cardíaca) y se aumentan los parámetros ventilatorios, queda en cuidado estricto posparo cardíaco. Rx de tórax opacidad heterogénea basal derecha, en manejo conjunto con Cirujano Pediatra quien realizará fibrobroncoscopia el día de hoy. Con riesgo alto de complicaciones hemodinámicas, infecciosas y ventilatorias. Se informa a madre sobre riesgos y complicaciones así como posibilidades de muerte, quien acepta y entiende lo informado...". A las 18:20 horas se realiza fibrobroncoscopia "... encontrando moderada endotraqueobronquitis, secreción purulenta de lóbulo inferior derecho, escasa. No se encuentra cuerpo extraño. Procedimiento sin complicaciones" (folio 96).

En evolución del 04 de octubre, se anota "Paciente en regulares condiciones generales, hidratado, crítico, hemodinámicamente estable, sin soporte vasopresor ni inotrópico... con roncus en campo pulmonar derecho, adecuadas saturaciones, con nutrición enteral, glucometrías controladas 109, adecuado gasto urinario, presentó un pico febril 38, recibe antibiótico... El día de ayer el cirujano pediatra realizó fibrobroncoscopia descartándose cuerpo extraño en vía aérea, se evidenció presencia de pus e inflamación de vía aérea inferior por lo cual se considera falla ventilatoria secundaria a neumonía atípica. Riesgo alto de complicaciones hemodinámicas, infecciosas y ventilatorias. Se informa a madre sobre riesgos y complicaciones así como posibilidades de muerte, quien acepta y entiende lo informado" (folio 98).

Evolución del 05 de octubre anota "paciente estable en regulares condiciones generales, cursando con neumonía basal derecha atípica, presentado picos febriles sin embargo modulando SIRS, con buen gasto urinario, acoplado a la ventilación mecánica, se continúa plan de extubación...".

En evolución del 06 de octubre se registra "paciente en regulares condiciones generales, hidratado, crítico, sin sedoanalgesia, toleró retiro de midazolam y ketamina, hemodinámicamente estable, sin soporte vasopresor ni inotrópico... persiste abundante movilización de secreciones y roncus en campo pulmonar derecho, manteniendo adecuadas saturaciones, con aumento del esfuerzo respiratorio, se intenta destete de ventilación con presión soporte, sin embargo no se acopla a la misma, realiza episodio de apnea prolongada... cursando con neumonía atípica derecha con evolución clínica favorable pese a destete lento de ventilación, riesgo alto de complicaciones hemodinámicas, infecciosas y ventilatorias... continúa destete lento de ventilación mecánica, continúa manejo médico, monitoreo en UCIP" (folio 98).

Evolución del 07 de octubre informa que el paciente continúa en regulares condiciones

 **LUIS FERNANDO CHICA MORA**

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

generales, hidratado, crítico, sin sedoanalgesia, hipoactivo e hiporeactivo, con Síndrome de Dificultad Respiratoria leve, hemodinámicamente estable, normotenso. Durante revista médica presenta episodio convulsivo, el cual se controla con Fenitoína, "con función motora de decorticación"; se solicita TAC Cerebral contrastado.

Evolución del 08 de octubre registra "... niño con difícil despertar, con estado convulsivo desde ayer (sic), se tomó TAC Cerebral contrastado que mostró lesión hipointensa temporo-occipital derecha en relación a posible evento isquémico con intensidad importante de meninges, alta sospecha de encefalitis... Analizando retrospectivamente, se sospecha que el niño convulsionó inicialmente, luego broncoaspiró, presentó falla ventilatoria y es el cuadro actual con su evolución ahora más clara. Por ahora se realiza extubación electiva la cual es exitosa, se ve alerta y más tranquilo, menos hipertónico. Vigilantes a evolución...".

Evolución del 09 de octubre anota "... hipoactivo, hiporeactivo, tolerando extubación de 24 horas... con un episodio de convulsión focalizada en la mañana de hoy de corta duración, recibiendo anticonvulsivantes, sin movilización de extremidades, alerta... proceso neumónico en resolución...".

Evolución del 10 de octubre describe "... regulares condiciones generales, hipoactivo, hiporeactivo.... Persiste movilización de secreciones en ambos campos pulmonares, con SDR (Síndrome de Dificultad Respiratoria –fuera de texto-) leve que no ha empeorado dado por tirajes subcostales leves, sin embargo manteniendo saturaciones adecuadas... mínimo contacto con el medio, con espasticidad muscular a la estimulación, con un episodio convulsivo el día de ayer controlado recibiendo anticonvulsivantes, cursando con estatus convulsivo en estudio, con encefalitis?; neumonía aspirativa en resolución, con evolución clínica estacionaria... cultivos y hemocultivos negativos a la fecha...".

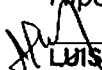
Evolución del 11 de octubre refiere "... sin requerimiento de oxígeno suplementario, el cual fue suspendido el día de ayer con adecuada tolerancia, SDR leve dado por tirajes subcostales, disminución de movilización de secreciones, manteniendo adecuadas saturaciones... no luce tóxico... alerta, activo, reactivo, con hipertonicidad generalizada secuelar neurológico, sin nuevos episodios convulsivos... Convulsión Focal en estudio... Proceso neumónico en resolución. Riesgo alto de complicaciones hemodinámicas, infecciosas y ventilatorias, así como deterioro neurológico. En manejo multidisciplinario con terapias... Se inicia trámite para autorización por la EPS de RNM Cerebral Simple y Contrastada bajo anestesia y EEG (Electroencefalograma – fuera de texto-)...".

Evolución del 12 de octubre en Cuidados Intermedios informa "Paciente en mejores condiciones generales, con más reactividad, más conectado con el medio, más activo, la succión es lenta, no traga del todo bien, se está rehabilitando, menos hipertónico, libre de crisis... persiste movilización de secreciones en ambos campos pulmonares, SBO (Síndrome Bronco-obstrutivo – fuera de texto-) leve, sin SDR... no nuevos picos febriles... Paso a piso...". Por evolución hacia la mejoría, se traslada al Servicio de Pediatría el 12 de octubre del 2016 para continuar tratamiento y estudios (folio 263). Al examen físico de ingreso se encuentra un paciente estable, con auscultación cardiopulmonar normal, sin Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) y sin Síndrome de Dificultad Respiratoria y examen neurológico con estado alerta, reactivo, con espasticidad generalizada, sin signos de meningismo. Se continúa igual tratamiento y sigue pendiente la realización de RNM Cerebral y de Electroencefalograma. Se hacen Diagnósticos Principal de Estatus Epiléptico y Relacionados de Neumonía Aspirativa Tratada; Epilepsia Focal Sintomática; Secuelas de Encefalopatía Hipóxica; Lesión Isquémica Temporo-occipital Derecha y Encefalitis (folio 263).

En evolución del 14 de octubre se anota que el paciente se encuentra en "adecuadas condiciones generales, estable hemodinámicamente, continúa con llanto fácil, paciente con mejoría de cuadriparesia espástica. No sobreagregados pulmonares y mejoría progresiva de succión. Continúa igual manejo y pendiente de realización de Resonancia Magnética (folio 264).

Reporte de Electroencefalograma realizado al paciente el 19 de octubre de 2016 por la Dra. Sandra Patricia Mansilla R., Médica Neuróloga Pediatra, por antecedente de estatus convulsivo, informa en su "Conclusión: Trazado anormal por lentificación difusa en paciente consciente y actividad epiléptica focal (folio 100).

El 21 de octubre se registra en la evolución "paciente masculino con diagnósticos anotados en el momento con estabilidad hemodinámica, no SIRS, no dificultad respiratoria, aun con persistencia de dolor a la movilización de las extremidades, con reporte de EEG (electroencefalograma) – fuera de texto), con trazado anormal por lentificación difusa y actividad epiléptica focal por lo que se inicia carbamacepina. Se habla con la madre quien acepta seguir con trámites de autorización de RNM de manera ambulatoria ya que puso medida judicial contra su EPS. El paciente seguirá rehabilitaciones con terapia física, de lenguaje y ocupacional debido a su patología, y control estricto". Se da de alta en esta fecha con Diagnósticos Principal de Epilepsia Focal y Relacionado de Secuelas de Encefalopatía Hipóxica. Se dan recomendaciones y signos de alarma y citas de control por Consulta Externa

 LUIS FERNANDO CHICA MORA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

de Neuropediatría y Pediatría (folio 265).

Atendido el 23 de noviembre de 2016 por Neuropediatría, por antecedente de Encefalopatía Hipóxico-isquémica y Regresión del Desarrollo. Se anota que el paciente era completamente normal hasta dos meses antes cuando presenta episodio de tos frecuente y pérdida del tono; se consideró Neumonía y se realizó intubación orotraqueal, posteriormente apnea con nueva reintubación y episodio de paro cardiorrespiratorio "por tres minutos". A los 8 días de la extubación, presenta "regresión de los hitos del desarrollo, no sostén cefálico, espasticidad, no lenguaje. Durante la hospitalización presentó convulsiones". Al examen físico se encontró un paciente irritable, con poco contacto visual, con pares craneales normales, con tendencia a la espasticidad de las cuatro extremidades con mayor compromiso de los dorsiflexores de los pies, con reflejos musculotendinosos ++++/++++ y clonus bilateral, sin lenguaje. Tratamiento en ese momento con Carbamazepina. Se hizo Diagnóstico Principal de Cuadriplejía Espástica y Diagnósticos Relacionados de Epilepsia Focal y de Parálisis Cerebral Espástica como secuelas en hipoxia cerebral postparo cardiorrespiratorio. Se solicitaron Potenciales Evocados y Resonancia Nuclear Magnética Cerebral Simple bajo anestesia sedación y se indicó evaluación por Fisiología, Pediatría, Nutrición y control a los dos meses por Neuropediatría. Ordenó terapias física, del lenguaje y ocupacional diarias por seis meses. (folios 108 y 109).

Reporte de la RNM Cerebral Simple, realizada en Cedica Ibague el 10 de diciembre del 2016, reporta en su "OPINIÓN: Cambios de encefalomalacia, gliosis córticosubcortical del parénquima cerebral, sobre la región lenticular por secuelas extensas de un evento hipóxicoisquémico. Retardo en el patrón de mielinización" (folio 110).

Control por Neuropediatría el 16 de febrero del 2017, por antecedente de hospitalización por un mes "por neumonía complicada con paro cardiorrespiratorio e hipoxia asociada, regresión del desarrollo, con convulsiones allí, por lo que estaba con Carbamazepina que los padres suspenden, no presenta nuevos episodios convulsivos. Está en terapias diarias. Ha mejorado el desarrollo, ya sostén cefálico, ya contacto visual, ya bisílabos. RNM Cerebral Simple con leucomalacia periventricular extensa, zonas hiperintensas posteriores y ventrículomegalia exvacuo. Al examen físico se encontró seguimiento visual parcial, seguimiento auditivo, realiza sostén cefálico, no rolados, no sedestación, no marcha, con tendencia a la espasticidad generalizada, Reflejos Musculotendinosos +++/++++. Con bisílabos". Se solicitó valoración por Fisiología, continuar terapias físicas, laboral y del lenguaje diarias por tres meses y se solicitaron electroencefalograma y potenciales evocados auditivos y visuales (folio 117).

OTROS RECURSOS UTILIZADOS

Revisión bibliográfica de artículos médicos específicos en internet relacionados con el caso: -

[https://portal.neuropediatriacolombia.com/wp-](https://portal.neuropediatriacolombia.com/wp-content/uploads/2017/03/laringotraqueobronquitis.pdf)

[content/uploads/2017/03/laringotraqueobronquitis.pdf](https://portal.neuropediatriacolombia.com/wp-content/uploads/2017/03/laringotraqueobronquitis.pdf) - [https://www.uninet.edu/tratado/c020206.](https://www.uninet.edu/tratado/c020206.html)

[html](https://www.uninet.edu/tratado/c020206.html) - [https://www.analesdepediatria.org/es-conceptos-prevencion-parada-cardiorrespiratoria-](https://www.analesdepediatria.org/es-conceptos-prevencion-parada-cardiorrespiratoria-ninos-articulo-13091483)

[ninos-articulo-13091483](https://www.analesdepediatria.org/es-conceptos-prevencion-parada-cardiorrespiratoria-ninos-articulo-13091483) - [http://www.anestesiarianimazione.com/2010/Intubaci%C3%B3n%](http://www.anestesiarianimazione.com/2010/Intubaci%C3%B3n%20y%20extubaci%C3%B3n%20endotraqueales.pdf)

[20y%20extubaci%C3%B3n%20endotraqueales.pdf](http://www.anestesiarianimazione.com/2010/Intubaci%C3%B3n%20y%20extubaci%C3%B3n%20endotraqueales.pdf) - [https://www.mayoclinic.org/es-](https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/hypoxemia/basics/definition/sym-20050930)

[es-es/symptoms/hypoxemia/basics/definition/sym-20050930](https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/hypoxemia/basics/definition/sym-20050930) - [https://www.mayoclinic.org/es-](https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/hypoxemia/basics/causes/sym-20050930)

[es-es/symptoms/hypoxemia/basics/causes/sym-20050930](https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/hypoxemia/basics/causes/sym-20050930) - [https://revistas.ces.edu.co/index.](https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/174)

[php/medicina/article/view/174](https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/174) - [https://portal.guiasalud.es/wp-](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_535_EHI_AQUAS_compl.pdf)

[content/uploads/2018/12/GPC_535_EHI_AQUAS_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_535_EHI_AQUAS_compl.pdf)

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

"La obstrucción de la vía aérea en forma aguda, adquirida es común en lactantes y niños. Las causas son numerosas pero predominan las causas infecciosas. El croup o laringotraqueobronquitis es un síndrome clínico agudo caracterizado por estridor inspiratorio, tos ronca o disfónica y signos de dificultad respiratoria secundarios a la obstrucción laríngea o traqueal... Se cree que es el resultado de una inflamación del tracto respiratorio superior incluyendo la laringe, tráquea, y bronquio, de aquí el término de "laringotraqueobronquitis" (LTB)... Actualmente el término se refiere a enfermedad inflamatoria subglótica, usualmente viral, siendo el virus parainfluenza 1 y 2 el agente más frecuentemente identificado en estos casos. La importancia clínica deriva del hecho que la obstrucción puede llevarse a cabo de una forma rápida y severa en algunos casos, y causar hipoxia y paro respiratorio en los niños... La mayoría de niños necesitan manejo sintomático, sin embargo un número significativo de casos necesitan un curso corto de esteroides sistémicos y un periodo de observación en el hospital... Croup se refiere al síndrome clínico de voz disfónica, tos seca y estridor inspiratorio. La causa más común de este complejo de síntomas es la laringotraqueobronquitis viral. Frecuentemente precedida de un episodio de coriza, rinorrea clara, y leve aumento de la temperatura. Algunos niños, especialmente mayorcitos con historia de atopia, tienen un cuadro no precedido de síntomas virales, y se les ha llamado como "croup espasmódico". Ambos son tratados similarmente haciendo énfasis que los síntomas y signos sean los mismos... La laringotraqueitis es una causa frecuente de obstrucción de la vía aérea superior en los niños, con una incidencia anual de 18 por 1000 niños menores de 6 años de edad y un pico de



[Handwritten signature]

LUIS FERNANDO CHICA MORA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

incidencia de 60 por 1000 niños de uno a dos años por año. Los hombres tienen una mayor incidencia que las mujeres... La obstrucción de la vía aérea superior es más frecuente en niños, especialmente en lactantes, debido a las características anatómicas de la vía aérea como son: • Su pequeño tamaño y escaso calibre • La presencia de tejido conectivo submucoso laxo • Rigidez relativa de la zona subglótica por la presencia del cartílago cricoides • La ubicación anterior de la laringe • La mayor verticalidad de la epiglotis y su cercanía a la parte posterior del paladar • Menor soporte cartilaginoso de la laringe.(9,10). El área subglótica es la parte más estrecha de la vía aérea en los niños, y es la parte más susceptible de sufrir obstrucción porque el cartílago cricoides impide su expansión, además la mucosa que lo cubre tiene un gran contenido de glándulas que pueden producir una obstrucción muy severa en caso de edema o inflamación. Esto significa que una disminución leve del diámetro de la vía aérea produzca un aumento importante de la resistencia al flujo aéreo produciendo los síntomas del croup... La agitación y el llanto tienden a agravar los síntomas... Se pueden presentar complicaciones en el 15% de los pacientes, como otitis media, deshidratación y ocasionalmente neumonía. La infección viral causa inflamación de la faringe, laringe, tráquea y bronquio, sin embargo el edema es específicamente de localización subglótica... El diagnóstico usualmente es sospechado en un niño previamente sano pero es importante descartar otras causas de obstrucción de la vía aérea superior... El diagnóstico diferencial incluiría inhalación de cuerpo extraño, traqueítis bacteriana, epiglotitis (cada vez menos frecuente desde la introducción de la vacuna anti Haemophilus influenza tipo B) y el absceso retrofaríngeo... La obstrucción de la vía aérea puede ser leve, moderada o severa. En este último grado "El niño se ve fatigado y exhausto, con marcada taquicardia y persistente irritabilidad, agitación, alteración del estado de conciencia, hipotonía, cianosis y palidez marcada como signos tardíos de obstrucción de la vía aérea que ponen en riesgo la vida. Este paciente debe administrársele oxígeno con máscara facial a altas concentraciones, adrenalina nebulizada mientras se prepara para la intubación traqueal. Los esteroides sistémicos deben administrarse si no se ha hecho". Las indicaciones para hospitalización son las siguientes: • Sospecha de epiglotitis • Cianosis • Alteraciones del estado de conciencia • Hipoxemia • Palidez • Estridor progresivo o en reposo • Tirajes • Incapacidad para beber • Apariencia tóxica del niño • Agitación o irritabilidad • Ansiedad paterna extrema • Dificil acceso al centro de atención • Diagnóstico etiológico no claro • Presencia de factores de riesgo...". El objetivo del tratamiento es "el mantenimiento de la vía aérea. Este incluye: humidificación del aire, oxigenoterapia, corticoesteroides, adrenalina". La Oxigenoterapia es "el tratamiento inicial y más importante, antes del manejo farmacológico, especialmente en los niños con croup moderado a severo quienes tienen una obstrucción considerable de la vía aérea con desaturación de oxígeno (Menos de 90%). Se debe administrar la fracción inspirada de oxígeno suficiente para lograr una buena saturación controlado con oximetría de pulso...". (<https://portal.neumopediatricolombia.com/wp-content/uploads/2017/03/laringotraqueobronquitis.pdf>).



En una Falla Respiratoria Aguda puede presentarse una hipoxemia y una hipercapnia (aumento de niveles de CO₂). "La hipoxemia es peligrosa por ocasionar déficit de entrega de oxígeno a los tejidos, aunque no todos los tejidos muestran igual vulnerabilidad a la hipoxia. El cese de la irrigación sanguínea a la corteza cerebral ocasiona pérdida de su función en 4-6 segundos, pérdida de conciencia en 10-20 segundos, y cambios irreversibles en 3 a 5 minutos. También el miocardio es muy sensible a la hipoxia hística... La hipoxemia de grado moderado produce escasos efectos fisiológicos. Según donde se encuentre la curva de disociación de la hemoglobina, con una saturación de O₂ del 90% la PaO₂ (Presión arterial de Oxígeno – fuera de texto) es de 60 mmHg. Con estas cifras sólo encontraremos un cierto menoscabo cognitivo y de la agudeza visual, y una moderada hiperventilación. Cuando la PaO₂ desciende por debajo de 50 mmHg, el sistema nervioso central es especialmente vulnerable, produciéndose jaqueca, somnolencia u obnubilación. Con un nivel más crítico pueden aparecer convulsiones, hemorragias retinianas y daño cerebral más o menos permanente...". (<https://www.uninet.edu/tratado/c020206.html>).

"En reanimación cardiopulmonar se dividen las edades pediátricas en recién nacido (período inmediato tras el nacimiento), lactante (tras el período inmediato al nacimiento hasta los 12 meses) y niño (entre 1 año y el comienzo de la pubertad). La parada respiratoria o apnea se define como el cese de la respiración espontánea (apnea) o una insuficiencia respiratoria tan grave (respiración agónica) que requiere la asistencia respiratoria inmediata mediante ventilación boca a boca o con bolsa de ventilación. La parada cardíaca se define como el cese de la actividad mecánica del corazón, evaluada por la imposibilidad de palpar pulso arterial central, o por la ausencia de signos vitales (respiración, tos o movimientos), o un pulso menor de 60 lat./min en niños inconscientes sin respiración espontánea y con signos de mala perfusión. Tras la reanimación se define la recuperación de la circulación espontánea como la reaparición y mantenimiento de pulso arterial central palpable o de signos vitales en un paciente que estaba en parada cardiorrespiratoria. Se considera que la recuperación de la circulación es mantenida cuando perdura al menos durante 20 min. Los accidentes, el síndrome

Handwritten signature

LUIS FERNANDO CHICA MORA

de muerte súbita del lactante y las enfermedades respiratorias son las causas más frecuentes de parada cardiorrespiratoria en niños... Parada cardiorrespiratoria (PCR): se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. A consecuencia de ello se interrumpe el transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales, principalmente, al cerebro. Ya que toda parada cardíaca se acompaña siempre de parada respiratoria, las expresiones parada cardíaca y parada cardiorrespiratoria pueden utilizarse indistintamente... - Resucitación cardiopulmonar: es el conjunto de maniobras que tienen como objetivo revertir el estado de PCR, sustituyendo primero, para intentar restaurar después, la respiración y la circulación espontáneas... las maniobras no terminan con la simple recuperación del latido y la respiración, sino que deben continuarse hasta la recuperación del resto de las funciones orgánicas. La RCP se subdivide en reanimación básica y avanzada. Reanimación cardiopulmonar básica (RCPB) (también denominado soporte vital básico): es el conjunto de maniobras que permiten identificar a las víctimas de una PCR, alertar los sistemas de emergencias médicas y sustituir las funciones respiratoria y circulatoria, hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más cualificado. La RCPB no precisa ningún tipo de material específico... Reanimación cardiopulmonar avanzada (RCPA): es el conjunto de maniobras y técnicas dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo de la PCR, optimizando la sustitución de las funciones respiratoria y circulatoria. Esto incluye: el manejo de la vía aérea, la ventilación con oxígeno, la consecución de un acceso vascular, la administración de fármacos, el diagnóstico y tratamiento de las arritmias y, por último, la estabilización, el transporte y la recuperación de las lesiones secundarias a la hipoxia/isquemia. - Capacidad funcional cerebral pediátrica (CFCP): es una escala que valora el estado neurológico del paciente. Sirve para evaluar la repercusión neurológica secundaria a la PCR, comparando el estado previo del paciente con respecto a la situación al ingreso, al alta del hospital y un año después. Los esfuerzos de la resucitación no deben de ser valorados únicamente por la recuperación de la circulación o por la supervivencia del paciente, sino por la integridad de su capacidad funcional cerebral. La puntuación de la escala de la CFCP es: I. Normal. El niño tiene una capacidad funcional cerebral normal para su edad (en la edad preescolar presenta un desarrollo psicomotor apropiado y en la edad escolar asiste regularmente a clase). Puede tener secuelas neurológicas o psicológicas menores (leve disfasia, hemiparesia no incapacitante, a alteración leve de pares craneales). II. Alteración cerebral ligera. El niño mantiene una capacidad de actuar a un nivel adecuado para su edad. Leve alteración del desarrollo intelectual. El niño preescolar puede tener un ligero retraso en el desarrollo psicomotor, pero más del 75 % de su actividad diaria está por encima del percentil 10. En la edad escolar, el niño asiste regularmente a clase, pero sigue cursos inferiores para su edad como consecuencia de sus dificultades cognoscitivas. Puede tener déficit neurológico focal (p. ej., convulsiones). III. Alteración cerebral moderada. El niño está consciente. La alteración neurológica no está controlada pero limita severamente sus actividades. La función cerebral es suficiente para realizar las actividades de la vida diaria cotidiana (vestirse, viajar en transporte público, preparar comida) e ir al colegio pero requiere ayuda especial. La mayoría de las actividades de la edad preescolar están por debajo del percentil 10. Puede tener hemiplejía, convulsiones, ataxia, disartria, o alteraciones mentales y de memoria permanentes. IV. Alteración cerebral grave. El niño está consciente, pero presenta alteraciones graves de la memoria, parálisis o es capaz de comunicarse sólo con los ojos. Presenta movimientos anormales (descerebración, decorticación, movimientos involuntarios o incoordinados). Hay incapacidad de escolarización y es dependiente de otros para las actividades de la vida cotidiana debido a las alteraciones cerebrales. El niño en edad preescolar tiene unas actividades vitales diarias por debajo del percentil 10. V. Coma o estado vegetativo. El niño está inconsciente. No conoce y no tiene contacto verbal ni psicológico con el ambiente. VI. Muerte... Aunque la mortalidad de la PCR en la infancia es muy elevada, un importante porcentaje de los supervivientes logran una buena recuperación neurológica y funcional. Es muy importante valorar cuál es el estado de la víctima antes de la PCR, ya que los resultados posreanimación pueden estar enmascarados por discapacidades previas. Para evaluar las secuelas secundarias a la PCR es conveniente analizar las causas del deterioro funcional como: a) secundario a la agresión que dio lugar a la PCR; b) secundario a las complicaciones directamente relacionadas con la causa de la PCR o con la RCP, y c) causado por problemas no relacionados con el desencadenante de la PCR... Las causas de PCR en la infancia pueden clasificarse en dos categorías: 1. Las que afectan a niños sanos: a) El síndrome de la muerte súbita en los menores de un año. b) Los accidentes en los mayores de un año. 2. Las que afectan a niños con enfermedades: a) Enfermedades respiratorias. b) Enfermedades circulatorias. c) Enfermedades que afectan a la respiración y la circulación... a diferencia de lo que ocurre en los adultos, muchas de las PCR en la edad pediátrica no se producen de forma súbita. Los niños con enfermedades presentan un deterioro progresivo de la función cardiopulmonar, siendo la PCR el suceso terminal de este proceso. Las enfermedades respiratorias son las más frecuentes, seguidas de las cardíacas, las de origen neurológico y las

**LUIS FERNANDO CHICA MORA**

sepsis. Las causas respiratorias que con mayor frecuencia producen PCR en los niños son: obstrucciones anatómicas, inflamatorias o infecciosas de las vías aéreas; neumonías; o accidentes (aspiración de cuerpo extraño, inhalación de gas, ahogamiento, traumatismo torácico, etc.)... Las alteraciones neurológicas (traumatismos craneoencefálicos, intoxicaciones, meningoencefalitis, convulsiones, tumores cerebrales) producen depresión del ritmo respiratorio y PCR secundaria. El pronóstico de la PCR en pediatría es malo. El porcentaje de niños que sobreviven a una PCR es muy variable, desde el 0 al 23 %. Los factores más importantes que determinan la supervivencia y calidad de vida tras una PCR son: el estado clínico previo del paciente; la causa y mecanismo que la desencadenó; el tiempo transcurrido hasta que se iniciaron las maniobras de RCPB y RCPA; y sobre todo la duración y calidad de las maniobras de reanimación y los cuidados intensivos posreanimación...". (<https://www.analesdepediatría.org/es-conceptos-prevencion-parada-cardiorrespiratoria-ninos-articulo-13091483>).



"La intubación y la extubación endotraqueales generan siempre un desafío... por ser los períodos más críticos de aparición de posibles complicaciones. La vía aérea constituye una de las partes fundamentales del pulmón y está formada por siete conductos, a través de los cuales el aire entra desde el exterior hasta los sacos alveolares en los que se establece el intercambio gaseoso con la sangre. Está formada por: la tráquea, los bronquios principales, los bronquios segmentarios, los bronquiolos y los conductos alveolares en los que se establece el intercambio gaseoso con la sangre...". La Intubación Endotraqueal es una técnica que "...se debe realizar siempre que se anticipe algún problema para conservar la permeabilidad de las vías respiratorias, se puede hacer de forma electiva o de urgencia y por vías orotraqueal, nasotraqueal o por traqueotomía...

Indicaciones 1. Permeabilidad de la vía aérea. 2. Asegurar ventilación y oxigenación. 3. Proteger la vía aérea de la aspiración del contenido gástrico, sangre o pus (ausencia de reflejos protectores de la deglución). 4. Ayuda en la "limpieza pulmonar". 5. Ventilación electiva como por ejemplo en los enfermos con edema cerebral (hiperventilación). 6. En las operaciones que requieran anestesia general. 7. Para asegurar vía aérea cuando se vayan a adoptar malas posturas como la posición en decúbito prono o una posición sentada. 8. En operaciones de cabeza, cuello, boca y faringe.

Indicaciones de una intubación de urgencia Criterios clínicos 1. Apnea, disnea o taquipnea. 2. Cianosis. 3. Retracciones graves. 4. Taquicardia. 5. Arritmias... Vía orotraqueal Solo se usará cuando se prevé que la intubación durará menos de 48 h.

Ventajas • Es la preferida en situaciones de urgencia. • La técnica es de más fácil realización. • Permite el uso de tubos de mayor calibre. • Permite un acceso más fácil a los pulmones.

Desventajas • Gran movilidad del tubo con peligro de lesión del paladar duro y mayor riesgo de laringitis traumática. • Mayor riesgo de extubación accidental. • Mayores molestias en pacientes conscientes. • Los pacientes pueden morder el tubo. • Hace más difícil la higiene bucal...

La imposibilidad de la intubación en 30 segundos, la aparición de hipoxia o bradicardia obligan a la suspensión de la tentativa, haciéndose necesario ventilar y oxigenar con máscara manualmente hasta mejorar las condiciones clínicas del paciente y volver a realizar el intento. El procedimiento en un paciente críticamente enfermo o en paro cardiorrespiratorio es totalmente diferente, ya que pueden estar hipóxicos, hipercápnicos o ambos, por lo que se necesita de mucha rapidez y del personal de mayor adiestramiento y calificación en la técnica para con ello minimizar las complicaciones que de esto se derive. Para estos casos está descrita la técnica de secuencia rápida de intubación (SRI) que es el procedimiento de elección para tener acceso y control inmediato de la vía aérea en la mayoría de las situaciones de emergencia, teniendo un mínimo de riesgo... La secuencia rápida de intubación difiere de la intubación inmediata en que esta última se realiza sin preoxigenación, sin premedicación y sin inducción, ya que está indicada en pacientes agonizantes, con parada cardíaca o respiratoria inminentes o en coma profundo con abolición de reflejos de la vía aérea...

Complicaciones de la intubación Las complicaciones de la intubación traqueal son ligeramente más frecuentes en el niño que en el adulto y se dividen en precoces y tardías. Precoces • Avulsión de dientes. • Hemorragia nasal. • Perforación o laceración de la faringe, la laringe y el esófago (formación de absceso, enfisema subcutáneo y mediastinitis). • Hematoma de las cuerdas vocales y luxación-dislocación del cartilago aritenoides. • Aspiración pulmonar. • Intubación bronquial o esofágica. • Arritmia cardíaca. • Edema, ulceración y estenosis traqueal. • Laringospasmo y broncospasmo. • Alimentación inadecuada. • Dificultades de comunicaciones. Tardías • Inflamación mandibular. • Inflamación de orofaringe, disfagia. • Parálisis de lengua y cuerdas vocales. • Lesión nervio lingual o hipogloso. • Ulceración de los labios, la boca y la faringe. • Laringitis, sinusitis, infección respiratoria. • Estenosis de la narina. • Edema laríngeo. • Ulceración laríngea. • Granuloma o pólipos laríngeos. • Sinequia de las cuerdas vocales. • Membranas laringotraqueales. • Pericondritis o condritis laríngeas. • Estenosis traqueal... Extubación endotraqueal

La evaluación de los riesgos potenciales de cualquier procedimiento nos permite anticiparnos a las complicaciones y evitarlas. No existen secuencias ordenadas de procedimientos diseñados


LUIS FERNANDO CHICA MORA

para la extubación, sin embargo hay gran cantidad de pacientes que sufren morbilidad y mortalidad asociada directamente a este período...

La extubación conforma una etapa muy importante en la recuperación del paciente pediátrico. Está íntimamente relacionada con la administración de los agentes anestésicos, la edad del paciente, el calibre del tubo endotraqueal, las infecciones respiratorias, el plan anestésico y el estado de conciencia. Podemos desarrollar una estrategia de extubación que consiste en permitir el aporte e intercambio de O₂, mantener permeable y proteger la vía aérea, aun cuando la extubación haya sido fallida. La mayoría de los autores prefieren la extubación con el paciente despierto, sobre todo en los menores de tres años. En niños mayores de tres años que no presentaron dificultades en la intubación y sin riesgos de regurgitación y vómitos, se prefiere la extubación con el paciente dormido, ya que estos niños completaron el descenso de las estructuras laríngeas y la lengua es de menor tamaño relativo. En cualquier caso, para realizar una extubación con el paciente dormido se deben cumplir algunas condiciones y en especial la reversión completa del bloqueo neuromuscular. Además, debemos contar con una sala de recuperación con personal altamente capacitado y adiestrado para el caso de una reintubación urgente...



Complicaciones asociadas a la extubación La morbilidad asociada a la extubación puede relacionarse con las características fisiopatológicas del paciente, las condiciones anestésicas, la intubación endotraqueal y la cirugía. Estas complicaciones pueden presentarse en cualquier anestesia que requiere intubación traqueal independientemente de existir riesgos aumentados para la extubación. Las condiciones en las que se desarrolla la extubación pueden poner en riesgo el procedimiento quirúrgico y hasta la vida del paciente. Es importante enfatizar que no se ha manejado satisfactoriamente la vía aérea hasta que el paciente ha sido extubado de manera segura y pueda mantener la ventilación por sus propios medios. 1. Hipoventilación. 2. Laringospasmo. 3. Broncospasmo. 4. Traumas laríngeo y traqueal. 5. Edema subglótico posextubación (ESPE). 6. Epistaxis. 7. Tos, mordedura del tubo. 8. Aumento de la presión intraocular e intracraneal. 9. Hipertensión. 10. Taquiarritmias y bradiarritmias. 11. Obstrucción del tubo. 12. Dificultad para movilizar el tubo. 13. Obstrucción ventilatoria. 14. Parálisis de cuerdas vocales. 15. Incompetencia glótica. 16. Colapso traqueal. 17. Edema agudo del pulmón. 18. Broncoaspiración...". (<http://www.anestesiarianimazione.com/2010/Intubaci%C3%B3n%20y%20extubaci%C3%B3n%20endotraqueales.pdf>).

"La hipoxemia es un nivel de oxígeno en sangre inferior al normal, específicamente en las arterias. La hipoxemia es signo de un problema relacionado con la respiración o la circulación, y puede provocar diversos síntomas, como dificultad para respirar. Para evaluar la presencia de hipoxemia, se mide el nivel de oxígeno en una muestra de sangre extraída de una arteria (gasometría arterial). También se puede determinar su presencia midiendo la saturación de oxígeno en sangre por medio de un pulsioxímetro (un dispositivo pequeño que se coloca en un dedo). El nivel de oxígeno en sangre normal es de 75 a 100 milímetros de mercurio (mm Hg). Los valores inferiores a 60 mm Hg generalmente indican la necesidad de oxígeno complementario. Los valores normales arrojados por un pulsioxímetro suelen oscilar entre 95 y 100 por ciento. Los valores inferiores a 90 por ciento se consideran bajos. (<https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/hypoxemia/basics/definition/sym-20050930>).

Causas Se necesitan distintos factores para suministrar oxígeno en forma continua a las células y los tejidos del cuerpo: - Debe haber suficiente oxígeno en el aire cuando respiras - Los pulmones deben ser capaces de inhalar el aire que contiene oxígeno y exhalar dióxido de carbono - El torrente sanguíneo debe ser capaz de hacer circular la sangre a los pulmones, tomar el oxígeno y transportarlo por todo el cuerpo Un problema con cualquiera de estos factores (por ejemplo, altitud elevada, asma o enfermedad cardíaca) podría resultar en hipoxemia, especialmente en condiciones más extremas, como ejercicio o enfermedad. Cuando el oxígeno en la sangre cae por debajo de cierto nivel, podrías experimentar dificultad para respirar, dolor de cabeza y confusión o agitación. Las causas frecuentes de la hipoxemia comprenden las siguientes: - Anemia - Síndrome de dificultad respiratoria aguda (síndrome de dificultad respiratoria aguda) - Asma - Defectos cardíacos congénitos en niños... - Enfermedad pulmonar intersticial - Medicamentos, como determinados narcóticos y anestésicos, que debilitan la respiración - Neumonía - Neumotórax (colapso pulmonar) - Edema pulmonar (exceso de líquido en los pulmones) - Embolia pulmonar (coágulo de sangre en una arteria del pulmón) - Fibrosis pulmonar (pulmones cicatrizados y dañados) - Apnea del sueño". (<https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/hypoxemia/basics/causes/sym-20050930>).

"La encefalopatía hipóxico isquémica es la lesión del sistema nervioso central (SNC) que tiene como causa el aporte insuficiente de oxígeno (O₂) y sangre en el cerebro. En sentido estricto, la anoxia es la ausencia del suministro del O₂ sin intercambio gaseoso, y la hipoxia es la disminución de O₂ y de intercambio gaseoso. La isquemia es la disminución no sólo del O₂, sino de todo el flujo sanguíneo. Una forma frecuente de presentación es por combinación de ambos procesos patológicos como sucede en la hipotensión arterial sostenida o en el paro cardíaco. La hipoxia sin isquemia resulta de enfermedades pulmonares, insuficiencia cardíaca o

Handwritten signature

LUIS FERNANDO CHICA MORA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

anemia severa. La encefalopatía hipóxico isquémica tiene diferente fisiopatología en la vida intrauterina y neonatal y en niños mayores, adolescentes y adultos...

• ENCEFALOPATÍA ISQUÉMICA EN EL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO

Mecanismo fisiopatológico La encefalopatía hipóxico isquémica en el niño, el adolescente y el adulto, tiene mecanismos fisiopatológicos y muchas características semejantes, pero con algunas diferencias en el niño. En el cerebro ya formado y en el adulto, el 2% del peso corporal corresponde al sistema nervioso central; en reposo el cerebro consume la sexta parte del gasto cardíaco y el 20 % del oxígeno. La hipoxia caracterizada por la disminución del suministro de oxígeno pero con flujo sanguíneo preservado, es relativamente bien tolerada por las neuronas adultas puesto que tienen alguna capacidad de respiración anaeróbica (sin oxígeno)... La isquemia es la reducción marcada o desaparición del flujo sanguíneo; cuando se presenta disminución en el territorio de un solo vaso suele producirse el cuadro clínico de isquemia cerebral transitoria, que es reversible; cuando la obstrucción es total se produce un infarto que afecta la zona cerebral que irrigaba ese vaso. Cuando la isquemia es global y sostenida, se produce un daño neurológico conocido como encefalopatía isquémica o encefalopatía hipóxicoisquémica. El cerebro maduro tolera muy mal la falta total de sangre; isquemias totales de más de tres minutos suelen producir daño neurológico que progresa en muy pocos minutos si no se restablece el flujo sanguíneo... Si no se produce la muerte, sobreviene una atrofia cerebral, con hidrocefalia bilateral y simétrica con cuadros clínicos muy severos que varían desde alteraciones de la memoria, del comportamiento, demencia, espasticidad (rigidez muscular), hasta rigidez de descerebración. Estos cuadros no son reversibles; se conserva la respiración espontánea y los movimientos cardíacos, porque el tallo encefálico no se afecta, y ello es lo que lo diferencia de la muerte cerebral. Las causas más frecuente de encefalopatía hipóxico isquémica en el niño, en el adolescente y en el adulto son el paro cardíaco o asistolia, la hipotensión arterial severa y prolongada y la anoxia total por paro respiratorio. El mecanismo fisiopatológico en el niño puede ser por obstrucción de laringe o tráquea por cuerpos extraños, síndromes de muerte súbita del lactante o por causas accidentales como en la sumersión; en esta última causa la resucitación cardiopulmonar inmediata por alguna persona que esté presente, ha permitido la recuperación sin daño neurológico en número importante de víctimas. Las lesiones accidentales por corriente eléctrica también pueden generar paro cardíaco, tanto en niños como en adultos... Cuando el paro cardíaco es advertido de manera oportuna, las maniobras de resucitación tienen éxito en el 60 % de los casos sin ninguna complicación neurológica... En los casos accidentales en niños, las maniobras de resucitación en el lugar del hecho, ojalá por personas entrenadas en reanimación, mejoran el pronóstico; si se logra el ingreso vivo a un centro de urgencias es importante que de manera simultánea con las maniobras de resucitación se haga una rápida valoración neurológica. En casos de hipotensión arterial prolongada, debe haber una evaluación que permita aclarar la causa del colapso cardiovascular para que pueda establecerse un tratamiento causal y sintomático. En muchas oportunidades la hipotensión y el colapso en tan severo que no obstante las medidas adecuadas, puede presentarse daño cerebral... (<https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/174>) / (https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_535_EHI_AQUAS_compl.pdf).

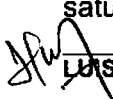


EXAMEN CLÍNICO FORENSE ACTUAL

No disponible.

RESUMEN DEL CASO

MARLON ANDRÉS VARGAS CUÉLLAR es un menor de edad de casi dos años, quien es llevado al Servicio de Urgencias el 30 de septiembre del 2016 "porque se tragó un juguete y se puso morado", con aparición de cianosis, somnolencia y estridor laríngeo, encontrándose al examen físico un paciente hipoactivo e hiporeactivo, con dificultad respiratoria y estridor laríngeo. Se sospecha presencia de cuerpo extraño en vía aérea, por lo que se realizan maniobras para expulsión del cuerpo extraño sin éxito, pues persiste estridor laríngeo y compromiso del sensorio además de desaturación de oxígeno hasta 90%. Se realiza laringoscopia directa sin observarse presencia de cuerpo extraño; se aplica adrenalina, se realiza micronebulización y se administra oxígeno; se toma radiografía de tórax que no muestra cuerpo extraño. Se decide remitir de urgencia a centro de mayor nivel por alto riesgo de falla respiratoria. Ingresa en la misma fecha al Servicio de Urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta, en remisión desde el Hospital San Francisco, porque "no puede respirar". Se refiere cuadro clínico de aproximadamente una hora de evolución (Hora del Evento "21:45") y de inicio súbito de dificultad respiratoria progresiva con estridor laríngeo, al parecer secundario a obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, el cual no se ha logrado extraer ni se observó durante laringoscopia y sin mejoría con el tratamiento farmacológico administrado en el Hospital de donde es remitido. Al examen físico de ingreso, paciente con taquicardia; polipnéico, con saturación de oxígeno en 96%, en aparentes malas condiciones generales, con signos de

 LUIS FERNANDO CHICA MORA

Se hace Impresión Diagnóstica de Insuficiencia Respiratoria Aguda y de Cuerpo Extraño en la Vía Aérea?. Se establece "paciente en falla ventilatoria. Se realiza intubación orotraqueal, durante la que se observa edema de vía aérea con secreción (por laringoscopia); se administra sedoanalgesia y se hace remisión a UCI pediátrica". Ingres a la UCI Pediátrica en aparentes malas condiciones generales, pálido, con intubación orotraqueal y sonda nasogástrica; con saturación de oxígeno del 99% con ambú y presión positiva, taquicárdico, sin fiebre y con examen cardiopulmonar normal, sin déficit neurológico aparente aunque se encuentra sedado. El paciente se mantiene en condiciones críticas durante la noche, con tendencia a la hipotensión y la bradicardia. Se consideran como diagnósticos de ingreso, falla ventilatoria aguda y "posible cuerpo extraño en vía aérea superior vs laringotraqueitis aguda severa", con requerimiento de monitoría en Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. Se toma TAC de Tórax que informa foco neumónico basal derecho, no se ve cuerpo extraño. Se continúa manejo de vía aérea, ventilación asistida y tratamiento antibiótico. En nota de control en la Unidad de Cuidados Intensivos, se registra que "según la madre el niño se encontraba jugando en el cuarto junto a ella y súbitamente inicia con tos y dificultad para respirar, la madre refiere que lo notó ahogado y con cianosis por lo que ella metió los dedos a la boca intentando sacar algo que hubiese podido comer, el niño es llevado a urgencias donde llega en falla respiratoria, por lo que se realiza intubación orotraqueal. La evolución clínica es estable, con tendencia a la mejoría lenta; se programa destete ventilatorio a tolerancia, llegando hasta la extubación programada y según protocolo, con buena tolerancia, con buen patrón respiratorio y oxigenación, sin embargo, aproximadamente media hora después, presenta apnea y saturación de oxígeno del 38%, sin respuesta a estímulos, por lo que se apoya con ventilación con presión positiva sin recuperación de la ventilación espontánea, por lo que debe realizarse nueva intubación orotraqueal. El 03 de octubre durante la mañana, presenta paro cardiorrespiratorio, sin pulsos, por lo cual es reanimado durante 3 minutos con Reanimación Cardiopulmonar exitosa. El mismo día se realiza fibrobroncoscopia sin complicaciones, encontrando moderada endotraqueobronquitis, secreción purulenta de lóbulo inferior derecho, escasa y no se encuentra cuerpo extraño. El paciente continúa en regulares condiciones generales, estable, se intenta destete de ventilación con presión soporte, sin embargo no se acopla a la misma, realiza episodio de apnea prolongada por lo cual se continúa ventilación mecánica. Neumonía atípica derecha con evolución clínica favorable pese a destete lento de ventilación mecánica; se continúa manejo médico y monitoreo en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. El 07 de octubre durante revista médica presenta episodio convulsivo, el cual se controla, con función motora de decorticación; se solicita TAC Cerebral contrastado que muestra lesión hipointensa temporo-occipital derecha en relación a posible evento isquémico con intensidad importante de meninges, alta sospecha de encefalitis. Se hace análisis retrospectivo por Pediatra tratante, quien sospecha que "el niño convulsionó inicialmente, luego broncoaspiró, presentó falla ventilatoria y es el cuadro actual con su evolución ahora más clara". Se realiza extubación electiva, la cual es exitosa. El 09 de octubre se encuentra un paciente hipoactivo, hiporeactivo, tolerando extubación de 24 horas; presenta un episodio de convulsión focalizada en la mañana de corta duración. El paciente persiste con Síndrome de Dificultad Respiratoria leve que no ha empeorado, manteniendo saturaciones adecuadas, con mínimo contacto con el medio, con espasticidad muscular a la estimulación, con evolución clínica estacionaria con tendencia a la mejoría, con hipertonicidad generalizada secuelar neurológico, sin nuevos episodios convulsivos. Por evolución hacia la mejoría, se traslada al Servicio de Pediatría el 12 de octubre para continuar tratamiento y estudios. Se continúa igual tratamiento y sigue pendiente la realización de RNM Cerebral y de Electroencefalograma. Se hacen Diagnósticos Principal de Estatus Epiléptico y Relacionados de Neumonía Aspirativa Tratada; Epilepsia Focal Sintomática; Secuelas de Encefalopatía Hipóxica; Lesión Isquémica Temporo-occipital Derecha y Encefalitis. Evolución con mejoría de la cuadriparesia espástica, sin sobreagregados pulmonares y mejoría progresiva de la succión. Reporte de Electroencefalograma realizado al paciente el 19 de octubre de 2016 informa en su "Conclusión: Trazado anormal por lentificación difusa en paciente consciente y actividad epiléptica focal. El 21 de octubre se indican rehabilitaciones con terapia física, de lenguaje y ocupacional debido a su patología, y control estricto. Se da de alta en esta fecha con Diagnósticos Principal de Epilepsia Focal y Relacionado de Secuelas de Encefalopatía Hipóxica. Se dan recomendaciones y signos de alarma y citas de control por Consulta Externa de Neuropediatría y Pediatría. Control el 23 de noviembre de 2016 por Consulta Externa de Neuropediatría, por antecedente de Encefalopatía Hipóxico-isquémica y Regresión del Desarrollo. Se anota que el paciente era completamente normal hasta dos meses antes cuando presenta episodio de tos frecuente y pérdida del tono; se consideró Neumonía y se realizó intubación orotraqueal, posteriormente apnea con nueva reintubación y episodio de paro cardiorrespiratorio "por tres minutos". A los 8 días de la extubación, presenta "regresión de los hitos del desarrollo, no sostén cefálico, espasticidad, no



[Handwritten signature]

LUIS FERNANDO CHICA MORA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

lenguaje. Durante la hospitalización presentó convulsiones". Al examen físico se encontró un paciente irritable, con poco contacto visual, con pares craneales normales, con tendencia a la espasticidad de las cuatro extremidades con mayor compromiso de los dorsiflexores de los pies, con reflejos musculotendinosos ++++/++++ y clonus bilateral, sin lenguaje. Tratamiento en ese momento con Carbamazepina. Se hizo Diagnóstico Principal de Cuadriplejía Espástica y Diagnósticos Relacionados de Epilepsia Focal y de Parálisis Cerebral Espástica como secuelas en hipoxia cerebral postparo cardiorrespiratorio. Se solicitaron Potenciales Evocados y Resonancia Nuclear Magnética Cerebral Simple bajo anestesia sedación y se indicó evaluación por Fisiatría, Pediatría, Nutrición y control a los dos meses por Neuropediatría. Ordenó terapias física, del lenguaje y ocupacional diarias por seis meses. Reporte de la RNM Cerebral Simple realizada el 10 de diciembre del 2016, reporta en su "OPINIÓN: Cambios de encefalomalacia, gliosis córticosubcortical del parénquima cerebral, sobre la región lenticular por secuelas extensas de un evento hipóxicoisquémico. Retardo en el patrón de mielinización". Nuevo control por Neuropediatría el 16 de febrero del 2017, por antecedente de hospitalización por un mes "por neumonía complicada con paro cardiorrespiratorio e hipoxia asociada, regresión del desarrollo, con convulsiones allí, por lo que estaba con Carbamazepina que los padres suspenden, no presenta nuevos episodios convulsivos. Está en terapias diarias, con mejoría del desarrollo, ya sostén cefálico, ya contacto visual, ya bisílabos. RNM Cerebral Simple con leucomalacia periventricular extensa, zonas hiperintensas posteriores y ventriculomegalia exvacuo. Al examen físico se encontró seguimiento visual parcial, seguimiento auditivo, realiza sostén cefálico, no rolados, no sedestación, no marcha, con tendencia a la espasticidad generalizada, Reflejos Musculotendinosos +++/++++. Con bisílabos". Se solicitó valoración por Fisiatría, continuar terapias físicas, laboral y del lenguaje diarias por tres meses y se solicitaron electroencefalograma y potenciales evocados auditivos y visuales.



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

Se verifica que en general se cumplió con el proceso y procedimientos necesarios en la atención del menor en sus diferentes momentos. Al llegar el menor inicialmente al Servicio de Urgencias, se detectó rápidamente la condición de dificultad respiratoria, con inminencia de falla ventilatoria, que obligó a la oxigenación y posteriormente intubación orotraqueal y remisión a un centro de mayor nivel para manejo especializado y en un Servicio de Cuidados Intensivos. En este último se siguieron los protocolos recomendados para la atención de la vía aérea en caso de Síndrome de Dificultad Respiratoria, buscando la causa de la misma, procurando una oxigenación adecuada y un seguimiento y control de la intubación, con el criterio de retiro temprano para evitar complicaciones por la misma. Al presentarse los episodios convulsivos, que fueron presenciados por el personal de salud tratante, se inició tratamiento farmacológico para su control. Posteriormente y en la evolución progresiva hacia la mejoría del cuadro respiratorio, se fueron retirando paulatinamente los apoyos farmacológicos y respiratorios para permitir la actividad fisiológica propia del paciente y su recuperación, observándose durante dicha recuperación, la presentación de secuelas neurológicas relacionadas con hipoxemia, como complicación del proceso patológico y de la atención recibida, para los que se recomendaron y realizaron diferentes estrategias de rehabilitación, con recuperación inicial progresiva del paciente pero sin conocerse datos del resultado a la fecha.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se trata de un menor de edad de casi dos años, de sexo masculino, con un episodio súbito de dificultad respiratoria presenciada por su mamá y en contexto de una aparente ingestión de un cuerpo extraño mientras jugaba cerca de ella. No se complementa la información sin embargo con datos sobre el tipo de juguetes con los que jugaba el menor, el resultado de las maniobras de la madre para extraer el presunto cuerpo extraño, cuántas veces y que tan "profunda" fue la maniobra manual de la mamá en la vía aérea del menor para extraer ese posible cuerpo extraño y, muy importante, cuanto tiempo transcurrió desde el inicio del cuadro clínico hasta la atención médica en el Servicio de Urgencias, la que al parecer fue al menos de quince (15) minutos. Esto por cuanto permitiría determinar la probabilidad del compromiso neurológico del menor derivado de la hipoxemia, previo a la atención y manejo de la vía aérea en el Servicio de Urgencias, adonde según se anota contradictoriamente en la Historia Clínica de Ingreso y desde el punto de vista neurológico, el paciente ingresa a triage y se atiende 10 minutos después del ingreso (a las 22:36 horas), encontrándose al examen físico un paciente hipoactivo e hiporeactivo, con dificultad respiratoria y estridor laríngeo, somnoliento, con examen neurológico sin signos de déficit sensitivo ni motor aparente; se realizan maniobras para expulsión del cuerpo extraño sin éxito, pues persiste estridor laríngeo y compromiso del sensorio además de desaturación de oxígeno hasta 90%. Por evidencia de falla ventilatoria inminente, se realiza intubación del paciente y oxigenación adecuada para mejorar la saturación de oxígeno, lográndose el objetivo y manteniendo al paciente bajo sedación, que

HPV

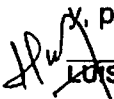
LUIS FERNANDO CHICA MORA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

limita la evaluación neurológica y/o los hallazgos de déficits neurológicos presentes. Se confirma por radiografía de tórax y TAC la presencia de neumonía basal derecha y se descarta o no se observa la presencia de cuerpo extraño. Considerando el cuadro clínico del paciente, se hace Impresión Diagnóstica de Laringotraqueitis Aguda severa. Siguiendo el protocolo de intubación orotraqueal, el 02 de octubre se indica destete ventilatorio a tolerancia y a las 22:30 horas se efectúa extubación programada con buena tolerancia, con buen patrón respiratorio y oxigenación, sin embargo, media hora después presenta apnea, de la cual no se registra su duración; se aplica ventilación con presión positiva sin retorno a ventilación espontánea, por lo que se realiza nueva intubación orotraqueal (IOT). Al día siguiente el menor presenta episodio de paro cardiorrespiratorio, por lo que se realizan maniobras de reanimación durante tres minutos, con resultado exitoso; el mismo día se efectúa fibrobroncoscopia que descarta presencia de cuerpo extraño y confirma hallazgos de traqueobronquitis aguda. Se continúa tratamiento para neumonía, considerada atípica, con falla ventilatoria aguda secundaria. Se intenta suspensión de ventilación mecánica, pero el paciente no la tolera, presentado apnea prolongada cuyo tiempo aproximado de duración tampoco se registra en esta ocasión, debiéndose mantener la ventilación, pero continuando proceso de retiro gradual según respuesta del paciente, para recuperar su autonomía ventilatoria. Para el 07 de octubre, se anota que el paciente continúa en regulares condiciones generales, crítico, sin sedoanalgesia, hipoactivo e hiporeactivo, con Síndrome de Dificultad Respiratoria leve, hemodinámicamente estable, normotenso, con presentación de episodio convulsivo durante revista médica, el cual se controla con Fenitoína, "con función motora de decorticación"; se solicita TAC Cerebral contrastado, que reporta lesión hipointensa temporo-occipital derecha en relación a posible evento isquémico con intensidad importante de meninges, que hace sospechar encefalitis. La Médica Pediatra tratante hace un análisis retrospectivo del caso, conceptuando que "se sospecha que el niño convulsionó inicialmente, luego broncoaspiró, presentó falla ventilatoria y es el cuadro actual con su evolución ahora más clara". Al día siguiente el paciente se observa con leve mejoría y se realiza extubación satisfactoria, con buena tolerancia y sin complicaciones del procedimiento. El 09 de octubre se registra nuevo episodio convulsivo, el cual es el último reportado dentro de su hospitalización. El paciente continúa con mejoría progresiva lenta, que permite su traslado a Hospitalización en Piso, donde continúa su mejoría general, tanto respiratoria como neurológica, esta última mediante terapia integral. Se continúa igual tratamiento y sigue pendiente la realización de RNM Cerebral y de Electroencefalograma. Se hacen Diagnósticos Principal de Estatus Epiléptico y Relacionados de Neumonía Aspirativa Tratada; Epilepsia Focal Sintomática; Secuelas de Encefalopatía Hipóxica; Lesión Isquémica Temporo-occipital Derecha y Encefalitis. Reporte de Electroencefalograma realizado al paciente el 19 de octubre de 2016, informa trazado anormal por lentificación difusa en paciente consciente y actividad epiléptica focal, por lo que se inicia Carbamazepina. Se da de alta el 21 de octubre con recomendaciones y pendiente de realizar la RNM Cerebral. Se manejó durante la Hospitalización con Diagnósticos Principal de Estatus Epiléptico y Relacionados de Neumonía Aspirativa tratada; Epilepsia Focal Sintomática; Secuelas de Encefalopatía Hipóxica, Lesión isquémica temporo-occipital derecha y Encefalitis y Diagnósticos de Egreso de Epilepsia Focal y Secuelas de Encefalopatía Hipóxico-isquémica. El reporte de la RNM Cerebral realizado el 10 de diciembre de 2016, informa cambios de encefalomalacia, gliosis córticosubcortical del parénquima cerebral, sobre la región lenticular, por secuelas extensas de un evento hipóxicoisquémico. En control por Neuropediatria en febrero del 2017, se registra mejoría parcial en el desarrollo y ausencia de nuevos episodios convulsivos no obstante la suspensión del tratamiento con Carbamazepina por los padres. Se indica evaluación por Fisiatria y continuar terapia integral. No hay más datos sobre la evolución y posible mayor mejoría del paciente. La anterior información evidencia una atención integral y permanente en salud, según los requerimientos para el menor, con una respuesta favorable hasta donde se conoce según los registros aportados.

CONCLUSIÓN

Con base en la información disponible hasta el momento, registrada en la copia de la Historia Clínica aportada, consideramos que la causa del daño neurológico presentado por el menor MARLON ANDRÉS VARGAS CUÉLLAR, es de carácter multifactorial, por la presentación de eventos repetidos que ocasionaron hipoxemia e isquemia de grados variables, el inicial y no bien documentado, el trastorno respiratorio súbito que dio inicio a la atención del menor en el servicio de Urgencias, de duración no determinada hasta su ingreso a dicho servicio y con falta de información detallada del evento; le siguieron los episodios iterativos de desaturación de oxígeno relacionados con el proceso neumónico, de isquemia por el paro cardiorrespiratorio, igualmente de tiempo no precisado antes de lograr su recuperación mediante las maniobras de reanimación durante tres minutos; los episodios de apnea también de duración no precisada y posteriores a los procesos de suspensión gradual de la ventilación mecánica y post-extubación y, por último, los episodios convulsivos, que pudieron agravar el estado neurológico ya


LUIS FERNANDO CHICA MORA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBIBG-DSTLM-04880-2021

afectado, pudiendo considerarse como causa adicional y efecto del daño neurológico referido. Todos estos eventos, ajenos al manejo inicial por sus familiares y posterior por el equipo médico tratante, es decir, de presentación como complicaciones del curso individual de la enfermedad en el menor, a pesar de habersele brindado la atención y tratamientos respectivos para sus condiciones de salud. No se detecta en el proceso de atención alguna acción contraria a la lex artis, ni acciones u omisiones peligrosas para la salud y/o supervivencia del menor, pues se siguieron en todos los casos protocolos recomendados por la comunidad médica. Por último, aunque se definieron secuelas neurológicas en el menor, hasta donde hay información, había un progreso en su recuperación mediante terapia integral, con un avance que no se conoce en el momento por falta de información y de un examen médico actualizado del afectado.



RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

1. "emita concepto de las causas que originaron la parálisis cerebral y demás daños irreversibles del menor Marlon Andrés Vargas de acuerdo a la historia clínica del menor". Con base en la información registrada en la copia de la Historia Clínica aportada, podemos decir que los daños neurológicos (irreversibles), ocurridos en el menor MARLON ANDRÉS VARGAS CUÉLLAR, fueron secundarios a episodios repetidos de hipoxemia e isquemia cerebrales derivados de un proceso neumónico inicial y una traqueobronquitis aguda severa asociada y de un paro cardiorrespiratorio y episodios de apneas y convulsivos, todos dentro de la misma hospitalización, como eventos de respuesta individual del paciente a su proceso patológico y al tratamiento realizado.

COMENTARIOS

Ninguno.

Atentamente,

LUIS FERNANDO CHICA MORA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE