

CONSTANCIA SECRETARIAL. Santiago de Cali, 10 de febrero de 2021. A despacho del Señor Juez, el presente proceso, con el memorial que a antecede. El secretario.

DANIEL ARTURO DIAZ JOJOA

R. M. Vs Ana Milena Bazán
JUZGADO OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO
Cali, diez (10) de febrero de dos mil veintiuno (2021)
Radicación: 760013103008-2018-0139-00

La perito designada por el Instituto Nacional de Medicina Legal, remitió al correo del Despacho, el estudio solicitado.

Teniendo en cuenta lo anterior, el memorial remitido se agregará a la foliatura para ser puesto en conocimiento de las partes y ser tenido en cuenta en el momento procesal oportuno conforme las reglas dispuestas por el Código General del Proceso.

En consecuencia, el juzgado

RESUELVE:

Agregar al expediente el escrito allegado por la perito Ana Inés Ricaurte Villota, el cual será tenido en cuenta en el momento procesal oportuno.

NOTIFÍQUESE,


LEONARDO LENIS
JUEZ
760013103008-2018-0013900

Dad.



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

DIRECCIÓN: CALLE 4B No. 36-01. CALI, VALLE DEL CAUCA
TELEFONO: (2) 5540970-5542447 Telefonía IP (1) 4069944 Ext 2237-2238-2259-2279

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020

CIUDAD Y FECHA: CALI. 15 de diciembre de 2020
 NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBCALI-DSVLLC-09095-C-2020**
 OFICIO PETITORIO: No. 2714 - 2020-11-30. Ref: Proceso 2018-139 -
 AUTORIDAD SOLICITANTE: DANIEL ARTURO DIAZ JOJOA
 OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO
 JUZGADO
 AUTORIDAD DESTINATARIA: DANIEL ARTURO DIAZ JOJOA
 OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO
 JHON FREDY CHARRY MONTOYA
 14 ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO
 JUZGADO
 CRA 5 12-42 PISO 11 EDIFICIO BANCO DE OCCIDENTE
 CALI, VALLE DEL CAUCA

JUZ. OCTAVO. C. CTO. CALI
JAN 26 '21 AM 10:09

NOMBRE PACIENTE: ILAN SANTIAGO RAMOS SANCHEZ
IDENTIFICACIÓN: RC 1076511560
EDAD: 6 años
ASUNTO: Responsabilidad profesional

2018-139-00

Metodología:

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

DATOS DEL INVESTIGADO

- Institución: CENTRO DE SALUD SILOE
- Municipio: CALI
- Nivel De Complejidad: I
- Profesión y Especialidad: Médico
- Facultad: Universidad Libre de Ca
- Registro Médico: 3081776
- Tiempo de experiencia: 15 años
- Tiempo de vinculación: Sin información

JUZ. OCTAVO. C. CTO. CALI
JAN 26 '21 AM 10:09

MOTIVO DE PERITACION

Anota el oficio petitorio en sus partes pertinentes "me permito informarle que el titular del despacho judicial en audiencia inicial realizada el 13 de noviembre de la presenta anualidad dentro del proceso de la referencia, decreto como prueba pericial la realización de un dictamen mediante el cual se revise y se analice la historia clínica atinente al servicio prestado al menor I. S.R.S., En dicho dictamen deberá resolver el cuestionario efectuado por el señor juez en audiencia y transcritos en el acta de la audiencia."

El Acta de la Audiencia anota en sus partes pertinentes:

"1. Cual fue la causa del fallecimiento de la menor, origen de la enfermedad o patología, si se hizo necropsia dictaminar sobre las causas probables de la muerte e indicara sobre la atención medica prestada desde el inicio del postoperatorio y la atención por la ESS de Ladera de Siloé, sobre la atención de la médico ANA MILENA BAZAN, si fue correcta, valida, oportuna si se omitió elaboración de ayudas diagnosticas o exámenes si hubo negligencia o retardo en la

ANA INES RICAURTE VILLOTA *[Signature]*

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020

remisión a un centro de mayor nivel para la atención del menor I.S.R.S.”



INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

Historia clínica de la Red de Salud de Ladera (Cali), número 1076511560, que en sus partes pertinentes anota:

****19/04/2015 00:58.** Motivo de consulta: vomito. Enfermedad actual: desde hace +/- 6 horas con malestar general y vomito 7 ocasiones una deposición líquida fétida no otro sintoma asociado postquirúrgico de 8 días de herniorrafiinguinoescrotal derecha. Antecedentes personales: negativos. Revisión síntomas por sistemas: normal. Examen Físico: Inspección general: estable en brazos de la madre, no disnea, Frec. Cardíaca: 100, Frec. Respiratoria: 18, Temperatura: 36.0 °C, Peso: 8 Kgs, Talla: 85 cms, IMC: 11.07. Saturación O₂: 98.0%, estado al llegar: consciente, colaborador en la consulta: sí, usuario hidratado: sí. Tensión arterial: Sentado 90/50 TA media: 76. Glasgow: 15/15. Presenta tos por más de 15 días: no. Cara, ojos y ORL: mucosas húmedas, no aleteo nasal. Tórax, corazón y pulmones: no retracciones, RSCSRT, no soplos sobreagregados. Abdomen: no masas no dolor a la palpación no distensión peristaltismo aumentado herida quirúrgica limpia. Sistema genito-urinario: normal. Extremidades y pelvis: no edemas. Sistema neurológico: activo – reactivo. Estado mental: normal. Sistema osteomuscular: normal. Diagnóstico: Principal de consulta: A09X Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Conducta a seguir: Plasil 0.5 cc IM dosis única. En casa dieta astringente, jugo de pera guayaba manzana, sopas con pastas papa, carne, pollo, no bebidas comerciales no fritos no salsas. En casa trimetropin sulfa dar 5 cc cada 12 horas x 5 días, sulfato de zinc 5 cc día x 14 días, acetaminofén 4 cc cada 6 horas x 4 días se dan signos de alarma. Alguna complicación persistencia de síntomas volver de inmediato para nueva valoración médica. Profesional Médico General: Ana Milena Bazan Alfonso. (Folios 7- 8).

***20/04/2015 12:55.** Motivo de consulta: sigue muy mal. Enfermedad actual: paciente con cuadro de tres días de evolución con fiebre – diarreas fétidas - vomito en múltiples ocasiones inicialmente visto aquí se decidió manejo ambulatorio contrimetropin sulfa – sulfato de zinc – acetaminofen – dieta astringente - persistencia de síntomas ingresa aproximadamente a las 12: 55 hoy muy malas condiciones generales, con signos de deshidratación severa, signos de síns, se decide llamar al SICO para traslado de paciente como urgencia vital a clínica salucoop, concomitantemente se coloca oxígeno por máscara a 6l x minuto, se ordena canalización lo cual es imposible se toma glucometría 40 mg/dl se pasa líquidos dextrosados 10% 100 cc, deterioro se decide intubar paciente llega ambulancia se traslada clínica salucoop. Examen físico: Frec. Cardíaca: 130, Frec. Respiratoria: 50, Temperatura: 38.5 °C, Peso: 8.0 Kgs, Talla: 80 cms, IMC: 12.50. Saturación O₂: 87.0%, estado al llegar: coma superficial, usuario hidratado: sí. Tensión arterial: Sentado 80/60 TA media: 73. Escala de Glasgow: 8/15. Examen físico: pupilas isoreactivas – ojos hundidos – mucosas secas, tórax, corazón y pul: retracciones subcostales marcadas – ruidos cardíacos taquicárdicos – mv aspero no crepitos no sibilantes, abdomen y lumbar: no distensión no masas peristaltismo aumentado, neurológico: hipoactivo, piel: marmórea generalizada. Evolución: shock séptico. Diagnóstico principal: A418 Otras septicemias especificadas. Conducta: durante el traslado se pasa 0.5 cc de adrenalina por tubo se entrega paciente en urgencias pediátricas de salucoop. Profesional Médico General: Ana Milena Bazan Alfonso. (Folios 9 - 11).

NOTA DE ENFERMERÍA

***20/04/2015 03:48.** En segunda instancia paciente es abordado por la Dra. Bazan, de nuevo comenta al paciente y solicita servicio de ambulancia, paciente en este instante continúa en regulares condiciones generales, se observa paciente cianótico, pálido, con dificultad respiratoria, llega ambulancia a la 1.12 pm, se traslada paciente, en acompañamiento de la profesional Dra. Bazán personal paramédicos. Conducta a seguir: Entubado y con oxígeno, sonda nasogastrica permeable. Profesional Auxiliar de Enfermería: Amparo García Zuleta.” (Folios 11-12).

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



Historia Clínica Cali Norte, número 1076511560, que en sus partes pertinentes anota:

****20/04/2015 14:18.** Motivo de consulta: parq. Enfermedad actual: Ingresa paciente en compañía de medico asistencial de salud de la periferia, manifiesta cuadro de 3 días de diarrea, ingresa intubado con tubo #2, en mal estado general, con sonda nasogastrica, piel moteada y en asistolia, no tenía acceso venoso al ingreso por difícil canalización se inician maniobras de reanimación en conjunto con pediatría de turno (Dra. Palacios) y con pediatría de UCI pediátrica, reanimación por 25 minutos aprox y la médica manifiesta que se encontraba en ese estado desde el ingreso a la otra institucion de salud, se traslada a UCI para continuar manejo. Diagnóstico: Choque hipovolémico. Profesional Médico General: Diego Mauricio Echeverry Salas. (Folios 16 - 17).

***20/04/2015 17:28.** Antecedentes personales: hijo de madre de 30 años, G5 P4 A1 lactante producto del quinto embarazo de 39 ss de gestación parto vaginal sin complicaciones, talla y peso la madre no recuerda, recibe lactancia exclusiva hasta los 5 meses de edad, desarrollo psicomotor adecuado para la edad. Pai completos para ala edad, hace aproximadamente 8 días, traumatológicos niega, tóxicos niega, hospitalizaciones: niega, alimentación: lácteos, sopas, pocas verduras, frutas. Antecedentes familiares: madre: asma en la infancia, e hipoglicemia, abuela materna: hta. MC: traído por paramédicos. "en estado de shock". Objetivo: Lactante menos con cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en mutlples episodios de emesis, acompañado de multiples episodios de diarrea liquida, abundante, fetida, no moco, ni sangre, consulta el día sábado en horas de la noche en la ESE Ladera de Terron donde se le administra metoclopramida endovenosa y egresan con manejo medico (Trimetropim sulfamatoxazol, sulzinc), suero casero y pautas de alarma para reconsultar. La madre refiere que el día de ayer le compra dichos medicamentos y un frasco de pedialyte el cual tolera, además le daba agua de manzanilla y arroz. El día de hoy consulta en horas de la mañana al centro de salud porque el niño empeora y además presenta alzas térmicas no cuantificadas, según refiere no les permitieron ingreso porque estaban en cambio de turno, por lo cual ella lo lleva a donde un señor " porque pensé que tenia ojo", regresa a medio día al puesto de salud porque el niño estaba adinámico, no establecia contacto visual ni respondia a estímulos ni al llamado, es valorado en forma prioritaria, encontrándolo en estado de choque, ituban con tot N° 2.5, y remiten inmediatamente a esta institución, ingresando alas 14:30 horas, bradicardico y entra en asistolia. Solicitan valoración por el servicio de UCIPED, se cambia TOT por un 4mm, se pasan 3 dosis de adrenalina, 1 bolo de gluconato de calcio, 2 bolos de cloruro de sodio de 15c/kg, 1 bolo de albumina, 1 bolo de lactato, se logra voler a ritmo sinusal después de 12 minutos, con pupilas 3mm muy lentamente reactivas. Al valorarlo en el servicio de urgencias luce con enoftalmos severo, fascies emaciada, mucosas secas, conjuntivas palidas, escleras anictéricas, pupilas 4 mm fijas, en asistolia, frialdad generalizada, cianosis central y periférica, perfusión distal mayor de 4 seg, abdomen distendido con to N° 2.5 no expande ni ventila, al cambia el TOT se observa salida de abundante líquidos pulmonar a través de TO por boca y nariz (claro, no sanguinolento), expande simétricamente, con roncus generalizados,, glucometia low, (se pasa bolo de dad 10% y se deja ev de mantenimiento en dad 10 %). Se pasa sog (no se pasa nasal porque no sonda especial para su edad) se canaliza vena yugular externa por donde se pasas cistaloides, coloide. A los 12 minutos cuando se ausculta FC, se observan movimientos de extremidades superiores d eyipo mioclónicas, que ceden en menos de 15 seg, se impregna con fenobarbital a 20 mg/k. Se inicio monitoria con FC de 135/min, SatO2: 96% se traslada a la unidad hacia las 15:00 horas a su ingreso a la unidad ya se con observa incursión espontanea tipo " Gaspin" se inicia sedacion con midazolam, se observa fuga a través del TOT, se cambia por uno 4.5, pasa sin dificultad, se fija a 13 cm de arcada, se observa adecuada expansibilidad torácica, ya sedado, acoplado al soporte ventilatorio, parámetros intermedios) P/C: FV: 16/MIN PEP 5% FIO2 del 80%). Dr Vallejo cardiologo ped se presenta en el servicio y realiza ecocardiograma encontrando disfucion distal 3 seg a leve sin signos de HTAP, hay mejoría de los pulsos a nivel distal, con perfusión distal 3 seg a través de sog drenaje verde claro, pupilas mioticas, se toman paraclínicos y se inicia manejo a través de sog drenaje verde claro, pupilas miotica, se toman paraclínicos y se inicia manejo. Analisis: Ilan lactante menor de

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



10 meses de edad, con cuadro de choque hipovolemico, 2. Sd post reanimación alta posibilidad de DOSM secundaria, hasta el momento sin evidencia de diuresis, se termina de reanimar hídricamente y se decide inicio de dosis baja de inotrópico (milrinone 0.44 migr/kg/min), vasopresor (vasopresina 0.00018 U/Kg/H), en espera de paraclínicos para ajustar manejo, se explica a la mama y hermana la condición actual de Ilan y su pronóstico reservado. Diagnóstico: Choque hipovolémico, Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Profesional Especialista: Carmen Eugenia Solorza López. (Folios 18 - 19).

***20/04/2015 22:08.** Paciente con eda intubado, con multiples desequilibrios se solicita cateter central para manejo de inotropia. Profesional Especialista: Juan Carlos Dueñas Ramírez. (Folio 20).

***20/04/2015 23:27.** Presenta deposición abundante, liquida, se toma coproscópico cuyo reporte es sugestivo de proceso viral, con +++ de sangre, no hay sensación de masa a la palpación, abundante material verde oscuro a través de la sng. TP normal, TPT prolongado, INR 1.64 se indica vitamina K, potasio de 8 meq/l se indica solución polarizante, calcio ionizado normal, gasimetricamente acidosis metabólica severa con ph: 6.8 con bicarbonato de 7.3, anúrico desde su ingreso a la institución (9 horas), con bun de 67 mmol/l creatinina en 2.98 mg/dl criterios para diálisis peritoneal. Se insiste en la consecucion de insumos para diálisis, farmacia informa que están en bodega, solo hay disponibilidad de estos a primera hora. Pronostico reservado, alta posibilidad de morir, la mama y familiar acompañate enterados. Profesional Especialista: Carmen Eugenia Solorza López. (Folio 21).

***21/04/2015 01:27.** Anión GAP en 31, lo que hace sospechar intoxicación exógena por alcohol, la mamá lo llevo a curandero antes de consultar a esta institución. Rx de torax post cvc: infiltrados alveolares en ala de mariposa compatibles con edema pulmonar, se evaluraa respuesta al goteo de furosemida, tot en adecuada posición al igual que el cvs subclavio derecho. Profesional Especialista: médico Carmen Eugenia Solorza López. (Folio 22).

***21/04/2015 08:12.** Ilan presenta deposicion grumosa francamente sanguinolenta, no se palpa masa a nivel abdominal, sin embargo por este hallazgo más la presencia de drenaje verdoso a través de sonda orogástrica se solicita urgente realización de ecografía de abdomen para descartar invaginación. Profesional Especialista: médico Carmen Eugenia Solorza López. (Folio 23).

***21/04/2015 09:02.** Ilan hoy 1er día en UCI, en estado crítico, con dx de manejo: 1. Schock séptico de origen GIT, 2. Schok hipovolémico refractario, 3. Trastorno hidroelectrolítico severo, 4. Acidosis metabolica severa, 5. Gastroenteritis origen infecciosa – viral, 6. Intoxicación exógena, muy critico con doms con compromiso cardiovascular, renal, hepático, pulmonar, con shock refractario aun al manejo, a pesar de soporte vasoactivo amplio, persiste hipotenso, sin embargo un poco mejor perfundido que al ingreso con aparición progresiva de pulsos, desde el punto de vista renal con compromiso importante, en falla renal aguda, con azohados altos y anúrico, tiene pendiente colocación de cateter de Thenkoff para iniciar trr. Continua sintomatico con deposiciones diarreas ahora con sangre, moco y fétidas, tiene coproscópico de ingreso con sangre positiva, leucos 9-11xc, flora bacteriana aumentada, se toma ecografía abdominal total para descartar patología qx tipo invaginación, realizada por Dr. Burbano, quien refiere ecografía de abdomen total normal, sin hallazgos importantes, hígado normal, riñones hipoeoicos. Pendiente comentar con infectoped iniciar cubrmiento ab ev. Paciente muy critico altas probabilidades de fallecer. Profesional Especialista: Diana Ximena Nates Mosquera. (Folio 25).

***21/04/2015 11:45.** Se coloca cateter de Thenkoff por cx pediátrica. Profesional Especialista: Diana Ximena Nates Mosquera (Folio 27).

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



***21/04/2020.** Leucocitos neutrofilia, hb de 8.9 gr/dl, proteína C reactiva negativa, sodio 142 meq/l, calcio 7.6 mg/dl, potasio 8.1 mg/dl, fosforo 15 mg/dl, cloro 118 meq/l, creatinina 2.98 mg/dl, bun 63 mg/dl, albumina 4.45 gr/dl, tp 17 seg, inr 1.64, tpt 80 seg, tgo 1482 u/dl, tgp 874u/dl, ecocardiograma disfunción miocárdica leve sin htap, coproscopico sangre oculta positiva, potasio 5.59 meq/l, cortisol 41.5 u/dl, tsh 1.96 u/dl, t4 libre 0.64 u/dl, hemograma descenso de la hb 7.9 gr/dl, plaquetas en rango normal, pero en descenso 245.000, sodio hiponatremia, hipocloremia, hipocalcemia, potasio elevado, gases arteriales acidosis metabólica, creatinina elevado, bun elevado, fosforo elevado. Profesional Especialista: Carmen Eugenia Solorza López. (Folio 37 – 44).

***21/04/2015 12:21.** Infectología pediátrica: Paciente con foco enteral agudo, de probable etiología viral, con complicación dada por paro cardiorespiratorio asociado a muy probablemente intoxicación exógena (considerar alcohol) quien recibe reanimación en periferia e ingresa a esta institución luego de tiempo no definible de hipoxemia, en condiciones críticas, riesgo también alto de traslocación de bacterias desde tracto GI por hipoperfusión prolongada intestinal, inflamación previa por infección viral, por lo que sugiero cubrimiento antibiótico: cefepima + metronidazol, previa toma de cultivos en sangre, de acuerdo a evolución, reportes de cultivos y rta, clínica se definirá posteriormente tiempo de tto, pero se espera que no sea mayor a 7 días, diagnósticos diferenciales por falla renal y antecedente de diarrea = SND. Hemolítico urémico (monitorizar recuento plaquetario). Profesional Especialista: Luis Fernando Mejía. (Folio 28).

***21/04/2015 12:21.** Evolucion UCI noche. Ilan muy crítico, en malas condiciones grales, con sdom (compromiso hepático, renal, pulmonar, cardiovascular), en soporte ventilatorio intermedio – alto, además de soporte vasoactivo con dosis max de vasopresina, norepinefrina, milrinona, hidrocortisona, en la tarde se inició dopamina a 8 mcg/k/min, continua con shock refractario al manejo, en trr desde hoy en la mañana, con dianesal 2.5%, recambios a 10cc/k cada hora, persiste anúrico, se transfundió gre sin complicaciones, con mejor control térmico, ahora con febrícula en 37.5 grados, con aumento de frecuencia cardiaca, recibiendo manejo ab ev con cefepime desde hoy, neurológicamente sin cambios, bajo sedación con midazolam + ketamina dosis bajas, sin esfuerzo respiratorio, no asiste el ventilador. Analisis: Ilan crítico, malas condiciones grales, en sdom, recibiendo manejo vasopresor y ventilatorio alto, a pesar de esto continua en estado de choque refractario al manejo, hipoperfundido, anúrico, ya en trr con uf en 7 horas de 640 cc. En el momento luce en malas condiciones grales, hipoperfundido, hipotenso, con aumento de temperatura, ya recibiendo manejo ab ev con cefepime. Se continua manejo medico igual/ajuste soporte vasopresor, se solicita gases arteriales y paraclínicos de control ahora, monitoria UCI. Profesional Especialista: Diana Ximena Nates Mosquera. (Folio 31).

***22/04/2020.** Hemograma trombocitopenia, proteína c reactiva positiva, sodio normal, potasio normal, cloro normal, calcio normal, fosforo aumentado, creatinina elevada, bun elevado, tp prolongado, tpt prolongado, aminotrasferasas elevadas, gases arteriales acidosis metabólica. Profesional Especialista: Diana Ximena Nates Mosquera. (Folios 45 – 48).

***22/04/2015 16:11.** Cuidado intensivo tarde. Ilan crítico, en choque refractario, frialdad hasta tobillos, no se palpan pulsos desde femorales pálido, importante compromiso de la perfusión en forma generalizada, marmóreo, pupilas 3 mm, frente fría, sedado, no relajado, con soporte ventilatorio alto, expande en forma simétrica, estertores finos, edemas de extremidades, abdomen globoso, blando, cateter de diálisis permeable, en terapia de remplazo renal con dianel 2.5% 10 cc/kg, liquido claro, a pesar de tiempos prolongados no hay evidencia de sangrado activo, balance +87cc. Analisis: Ilan pronostico ominoso, sin ninguna respuesta al manejo instaurado hasta el momento se explica de nuevo a toda su familia la alta posibilidad de morir en las próximas horas. Profesional Especialista: Carmen Eugenia Solorza López. (Folio 33).

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



***22/04/2015 19:40.** Ilan continua con bradicardia sostenida y disminución progresiva de de saturación, aumenta la frialdad generalizada, pupilas plenas fijas, no pulsos, presenta paro cardiorespiratorio que no responde a maniobras de reanimación y fallece a las 7:25 pm. Padres presentes con el bebe. Profesional Especialista: Marcela Paez de la Cruz. (Folio 36).

NOTA DE ENFERMERÍA

***20/04/2015 21:48.** Continuación de la nota con segundo acceso venoso yugular izquierda con goteo sedacion midazolam 27 mg hasta 25 cc ss0.9% + soporte vasoactivo vasopresina 20un hasta 40 ss0.9% a 0.2cc/h se aumenta en momento a 1cc/h por cifras tensionales limítrofes, milrinone 3 mg hasta 12.5 cc ss0.9% a 11 cc/h en el momento a 2 cc/h, torax: simétrico, normoexpandible, ruidos cardiacos rítmicos bradicardia, monitoreo con onda T picuda, abdomen blando depresible, no masas, no hepatomegalia, extremidades con frialdad distal pulsos distales aucentes se observa multiples punciones se intenta canalizar vena periférica + línea arterial con intentos negativos. Profesional Auxiliar de enfermería: Lina Marcela Valencia Sánchez. (Folio 54).

***21/04/2015 18:36.** Entrego paciente Ilan Ramos de 10 meses de edad, en cubículo 3 de Uci P, en cama, posición supino, en condiciones muy críticas, se observa bajo efectos de sedacion e inotropia, piel palida, pupilas isocoricas en 2mm reactivas lentas, SOG a drenaje por la cual se observa salida de contenido tipo concho de café, continua nada via oral, pte con tubo endotraqueal N° 4.5 Fr con balón de Furosemida puro a 1cc/hora, acceso venoso yugular izquierdo permeable y pinzado con R33, línea arterial braquial izquierda funcional con SSN a 2 cc/hora, genitales masculinos integros anurico con sonda vesical, pte el cual se encuentra realizando deposiciones con contenido hemático. Profesional Auxiliar de enfermería: Lina Marcela Valencia Sánchez. (Folio 50).

***22/04/2015 18:46.** Entrego Ilan Santiago Ramos Sanchez en cama 3 de la uci pediátrica, en compañía de la madre, en condiciones críticas en compañía de familiares, al examen físico mucosas hidratadas, mejillas pálidas, puplas simétricas acnitericas, pálido, cuello móvil, no masa ni adenopatías, con 2 acceso venosos periféricos yugular derecha goteo continuo de furosemida puro a 0.5 cc/h con acceso venoso yugular izq pinzado, con cvc bilumen subclavio derecho por el lumen distal con lev de base Dex 5% en SNN 500 cc sin potasio, a 5cc/h, por el lumen proximal con goteo continuo de inotrópico norepinefrina 2.4 mg hasta 12.5cc agua a 22cc/h + vasopresina 20 un hasta 40 cc a 1.6cc/h + corotrope 3mg hasta 25 cc ss 0.9% a 2 cc/h + sedacion midazolam 27 mg hasta 25 cc ssn 0.9% a 0.5 cc/h + ketamina 24 mg hasta 12.5 ccSSN a 3.5cc/ch, Dopamina 27 mg hasta 25 cc SSN a 4.5 cc/hora, torax simetrico normoexpandible con ruidos cardiacos rítmico de buen tono e intensida a la asucultacion bien ventilado en ambos campos pulmonares, con sopрте de oxigeno por ventilación mecánica con tot 4.5 con balón parámetros ventilatorio altos fio2 70%, abdomen blando depresible sin hepatomegalia, con sonda orogástrica a drenaje liquido concho de café, extremidades integras simétricas con llenado capilar prolongado mayor a 3 segundos, multipuncionado sitios equimotico en el sitio de puncion, pulsos débiles frialdas distal, con línea arterial permeable msi sin signos de vasoespasmo, piel y fanelas: Marmorrea con vesículas en mii, genitales lacerados con pañalitis y deposiciones diarreicas melenicas, anúrico, P/vigilar cambios y signos de complicacio, continua en la unidad para manejo intensivo, con línea arterial permeable msi con retorno sin signos de vaso espasmos a 2 cc/h0cc/h por el lumen proximal queda con un balance para las 6 horas de 140 positivo paciente que no elimina. Profesional Auxiliar de enfermería: Yinsen Maria Ruiz Zapata." (Folio 56).

OTROS RECURSOS UTILIZADOS

RESUMEN BIBLIOGRAFÍA:

GASTROENTERITIS AGUDA: La gastroenteritis aguda (GEA) se define como una disminución de la consistencia de las deposiciones o un aumento en el número de las mismas (3 o más en

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



24 horas), que puede ir acompañada de vómitos, dolor abdominal y/o fiebre. Su duración suele ser menor de 7 días y para considerarla como aguda, siempre menor de 2 semanas. Es más significativo para su diagnóstico el cambio en la consistencia de las deposiciones respecto a las habituales del niño, que el número de estas, sobre todo en los lactantes que suelen tener un número elevado de deposiciones de manera habitual. La GEA es más frecuente y potencialmente más grave en menores de 5 años y, sobre todo, en los primeros meses de vida. Si bien en los últimos 30 años la mortalidad por GEA ha disminuido significativamente producto de mejoras en las condiciones sanitarias, nutricionales y terapia de rehidratación, en la actualidad esta entidad sigue siendo causa importante de morbilidad. La diarrea aguda es una de las enfermedades más frecuentes en los niños, constituyendo la segunda causa de morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial. Es la segunda causa de asistencia a un servicio de urgencias pediátrico, tras las infecciones respiratorias. (1)

ETIOLOGÍA: a continuación se anotan los gérmenes causantes de gastroenteritis aguda y su mecanismo de producción: (3)

MECANISMOS TOXIGÉNICO: diarrea secretora o acuosa.

Bacterias

- Enterotoxinas: *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* enterotoxigénica, *Clostridium perfringens*, *Aeromonas hydrophila*.
- Preformadas: *Staphylococcus aureus*, *Clostridium botulinum*.
- Adherencia a mucosa: *E. coli* enteropatógena y enteroadherente.

Virus

- Norovirus, virus entéricos.

Parásitos (adherencia a mucosa)

- *Cryptosporidium*, *Giardia lamblia*, *Cyclospora cayetanensis*.

MECANISMOS INVASIVOS: diarrea inflamatoria.

Bacterias

- Invasión mucosa: *Salmonella* sp., *Shigella* sp., *Campylobacter* sp. *Yersinia* sp., *E. coli* enteroinvasiva, *Vibrio parahaemolyticus*, *Aeromonas hydrophila*, *Plesiomonas shigelloides*.
- Citotoxinas: *Clostridium difficile*, *E. coli* enterohemorrágica, *Shigella* sp.
- Fiebre entérica: *Salmonella typhi*, *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter fetus*.

Parásitos

- *Entamoeba histolytica*, *Balantidium coli*, *Schistosoma* sp., *Trichinella spiralis*, *Microsporidium* sp.

Otras causas de GEA:

Infecciones extraintestinales: Infecciones respiratorias.

Alergia alimentaria: Alergia a proteínas leche de vaca o de soja.

Trastornos de absorción: Déficit de lactasa, déficit de sacarasa – isomaltasa, enfermedad celiaca, fibrosis quística.

Endocrinopatías: Hipertiroidismo, diabetes mellitus, síndrome de Addison.

Neoplasias: Feocromocitoma, Síndrome carcinoide.

Cuadros quirúrgicos: Invaginación.

Fármacos: Antibióticos, laxantes.

Intoxicación: Metales pesados (cobalto, zinc).

FISIOPATOLOGÍA: La diarrea aparece cuando el volumen de agua y electrolitos presente en la luz intestinal supera la capacidad de absorción del colon, con la consecuente eliminación aumentada por las heces. Esto ocurre fundamentalmente por dos motivos: por un aumento de la secreción y/o una disminución de la absorción. Los patógenos ocasionan daño en la mucosa intestinal bien directamente, con invasión de la mucosa (diarreas invasivas), o a través de toxinas. De cualquiera de las dos formas se produce un daño físico y funcional en los mecanismos de absorción de agua y electrolitos de la mucosa intestinal, una estimulación de la eliminación de los mismos y un daño en las hidrolasas presentes en la mucosa, con la posible

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



malabsorción de lactosa y otros nutrientes, lo que favorece la deshidratación y la desnutrición.

(4)

CLÍNICA: El rasgo que define a la GEA es el cambio en la consistencia de las deposiciones y un aumento en el número de las mismas. Acompañando a la diarrea, pueden aparecer fiebre, vómitos, dolor abdominal, inapetencia, síntomas respiratorios y signos de afectación del sistema nervioso central (SNC). Los vómitos y los síntomas respiratorios asociados sugieren etiología viral. Las infecciones por rotavirus suelen producir sintomatología más intensa, más vómitos y más casos de deshidratación que otros virus. La fiebre por encima de 40°C, la aparición de sangre en las heces, el dolor abdominal intenso y los signos de afectación del SNC (irritabilidad, decaimiento, convulsiones) son signos sugestivos de etiología bacteriana.

(3,4)

La consecuencia más importante, y que condiciona el tratamiento y el diagnóstico de la GEA, es la aparición de deshidratación. La forma más fiable de diagnosticar y medir el grado de deshidratación es la pérdida de peso, pero esto solo es factible en muy pocas ocasiones, ya que normalmente no se suele conocer el peso exacto del niño antes del inicio de la GEA. (5)

Se debe intentar estimar el grado de deshidratación a través de los datos recogidos en la anamnesis y los signos de la exploración física. En la anamnesis, se debe preguntar por el número, frecuencia, consistencia y volumen de las deposiciones, si hay vómitos (número y volumen), ingesta de líquidos y nutrientes, la diuresis (en los lactantes el número de pañales mojados y su peso), la actividad física que mantiene el niño y su estado general. (4)

Los criterios clínicos para derivar a un niño al hospital para un posible ingreso hospitalario son: deshidratación moderada-grave o shock, diarrea inflamatoria grave con apariencia de afectación del estado general (sepsis), síntomas neurológicos (letargia, convulsiones), incapacidad para la rehidratación oral (bien sea por incapacidad o intolerancia de las soluciones orales o por vómitos incoercibles o biliosos), sospecha de patología quirúrgica abdominal y pacientes de alto riesgo (inmunodeprimidos, enfermedad grave de base o menores de 3 meses).

DIAGNÓSTICO: La GEA es un proceso autolimitado en la mayoría de los niños, su diagnóstico es clínico y no se precisa la realización de ningún tipo de prueba diagnóstica, ya que su resultado no modificaría la actitud terapéutica. La realización de estas pruebas está, por tanto, limitada a aquellos casos en los que su resultado podría modificar el tratamiento de la GEA. (2)

Situaciones clínicas en las cuales es recomendable realizar estudio etiológico de gastroenteritis aguda (11):

- Diarrea con sangre
- Fiebre alta persistencia y/o compromiso de estado general severo
- Diarrea persistente > 7 días
- Uso reciente de antibióticos (descartar *Clostridium difficile*)
- Paciente inmunocomprometido
- Situación de brote

ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS:

No se recomienda la solicitud rutinaria de examen directo de materia fecal, coprológico, coproscópico o coprocultivo en los niños con EDA. Se sugiere considerar la solicitud de coprológico o coproscópico en los casos de EDA de más de 7 días de duración o en casos de diarrea con sangre. (17)

Coprocultivo: La mayoría de los casos de GEA se producen por virus, por lo que el

ANA INES RICAURTE VILLOTA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



coprocultivo solo se debe realizar en casos de diarrea persistente o cuando existe la posibilidad de necesitar tratamiento antibiótico, por ejemplo, en pacientes inmunodeprimidos o con enfermedad grave de base. Los criterios clínicos que pueden decidir la realización de un coprocultivo son: más de 10 deposiciones en las últimas 24 horas, fiebre elevada, sangre o moco en las deposiciones, dolor abdominal importante, niños mayores o antecedente de haber viajado a países con alto riesgo de diarrea bacteriana o sospecha de infección parasitaria. Los problemas que presenta el cultivo son que su resultado no se tiene hasta pasados 2-3 días y que la existencia de portadores asintomáticos de determinadas bacterias complica la interpretación de sus resultados. (6). Se recomienda solicitar coprocultivo en casos de sospecha o presencia de bacteriemia o septicemia.

Coproscópico: No existe evidencia sobre la precisión diagnóstica de los azúcares reductores y el pH de la materia fecal para el diagnóstico de la infección bacteriana invasora, ya que la utilidad de estas dos pruebas se ha estudiado en problemas diferentes a los del alcance de esta guía y dado su uso es rutinario cuando se ordena pruebas como el coproscópico, su resultado no debería influenciar la decisión de dar o no tratamiento antibiótico.

Coprológico: se limita al estudio directo de materia fecal solo para buscar presencia de parásitos intestinales.

Análítica de sangre: Se realizaría en casos de pacientes con deshidratación moderada o severa y en todos aquellos en los que se vaya a realizar una rehidratación con fluidos intravenosos. Se pediría un hemograma, un ionograma, bioquímica sanguínea (glucemia, función renal) y gasometría. El resultado del ionograma con los valores de sodio y la osmolaridad permite clasificar el grado de deshidratación.

TRATAMIENTO: El tratamiento con soluciones de rehidratación oral es el principal y casi único tratamiento para los niños con GEA.

***Soluciones de rehidratación oral:** No existe ningún tratamiento específico para la GEA, por lo que el objetivo es la prevención y el tratamiento de la deshidratación. Las soluciones de rehidratación oral (SRO) constituyen el principal tratamiento para los niños con GEA. Se debe iniciar la rehidratación con SRO tan pronto como sea posible, recomendándose la administración de forma fraccionada, en pequeñas cantidades, cada 2-3 minutos. Las cantidades aproximadas que se deberían aconsejar son, si no hay deshidratación, de 10 ml/ kg por cada deposición realizada y de 2 ml/kg por cada episodio de vómitos, con ingesta libre fraccionada entre episodios. En casos de deshidratación leve, se deberían ofrecer de 30-50 ml/kg durante unas 4 horas, más 10 ml/kg por cada deposición líquida. Si hay signos de deshidratación moderada, 75-100 ml/kg para compensar el déficit más pérdidas. En caso de mala tolerancia por vía oral, es preferible la administración de SRO a través de sonda nasogástrica (reduce el número de complicaciones y el tiempo de estancia hospitalaria) que pasar a la vía intravenosa (IV). La rehidratación por vía IV está reservada exclusivamente para aquellos niños en los que, derivados al hospital, no sea posible la administración de líquidos por vía oral, como casos con deshidratación grave, afectación hemodinámica, alteración del nivel de conciencia, sospecha de cuadro quirúrgico abdominal o niños con vómitos o deposiciones muy persistentes o abundantes, que impidan lograr un balance hídrico positivo por vía oral. (8)

***Tratamiento nutricional:** No existe ninguna evidencia científica que justifique la realización de cambios significativos en la dieta del niño para el tratamiento de una diarrea aguda. En los niños que no están deshidratados, se debe continuar su alimentación de forma normal y, cuando existe deshidratación, se recomienda un periodo de ayuno (en el que se administran SRO) no superior a 4-6 horas antes de reiniciar la alimentación. En los lactantes alimentados con lactancia materna, se debe continuar con esta de manera normal, ya que varios estudios han demostrado que la lactancia disminuye la intensidad y la duración de la GEA. En niños lactados con fórmula, no se deben hacer cambios en su fórmula normal, ni dar biberones con la

ANA INES RICAURTE VILLOTA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



fórmula más diluida. Las leches sin lactosa no se utilizarán en la mayoría de las ocasiones y deben quedar reservadas para aquellos niños en los que, llevando ya varios días de diarrea, aparezcan signos sugestivos de intolerancia a la lactosa (lo recomendable sería hacer detección de cuerpos reductores y pH en heces, pero el diagnóstico se puede basar en signos clínicos, como heces explosivas, acuosas, ácidas, con irritación importante del área perianal). (8)

***Antieméticos:** No se deben utilizar de forma rutinaria en los niños con vómitos en el contexto de una GEA. En varios estudios se ha demostrado que, aunque tanto ondasetrón como metoclopramida reducen los vómitos, tienen efectos secundarios importantes y pueden aumentar la diarrea posiblemente por la retención de toxinas que habrían sido eliminadas con los vómitos. En la actualidad, el único aconsejado sería el ondasetrón y solo para casos muy seleccionados de vómitos incoercibles y en ámbito hospitalario. (2)

***Zinc:** En países en vías de desarrollo con alta prevalencia de desnutrición y, por ende, de déficit de zinc, se ha demostrado la eficacia de la suplementación de zinc (10-40mg/d dependiendo de la edad del paciente) para disminuir la frecuencia de deposiciones, duración de la diarrea y riesgo de evolucionar hacia diarrea prolongada. Por este motivo, la OMS recomienda la suplementación de zinc durante 10-14 días en niños con GEA. (9)

***Antibióticos:** El tratamiento con antibióticos no es necesario en la mayoría de los niños con GEA, dado que la mayor parte de los casos son producidos por infecciones víricas e incluso en el caso de diarrea bacteriana suele ser un proceso autolimitado, donde no existen evidencias que demuestren que este tratamiento sea efectivo para la disminución de los síntomas y la duración de la GEA. Los antibióticos quedarían reservados para unos patógenos muy concretos. (11)

SHOCK SÉPTICO: El shock séptico se produce cuando el agente infeccioso, sus toxinas y/o la liberación en la circulación de los mediadores de la inflamación producen una descompensación cardiovascular caracterizada por un shock distributivo con hipotensión, disminución de las resistencias vasculares sistémicas y gasto cardiaco elevado con la consiguiente alteración del metabolismo y muerte celular a nivel de diversos órganos que lleva a la muerte o al síndrome de disfunción multiorgánico. La sepsis severa y el shock séptico son el resultado de la evolución de una infección y un síndrome de respuesta inflamatoria sistémico en un organismo que no es capaz de neutralizar el proceso inflamatorio e infeccioso.

La mayoría de los episodios de bacteriemia resultan de bacterias comensales que colonizan superficies bióticas (tejidos vivos) o abióticas (material artificial). Las membranas mucosas que cubren el tracto gastrointestinal, respiratorio y urogenital son donde habitualmente se inicia la sepsis. Estas mucosas mantienen complejas comunidades microbianas, presentando al mismo tiempo, efectivas barreras tanto mecánicas como químicas, para evitar la translocación bacteriana.

Uno de los más importantes pasos en la colonización es la adherencia de la bacteria a la superficie mucosa, la que se logra mediante la expresión de receptores, específicos y no específicos, de diversos factores de adherencia. Así, este proceso es vital para la colonización y persistencia bacteriana. A su vez, los comensales patógenos deben competir con la flora endógena y entre ellos mismos y, al mismo tiempo, deben sobrevivir a los potentes sistemas inmunes mucosos (tejido linfoide específico). La translocación bacteriana desde el intestino puede ocurrir regularmente en individuos sanos, sin embargo, la bacteriemia es habitualmente autolimitada ante la presencia de un sistema inmune intacto. No obstante, la inmadurez inmune, insuficiencia anatómica de la barrera mucosa o alteración de la ecología microbiana pueden aumentar la frecuencia de estos eventos. Diversos mecanismos bacterianos facilitan la translocación a través de la mucosa intestinal, la cual puede ocurrir por vía transcelular,

ANA INES RICAURTE VILLOTA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



paracelular o intracelular. (11)

DEFINICIONES DE ACUERDO AL CONSENSO INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA (12)

Disfunción cardiovascular

Tras administración de fluidos isotónicos 40 ml/kg en 1 h:

1. Presión arterial $< p_5$ para su edad o PAS $< 2SD$ por debajo de normal para su edad ó
2. Necesidad de drogas vasoactivas para mantener PA en rango normal ó
3. Dos de los siguientes:
 - a. Inexplicable acidosis metabólica: déficit de base < 5 mEq/L
 - b. Incremento de lactato arterial > 2 veces por encima del normal
 - c. Oliguria $< 0,5$ ml/kg/h
 - d. Llame capilar $> 5''$
 - e. Gradiente de T° central-periférica $> 3^{\circ}C$

Disfunción respiratoria

1. $PaO_2/FiO_2 < 300$, sin cardiopatía cianótica o enfermedad pulmonar previas
2. $PaCO_2 > 65$ mmHg (o 20 mmHg sobre la $PaCO_2$ basal)
3. Necesidad de $> 50\%$ de FiO_2 para $SatO_2 > 92\%$

Disfunción neurológica

Score de coma de Glasgow 11 o cambio brusco con descenso de 3 puntos desde un Score basal anormal

Disfunción hematológica

Recuento plaquetario $< 80.000/mm^3$ o descenso del 50% del valor previo anterior a 3 últimos días (en pacientes crónicos hemato-oncológicos) o relación internacional normalizada > 2

Disfunción renal

Creatinina sérica 2 veces por encima del límite para su edad o el doble de la basal

Disfunción hepática

Bilirrubina total 4 mg/dl (no en neonatos) o ALT 2 veces por encima del límite normal para su edad

ENFOQUE TERAPÉUTICO

Metas de laboratorio: Disminución del nivel de lactato sanguíneo, mejoría en el déficit de base. (13)

Mantener o reestablecer vía aérea, oxigenación y ventilación: En situaciones patológicas, sobre el 40% del gasto cardíaco (GC) está destinado al trabajo respiratorio, por lo tanto, la intubación endotraqueal e inicio de ventilación mecánica debe ser prontamente efectuada. La decisión de intubación no se basa en resultados de laboratorio, sino en la evaluación clínica del paciente, con el objetivo de disminuir el VO_2 sistémico y/o miocárdico.

Circulación: Los accesos vasculares deben ser obtenidos rápidamente. Si no se logra establecer una vía venosa periférica (de preferencia dos accesos) se debe evaluar la utilización de osteoclisis como una alternativa de acceso vascular viable. Hay que considerar que la obtención de vía venosa en la población pediátrica es más difícil que en adulto y aún más en situaciones de colapso hemodinámico, pero de seguir recomendaciones protocolizadas, ésta debiera obtenerse, en la mayoría de los pacientes en los primeros 5 minutos de reanimación. Una vez obtenido el acceso venoso se debe comenzar inmediatamente la resucitación con fluidos, y en caso que no se logren las metas mencionadas se puede considerar el inicio de inótropos por esta vía.

Con fluidos: La terapéutica con fluidos debe iniciarse en cuanto el diagnóstico sea realizado. Se debe comenzar con bolos de 20 ml/kg, que pueden repetirse hasta alcanzar los 60 ml/kg, valorando siempre respuesta hemodinámica y signos de sobrecarga de fluidos.

SopORTE hemodinámico: El inicio de drogas vasoactivas debe realizarse si persisten signos de

ANA INES RICAURTE VILLOTA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



shock a pesar de una adecuada resucitación con fluidos. La droga de elección es la dopamina. No obstante, los niños con shock refractario a fluidos o dopamina, presentan distintos patrones hemodinámicos, por lo tanto, la elección de la droga a utilizar va a depender de esto.

Inicio de antibióticos: El tratamiento antibiótico puede ser definido como una de las bases fundamentales del tratamiento de la sepsis, por haberse demostrado que su cumplimiento guarda estrecha relación con el pronóstico final del paciente. Se debe comenzar empíricamente durante la primera hora del reconocimiento del shock séptico, de forma intravenosa y con un amplio espectro de acción.

Control del foco infeccioso: En todo paciente con shock séptico se debe evaluar la presencia de un foco de infección susceptible de erradicación. Su foco anatómico debe diagnosticarse dentro de las primeras seis horas. Localizado el foco infeccioso se realizarán los procedimientos destinados a erradicación y de esta manera el control clínico de la infección. (14)

INTOXICACIONES POR TÓXICO DESCONOCIDO: La sospecha de intoxicación supone actualmente un 0,32% de las consultas en nuestros servicios de Urgencias Pediátricas. La mayoría de los niños que consultan por este motivo tienen el antecedente de contacto con una sustancia específica, sin embargo, hay situaciones en que ocurre la exposición a una sustancia que podría ser tóxica pero cuya composición se desconoce; en otras ocasiones el agente tóxico es conocido, pero no se sabe la cantidad ingerida, en estos casos, generalmente, la repercusión clínica es escasa o nula. Por último, el niño puede presentarse con signos y síntomas que pueden sugerir un envenenamiento sin una historia inicial clara de contacto con un tóxico.

La forma de intoxicación más frecuente es la vía oral pero también tras contacto cutáneo (pesticidas) o por vía inhalatoria (gases, exposición pasiva a humo de marihuana y crack). Los fármacos son globalmente el tipo de sustancias más frecuentemente implicadas en las intoxicaciones pediátricas seguidos de los productos del hogar, etanol y monóxido de carbono. (15)

Hay pocos signos y síntomas producidos por una enfermedad natural que no puedan ser mimetizados por un agente tóxico, por lo que es necesario un alto índice de sospecha. Se debe considerar una intoxicación como diagnóstico cuando se dan las siguientes características: – Cuadro de comienzo agudo e inexplicable, sobre todo con sintomatología neurológica o metabólica. – Afectación de múltiples órganos que no se identifican en una entidad clínica específica. – Compromiso respiratorio o cardiaco, arritmias graves en niños o adolescentes sin enfermedades previas. – El índice de sospecha debe aumentar si el niño pertenece al grupo de edad de riesgo (1-5 años) y/o tiene historia previa de ingestión de sustancias.

Los pacientes que presentan un cuadro clínico sugestivo de intoxicación, en primer lugar, deben ser sometidos a una valoración rápida de sus constantes vitales, y si es preciso proceder a estabilizarlos. En caso de parada cardiorrespiratoria secundaria a una intoxicación, la RCP será más prolongada. En una segunda fase se realizará un examen más detallado del grado de afectación intentando identificar el tóxico.

El tratamiento de la intoxicación puede requerir una decisión terapéutica inmediata. La identificación del tóxico no es esencial para el éxito del tratamiento de las intoxicaciones por tóxico desconocido, ya que la mayoría de los agentes no tienen antidotos específicos y, aunque esté disponible, es un tratamiento complementario al tratamiento de soporte de las funciones vitales. (16).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



1. A.M. Benítez Maestre, F. de Miguel Durán. Gastroenteritis aguda. *Pediatr Integral* 2015; XIX (1): 51-57.
2. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases: Evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *JPGN*. 2008; 46: S81-S122.
3. Alcolea A, Díaz V, Polanco I. Diarrea aguda. En: *Decisiones en Gastroenterología Pediátrica*. Madrid: Ergon. 2013; p. 189-196.
4. Román E, Barrio J, López MJ. Diarrea aguda. En: *Protocolos diagnósticos terapéuticos de Gastroenterología Pediátrica*. Madrid: Ergon. 2010; p. 11-20.
5. World Health Organization. *The treatment of diarrhoea*. Geneva: WHO Press; 2005.
6. Gavilán C, García B, González R. Gastroenteritis aguda. En: *Protocolos diagnósticos terapéuticos de Infectología*. Madrid: Ergon. 2011; p. 113-124.
7. Eliana López Barón, Juan Carlos Morales Jiménez, Fabio Rodríguez Morales. Opportunity analysis of the use of fecal screening test in acute diarrhea in children under 5 years old (2016).
8. Gutiérrez P, Polanco I, Salazar E. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia. *Guía de práctica clínica Ibero-Latinoamericana*. *An Pediatr (Barc)*. 2010; 72(3): 220.
9. Lazzarini, M.; Ronfani, L. Oral zinc for treating diarrhoea in children. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 1, p. CD005436, 2013. ISSN 1469-493X.
10. Dra. Yalda Lucero A. Etiology and management of acute infectious gastroenteritis in children and adults. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2014; 25(3) 463-472.
11. Reig R: Valoración de la gravedad en la sepsis grave. 17 de abril de 2012.
12. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al: Surviving Sepsis Campaign-International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Med* 2013; 41: 580-637.
13. Dellinger P, Levy M, Carlet J, Bion J, Paarker M, Jaeschke R: Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit Care Med* 2008; 36: 296-327.
14. El-Wiher N, Cornell TT, Kissoon N, Shanley TP: Management and Treatment Guidelines for sepsis in Pediatric Patients. *Open Inflamm J*. 2011.
15. Azkunaga Santibáñez B, Mintegui Raso S. Manejo general de las intoxicaciones. En: Benito J, Luaces C, Mintegui S, Pou J (eds). *Tratado de Urgencias en Pediatría*. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 991-9.
16. Velez LI, Shepherd JG, Goto GS. Approach to the child with occult toxic exposure. *UpToDate*, 2011.
17. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, año 2013.
18. Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Guía de bolsillo, Susalud.

EXAMEN CLINICO O DE PATOLOGÍA FORENSE ACTUAL

No se aporta en los documentos enviados por la autoridad, ni se evidencia en lo plasmado en la historia clínica que se haya realizado necropsia clínica al niño Ilan Santiago Ramos Sánchez. Igualmente, no se encuentra en el Sistema de Información de Medicina Legal SIRDEC que se haya practicado necropsia médico legal.

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



RESUMEN DEL CASO

Niño de 10 meses de edad que el día 19/04/2015 a las 00:58 horas es llevado a consulta a la Red de Salud de Ladera (Cali) por un cuadro clínico de más o menos 6 horas con malestar general, vomito en 7 ocasiones y una deposición líquida fétida, no otra sintomatología asociada; como antecedente postquirúrgico de 8 días de herniorrafiainguinoescrotal derecha. Al examen físico, signos vitales dentro de parámetros normales; abdomen no masas, no dolor a la palpación, no distensión, peristaltismo aumentado, herida quirúrgica limpia; neurológico activo – reactivo. Realizan diagnóstico de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, por lo que indican plasil 0.5 cc im dosis única, y manejo en casa con dieta astringente, trimetoprim sulfametoxazol, sulfato de zinc y acetaminofén, suero casero y pautas de alarma para reconsultar.

Al día siguiente 20/04/2015 a las 12:55 horas ingresa al mismo centro de salud en muy malas condiciones generales, con signos de deshidratación severa, signos de SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome por sus siglas en inglés), se coordina con el SICO y se traslada al paciente como urgencia vital. Concomitantemente se coloca oxígeno por máscara a 6 litros por minuto y se ordena canalización, lo cual fue imposible, por lo que se pasan líquidos dextrosados por sonda orogástrica. Por deterioro clínico se decide intubar y se traslada a Clínica Salucoop.

La historia clínica de la Clínica Salucoop, refiere que ingresa el 20/04/2015 a las 14:18 horas en compañía de medico asistencial de salud de la periferia manifiesta cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en múltiples episodios de emesis y diarrea líquida, abundante, fétida, no moco, no sangre, la madre refiere que le compra medicamentos formulados y un pedialyte el cual tolera, además le da agua de manzanilla y arroz. Además, refiere la madre lo llevaron a donde un señor “porque pensó que tenía ojo”. Al ingreso paciente bradicárdico y entra en asistolia, luce con enoftalmos severo, fascie emaciada, mucosas secas, conjuntivas pálidas, escleras anictéricas, pupilas 4 mm fijas, frialdad generalizada, cianosis central y periférica, perfusión distal mayor de 4 segundos, abdomen distendido. Solicitan valoración por el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos UCIPED, donde cambian tubo orotraqueal, pasan 3 dosis de adrenalina, 1 bolo de gluconato de calcio, 2 bolos de cloruro de sodio, 1 bolo de albumina, 1 bolo de lactato, con lo que se logra volver a ritmo sinusal después de 12 minutos, con pupilas de 3 mm muy lentamente reactivas. Se pasa sonda orogástrica con drenaje verde claro y se canaliza vena yugular externa por donde se pasan cristaloides, se observan movimientos de extremidades superiores tipo mioclónicas, que ceden en menos de 15 segundos, por lo cual se impregna con fenobarbital. Se inicia monitoria con frecuencia cardíaca de 135 por minuto y saturación de oxígeno de 96%. Se traslada a la UCIPED, donde se inicia sedación con midazolam, se observa adecuada expansibilidad torácica, ya sedado, acoplado al soporte ventilatorio, realizan diagnósticos de 1. Choque hipovolémico, 2. Síndrome post reanimación alta posibilidad de Síndrome de Disfunción Multiorgánica (DOSM) secundaria, sin evidencia de diuresis, se termina de reanimar hídricamente y se inicia dosis bajas de inotrópicos, vasopresores, en espera de paraclínicos para ajustar manejo. Paciente continua con deposiciones abundantes líquidas, se toma coproscópico cuyo reporte es sugestivo de proceso viral, con +++ de sangre, no hay sensación de masa a la palpación, abundante material verde oscuro a través de sonda orogástrica, anúrico desde su ingreso a la institución, con nitrógeno ureico de 67 mmol/l y creatinina en 2.98 mg/dl; se consideran criterios para diálisis peritoneal por lo cual se hace paso de catéter de Thenkoff y por sus múltiples desequilibrios se indica paso de catéter venoso central, radiografía de tórax posterior al paso de catéter evidencia infiltrados algodonosos en ala de mariposa compatibles con edema pulmonar. Paciente en estado crítico, con diagnósticos de: 1. Shock séptico de origen gastrointestinal, 2. Shock hipovolémico refractario, 3. Trastorno hidroelectrolítico severo, 4. Acidosis metabólica severa, 5. Gastroenteritis origen infecciosa – viral, 6. Intoxicación exógena, sin embargo, un poco mejor perfundido que al ingreso con aparición progresiva de pulsos, se toma ecografía abdominal total dentro de límites normales.

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



El 21/04/2015 01:27 se recibe resultado de anión GAP en 31, lo que hace sospechar intoxicación exógena por alcohol figura en la nota médica "la mamá lo llevo a curandero antes de consultar a esta institución".

Paciente valorado por Infectología pediátrica el 21/04/2015 12:21 que considera paciente con foco enteral agudo, de probable etiología viral, con complicación dada por paro cardiorespiratorio asociado a muy probablemente intoxicación exógena (considerar alcohol) quien recibe reanimación en periferia e ingresa a esta institución luego de tiempo no definible de hipoxemia, en condiciones críticas, riesgo también alto de traslocación de bacterias desde tracto gastrointestinal por hipoperfusión prolongada intestinal, por lo que se indica manejo con cefepima más metronidazol, previa toma de cultivos en sangre.

A pesar del manejo, el paciente continua con shock refractario al manejo, en terapia de remplazo renal, sigue muy crítico y el 22/04/2015 continua con bradicardia sostenida y disminución progresiva de saturación de oxígeno, aumenta la frialdad generalizada, pupilas plenas fijas, no pulsos, presenta paro cardiorrespiratorio que no responde a maniobras de reanimación y fallece a las 7:25 pm.

Los familiares consideran que la atención brindada por la médica de la Red de Salud de Ladera no fue adecuada motivo por el cual demandan.

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

La guía de práctica clínica de para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de 5 años del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia del año 2013, recomienda "al momento de la atención utilizar la escala de signos de deshidratación propuesta por la OMS para la estrategia AIEPI para Colombia, que clasifica los niños con EDA en una de tres posibilidades: Deshidratación grave, Algún grado de deshidratación o Sin deshidratación". (18)

La estrategia AIEPI considera que "es necesario evaluar cuidadosa e integralmente al paciente y realizar una historia clínica que incluya la clasificación y determinación del tratamiento adecuados. La frecuencia o el volumen de las deposiciones o vómitos no ayudan a determinar el estado de hidratación del paciente, pero indican la intensidad de la enfermedad y deben tenerse en cuenta para prevenir la deshidratación". (18)

En cuanto a la evaluación del estado de hidratación, "independientemente del germen causal, la orientación terapéutica de cada caso de diarrea debe basarse en la evaluación del estado de hidratación del paciente. El propósito de esta clasificación es unificar criterios de diagnóstico del estado de hidratación con el fin de facilitar el manejo correcto del paciente con diarrea en todos los niveles de atención. Al mismo tiempo, orienta el uso racional de la hidratación endovenosa sólo en los casos con deshidratación grave y/o shock, cuando el paciente no puede beber (y no es posible utilizar sonda nasogástrica) y cuando fracasa la terapia de rehidratación oral (TRO)". (18)

A continuación se transcribe la clasificación de criterios diagnósticos del estado de hidratación y las recomendaciones de manejo.

"1.Observe: Condición general: bien alerta; ojos: normales; sed: bebe normalmente sin sed. 2. Examine: Signo de pliegue cutáneo: desaparece rápidamente. 3.Decida: No tiene signos de deshidratación. 4.Trate: Use Plan A.

1.Observe: Condición general: intranquilo, irritable; ojos: hundidos; sed: sediento, bebe con avidez. 2.Examine: Signo de pliegue cutáneo: desaparece lentamente. 3.Decida: Si presenta dos o más signos tiene deshidratación. 4.Trate: Use Plan B.

1.Observe: Condición general: letárgico, comatoso, hipotónico, inconsciente; ojos: muy hundidos; sed: bebe mal o no puede beber. 2.Examine: Signo de pliegue cutáneo: desaparece muy lentamente (más de 2"). 3.Decida: Si presenta dos o más signos tiene deshidratación grave. 4.Trate: Use Plan C". (18)

ANA INES RICAURTE VILLOTA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



Adicionalmente, es necesario identificar la presencia de otros problemas por lo que la estrategia AIEPI considera que *“además de evaluar el estado de hidratación, es indispensable clasificar la diarrea como Diarrea líquida aguda, disentería o diarrea persistente, por las implicaciones que esta clasificación tiene desde el punto de vista de las secuelas, como ya se anotó. En otras palabras, a todo niño atendido por diarrea es necesario, después de evaluarlo, hacerle una doble clasificación:*

De acuerdo al estado de hidratación (no deshidratado, deshidratado o deshidratado grave).

De acuerdo al tipo de diarrea (líquida aguda, disentería o diarrea persistente).

De esta manera se le brindará un tratamiento y control más racionales.

Por otra parte, se debe preguntar y observar signos que indiquen la presencia de otros problemas como: Desnutrición, Infecciones Respiratorias Agudas y otras enfermedades prevalentes en la infancia como: malaria en zonas endémicas, anemia, maltrato infantil y estado de vacunación, con el fin de brindar una atención verdaderamente integral como lo establece la Estrategia AIEPI y no atender únicamente el motivo de consulta”. (18)

“La gastroenteritis aguda es un proceso auto limitado en la mayoría de los niños, su diagnóstico es clínico y no se precisa la realización de ningún tipo de prueba diagnóstica, ya que su resultado no modificaría la actitud terapéutica. La realización de estas pruebas está, por tanto, limitada a aquellos casos en los que su resultado podría modificar el tratamiento de la enfermedad”. (2)

“Situaciones clínicas en las cuales es recomendable realizar estudio etiológico de gastroenteritis aguda (11):

- *Diarrea con sangre*
- *Fiebre alta persistencia y/o compromiso de estado general severo*
- *Diarrea persistente > 7 días*
- *Uso reciente de antibióticos (descartar Clostridium difficile)*
- *Paciente inmunocomprometido*
- *Situación de brote”.*

La estrategia AIEPI describe el Plan A: *“para tratar la diarrea en el hogar: Usar este plan para enseñar a:*

**Continuar tratamiento en el hogar del episodio actual de diarrea.*

**Iniciar tratamiento precoz en futuros episodios de diarreas.*

**Verificar y completar el esquema de vacunación, detectar desnutrición, anemia o maltrato.*

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en el hogar:

1. Darle más líquidos (todo lo que el niño acepte). Dar las siguientes instrucciones a la madre:

**Si el niño no se alimenta exclusivamente de leche materna, darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de suero de rehidratación oral (SRO), líquidos a base de alimentos (como agua de arroz tostado, agua de harina de plátano, agua de coco, caldo de papa con carne, carne, sopa con pollo).*

**Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquidos con una taza.*

**Continuar administrando líquidos hasta que la diarrea mejore.*

2. Continuar alimentándolo.

3. Cuándo regresar: Aconsejar a la madre o al acompañante.

4. Medidas preventivas”. (18)

En resumen en el ámbito de manejo y vigilancia del niño menor de cinco años con enfermedad diarreica aguda, cuando no tengan deshidratación deben ser tratados en el hogar, previa instrucción y educación a los padres y cuidadores para que reconozcan los signos de alarma para consultar nuevamente. Cuando tengan factores de riesgo para muerte (diez o más deposiciones diarreicas en las últimas 24 horas y cinco o más vómitos en las últimas 4 horas)

ANA INÉS RICAURTE VILLOTA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



deben permanecer en el servicio de salud, en observación u hospitalización, hasta que se garantice que se pueda mantener la hidratación por vía oral en el hogar. Cuando tengan algún grado de deshidratación se atiendan en un servicio de urgencias u observación donde sea posible administrar rehidratación oral o endovenosa

De acuerdo a la historia clínica aportada en la atención en la Red de Salud de Ladera del 19/04/2015 a las 00:58 horas se identifica que el niño en 6 horas había presentado un episodio de deposición líquida fétida sumado a vomito en 7 ocasiones, sin otros síntomas asociados, sin antecedentes de patologías, al examen físico está consciente, colaborador en la consulta, ojos sin alteraciones, mucosas húmedas, abdomen normal, neurológico activo – reactivo, estado mental normal, hidratado, con diagnóstico principal de consulta: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, por lo que el manejo de acuerdo a la estrategia AIEPI correspondía al plan A, o sea tratar la diarrea en el hogar. Dado que el diagnóstico de esta patología es fundamentalmente clínico, no se precisaba la realización de algún tipo de prueba diagnóstica.

Los criterios para realizar tratamiento intrahospitalario: *“Se recomienda hospitalizar a los niños con: Deshidratación grave o con signos choque (disminución del nivel de conciencia, piel pálida o moteada, extremidades frías, taquicardia, taquipnea, pulsos periféricos débiles, tiempo de llenado capilar prolongado y/o hipotensión). Alteraciones neurológicas (somnia, letargia o crisis convulsivas). Vómito persistente e incoercible que impide la Terapia de Rehidratación Oral. Síntomas que sugieran una enfermedad grave como un proceso abdominal quirúrgico. Niños que vuelven a consultar por deshidratación durante el mismo episodio diarreico (reingreso por deshidratación). Niños con sospecha de deshidratación hipernatrémica (presencia de movimientos de mandíbula, incremento en el tono muscular, hiperreflexia, convulsiones, adormecimiento y coma). Niños con factores de riesgo para muerte: edemas en miembros inferiores, la presencia de un proceso infeccioso mayor asociado, presencia de neumonía, sepsis o infecciones neurológicas. Cuidadores que no pueden proveer un adecuado cuidado en casa”.* (17)

Los criterios para trasladar a los niños con EDA a un mayor nivel de complejidad de atención en salud: *“Se recomienda remitir a un nivel de mayor complejidad (segundo o tercer nivel de atención en salud) a los niños con EDA que además presenten: Sospecha o confirmación de bacteriemia o sepsis. Enfermedad concomitante como neumonía, malaria, meningitis, síndrome convulsivo. Niño con gasto fecal elevado o dificultad para el mantenimiento de la hidratación, a pesar de la rehidratación endovenosa continúa”.* (17)

El 20/04/2015 a las 12:55 es llevado el niño nuevamente a la Red de Salud de Ladera, ingresando en muy malas condiciones generales, con signos de deshidratación severa, signos de SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome por sus siglas en inglés), Escala de Glasgow: 8/15, al examen físico pupilas isoreactivas, ojos hundidos, mucosas secas, tórax, corazón y pulmones con retracciones subcostales marcadas, ruidos cardiacos, abdomen y lumbar peristaltismo aumentado, neurológico hipoactivo, piel marmórea generalizada. Con diagnóstico principal de otras septicemias especificadas, por lo que es mandatario remitir a un mayor nivel de atención en el menor tiempo posible. Además, es necesario garantizar una buena vía aérea para mantener la saturación de oxígeno. Igualmente, contar con una línea endovenosa con el suministro de líquidos para hidratación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Según historia clínica aportada, se trata de un lactante de 10 meses de edad al momento de los hechos, con diagnósticos durante la hospitalización de shock séptico de origen gastrointestinal por gastroenteritis de origen infecciosa vs viral e intoxicación exógena; con antecedente quirúrgico reciente de herniorrafía inguinal derecha más hidrocelectomía, procedimiento realizado sin complicaciones; quien fallece durante su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales, causa etiológica de la muerte no descrita en la historia clínica. No se

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



realizó necropsia.

De la atención inicial el 19/04/2015 se observa un enfoque clínico ajustado a la literatura, donde la sintomatología y el examen físico (*vomito, un episodio diarreico, no masas, no dolor a la palpación, no distensión abdominal, peristaltismo aumentado y herida quirúrgica limpia*) sustentan de manera adecuada el diagnóstico de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso la cual requirió manejo medico ambulatorio. La terapia farmacológica ordenada fue pertinente en relación al caso específico y se hacía innecesaria la toma de exámenes de laboratorio.

De igual manera la atención brindada al día siguiente 20/04/2015 fue la esperada ya que el paciente ingreso en muy malas condiciones generales, por lo cual requería ser atendido inmediatamente por el personal asistencial, estabilizado hemodinámicamente con intubación orotraqueal para proteger su vía aérea, por dificultad para canalizar un acceso venoso, se realiza paso de sonda orogástrica para administración de líquidos y medicamentos, y se remite como urgencia vital a un nivel de mayor complejidad para su manejo acompañado por profesional médico en un lapso de tiempo adecuado, ya que ingresa a la Red de Salud de Ladera a las 12:55 y figura ingreso a la Clínica Cali Norte a las 14:18 horas del mismo día, o sea en un lapso de 1 hora y 23 minutos.

Figura en la historia clínica un diagnóstico de intoxicación exógena que se evidencia por elevación del anión GAP, lo que hace sospechar intoxicación exógena por alcohol, refiere la madre del lactante que lo llevo a donde un curandero, que de acuerdo a la valoración por infectología esto lo conlleva a presentar paro cardiorrespiratorio, repercutiendo en el estado general del paciente y posterior evolución por el riesgo alto de traslocación de bacterias desde tracto gastrointestinal por hipoperfusión prolongada intestinal, inflamación previa por infección viral.

Respecto al curso de la hospitalización en Clínica Cali Norte, es de anotar que se hospitalizó inmediatamente en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y se dio un manejo multidisciplinario de todas sus patologías, durante toda su estancia hospitalaria, siendo valorado por varios especialistas como pediatría, nefrología, cirugía general, cardiología, infectología y radiología de manera oportuna, de acuerdo a la información aportada se evidencia la solicitud de paraclínicos enfocados a evaluar las condiciones diarias del lactante y de la misma manera procedimientos encaminados para su manejo integral, que eran los esperados por el alto grado de inestabilidad hemodinámicamente y compromiso sistémico del paciente, pero a pesar de todos los esfuerzos médicos realizados el paciente fallece.

En general se evidenció una atención médica apegada a la literatura médica; desde el ingreso a la Red de Salud de Ladera y durante el proceso de evolución intrahospitalario en la Clínica Cali Norte.

CONCLUSIÓN

Teniendo como precedente todo lo anotado anteriormente, se considera que:

- A. La atención en salud brindada los días 19.04.2015 y 20.04.2015 se ajustó a las normas de manejo establecidas para su cuadro clínico.
- B. Lo anterior no conlleva a la muerte del paciente, siendo la causa de muerte de acuerdo a la historia clínica aportada shock séptico de origen gastrointestinal.
- C. Se determina que no hay relación de causalidad médica, entre la atención prestada en la institución de salud los días 19.04.2015 y 20.04.2015 con la muerte del paciente.

ANA INES RICAURTE VILLOTA 

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-09201-2020



RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

1. Cual fue la causa del fallecimiento de la menor, origen de la enfermedad o patología.

Respuesta: de acuerdo a la historia clínica aportada shock séptico de origen gastrointestinal.

2. Si se hizo necropsia dictaminar sobre las causas probables de la muerte.

Respuesta: No se aporta en los documentos enviados por la autoridad, ni se evidencia en lo plasmado en la historia clínica que se haya realizado necropsia clínica al niño Ilan Santiago Ramos Sánchez. Igualmente, no se encuentra en el Sistema de Información de Medicina Legal SIRDEC que se haya practicado necropsia médico legal.

3. Indicara sobre la atención médica prestada desde el inicio del postoperatorio y la atención por la ESS de Ladera de Silóe.

Respuesta: Ver ítem "Análisis y discusión".

4. Sobre la atención de la médico ANA MILENA BAZAN, si fue correcta, valida, oportuna si se omitió elaboración de ayudas diagnosticas o exámenes si hubo negligencia o retardo en la remisión a un centro de mayor nivel para la atención del menor I.S.R.S.

Respuesta: Ver ítems "Análisis y discusión" y "Conclusión".

COMENTARIOS:

Se devuelve documentación aportada en 1 CD.

Atentamente,

ANA INES RICAURTE VILLOTA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

Ciencia con sentido humanitario, un mejor país

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.

31/12/2020 01:19

Pag. 19 de 19