

RESPUESTA A OFICIO 658 PROCESO RAD. 2017-00042-02

Juzgado 02 Penal Circuito - Santander - Socorro <j02pcsoc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 10/03/2022 3:15 PM

Para: Secretaria Sala Civil Familia - San Gil - Seccional Bucaramanga <seccivsgil@cendoj.ramajudicial.gov.co>

OFICIO 131

Socorro, 10 de marzo de 2022

Doctora:

JUDITH ARDILA PACHON

Secretaria Sala Civil Familia Laboral

San Gil - Santander

En respuesta a su oficio 658 recibido el día de ayer, de manera atenta me permito remitirle copia integral y autentica del Informe Pericial del dictamen de Clínica Forense realizado a quien en vida respondía al nombre de LEONOR DUARTE DE ARIZA, fechado 5 de abril de 2016 y suscrito por el Profesional Especializado Luis Fernando Marín Ortegón.

Adjunto lo anunciado en un (1) archivo digital compuesto de seis (6) folios.

Sin otro particular, me suscribo de Ud.,

Cordialmente,

CARLOS FERNANDO CASTAÑEDA PÁEZ

Secretario



**JUZGADO SEGUNDO PENAL DEL CIRCUITO
SOCORRO - SANTANDER**

Palacio de Justicia Calle 16 N° 14 – 21

Tel 7272870 - Fax: 7272492

Email: j02pcsoc@cendoj.ramajudicial.gov.co



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
G.REG.CLI,ODONT,PSIQU.PSICOL -D.R.NORORIENTE

DIRECCIÓN: Calle 45 No. 1-51. BUCARAMANGA, SANTANDER
 TELEFONO: 6521120

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: GRCOPPF-DRNORIENTE-04458-2016

CIUDAD Y FECHA: BUCARAMANGA. 05 de abril de 2016
 NÚMERO DE CASO INTERNO: **GRCOPPF-DRNORIENTE-02915-C-2016**
 OFICIO PETITORIO: No. UFDC 016 - 2016-02-11. Ref: Noticia criminal
 687556000242201400009 -
 AUTORIDAD SOLICITANTE: CUARTA (4) SECCIONAL-CIRCUITO JUDICIAL
 FISCALIA GENERAL DE LA NACION
 AUTORIDAD DESTINATARIA: CUARTA (4) SECCIONAL-CIRCUITO JUDICIAL
 FISCALIA GENERAL DE LA NACION
 Calle 16 14-21 Palacio de Justicia Socorro
 SOCORRO, SANTANDER
NOMBRE PACIENTE: LEONOR DUARTE DE ARIZA
 IDENTIFICACIÓN: CC 28471879
 EDAD: 83 años
 ASUNTO: Responsabilidad profesional

218
 21-04-2016

Recibido
 14 y 6

DATOS DEL INVESTIGADO

- Nombre: JORGE ENRIQUE VILLALBA SÁNCHEZ
- Profesión y Especialidad: MÉDICO GENERAL
- Facultad: UNIVERSIDAD METROPOLITANA BARRANQUILLA
- Registro Médico: Sin dato
- Tiempo de experiencia: 5 años a la fecha de los hechos
- Tiempo de vinculación: Sin dato.

NOMBRE DEL PACIENTE: LEONOR DUARTE BARBOSA **IDENTIFICACIÓN:** C.C. 28471879 **EDAD:** 81 años (en la fecha del fallecimiento) **ASUNTO:** Responsabilidad Profesional. **REFERENCIA:** Fiscalía Cuarta Seccional Circuito Judicial Socorro. Oficio N° UFDC-016 Caso: 687556000242201400009. **Acción:** Investigación. **Denunciante:** MAGNOLIA DUARTE ARIZA. **Indiciado:** JORGE ENRIQUE VILLALBA SÁNCHEZ. **Radicado de correspondencia del Instituto Nacional de Medicina Legal Regional Nor-Oriente Bucaramanga 00775-16-DESEC de 15 de febrero 2016.**

MOTIVO DE LA PERITACIÓN: "...si la actividad médica desplegada cumplió o no con la Lex-Artis o norma de atención, si esa actuación médica cuestionada originó un daño expresado como incapacidad médico legal y/o secuelas y la relación causa efecto entre la actuación médica y el daño, este último causado cual fue el fallecimiento de la víctima LEONOR DUARTE BARBOSA...".

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO: Un cuaderno con 211 folios, que contienen la denuncia, la hoja de vida y la declaración del investigado, la copia de la historia clínica de LEONOR DUARTE BARBOSA. 26 folios de copias de artículos sobre butil bromuro de hioscina, anélgicos y anti inflamatorios no esteroideos. **CUESTIONARIO PLANTEADO POR LA AUTORIDAD:** No hay cuestionario específico. **OTROS RECURSOS UTILIZADOS:** Guías para el Manejo de Urgencias. **CAPÍTULO XVIII: SHOCK ANAFILÁCTICO.** Julián Gómez Alzate, MD. Jefe, Servicio de Urgencias. **Clínica del Country. Bogotá.** www.aibarra.org/apuntes/criticos/guias/trauma.../shock_anafilactico.pdf.

LUIS FERNANDO MARIN ORTEGON

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: GRCOPPF-DRNORIENTE-04458-2016

EXAMEN CLÍNICO FORENSE ACTUAL: No hay registro de exámen médico forense.

RESUMEN DEL CASO: Presentan denuncia penal por homicidio culposo de donde se extracta que el 29-12-2013 la paciente es acompañada al servicio de urgencias del Hospital Manuela Beltrán de Socorro por dolor en el estómago y otros síntomas, es valorada por la Doctora RUTH JIMENA BAEZ, a quien le relatan que la paciente es alérgica al Diclofenaco, le describan signos de deshidratación, dolor abdominal no quirúrgico, la dejan en observación para hidratarla y realizarle paraclínicos, la medican con líquidos endovenosos (solución salina), dipirona y ranitidina; en observación valorada por el Doctor JORGE ENRIQUE VILLALBA TORRES, quién diagnóstica deshidratación III, ordena bolo de solución salina y continuar hidratación, solicita valoración por cirugía para descartar apendicitis o colecistitis; solicita parcial de orina que considera compatible con infección de vías urinarias y medica ciprofloxacina y hioscina+dipirona IV, que inmediatamente le suministraron los medicamentos refirió dolor en el pecho, por lo que llamaron al médico refiriendo que este no acudió inmediatamente, que posteriormente la valoró le ordenó medicación, le suministran oxígeno, entra en paro y necesita reanimación, posteriormemnte informan que necesita estar en Unidad de Cuidados Intensivos, solicitan traslado que no es posible por lo que la ingresan en la UCI del Hospital por choque anafiláctico, permanece en coma, le encuentran una bacteria en los pulmones y fallece el 3 de enero de 2014. De la historia clínica remitida se extracta: el 08-12-2013 ingresa por urgencias paciente de 81 años por caída de su propia altura con trauma en cabeza y espalda, sin pérdida de conciencia. Como antecedentes es medicada con ASA, hidroclorotiazida, losartan y metoprolol. Dolor a la palpación de la reja costal derecha posterior, sin signos neurológicos. Solicitan Rayos x de reja costal con los que descartan fracturas, la manejan con analgesia y le indican solicitar consulta de control en la EPS. 29/12/2013, 13.23 horas, ingresa por urgencias por dolor en el estómago, dolor en todo el cuerpo, sin hambre con sed; glucosa 170 mg/%. Antecedente de cardiopatía hipertensiva, drenaje de hematoma renal, histerectomía-cistopexia, exposición a humo de leña, en el análisis consignan cuadro de dolor abdominal no quirúrgico en el momento, signos de deshidratación que requiere observación toma de exámenes para aclarar el diagnóstico. Solicitan cuadro hemático, BUN, electrolíticos, creatinina. Solución salina endovenosa, dipirona y ranitidina. Firma RUTH JIMENA BAEZ. 16:25 mucosa oral seca, dolor al palpar mesogastrio y fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, pulmones bien ventilados; reportan cuadro hemático con 12870 leucocitos con neutros de 93, HB (hemoglobina) 9.8. Continuar hidratación y ranitidina. Firma JORGE ENRIQUE VILLALBA SÁNCHEZ. 19:25 persiste dolor abdominal, solicitan parcial orina. 21:13 parcial de orina leucocitos 30-35 xc, bacterias +, células epiteliales: 2-4 XC. Dolor abdominal secundario a IVU (infección de vías urinarias). Ciprofloxacina 200 mg IV c/ 12 horas; hioscina + dipirona amp iv c/ 8 horas. 23:07 valoración conjunta con Medicina Interna; posterior a la aplicación IV de hioscina+dipirona sensación de disconfort precordial, disnea y bronco espasmo severo llegando a saturación de oxígeno de 47% al ambiente, se administra metilprednisolona 500 mg, hidrocortisona 200 mg IV, adrenalina 1 mg subcutáneo, beclometasona inhalado 3 puf, micronebulización con salbutamol 12 gotas, oxígeno al 50% por ventury, la paciente presenta paro cardiorespiratorio, se realizan maniobras básicas y avanzadas, intubación orotraqueal, para ventilación asistida por ambú, después de 7 minutos de masaje cardíaco, recupera ritmo cardíaco sinusal con saturación que llega a 91%. Requiere manejo en UCI para soporte hemodinámico y ventilación mecánica. JORGE ENRIQUE VILLALBA

LUIS FERNANDO MARIN ORTEGON

219

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: GRCOPPF-DRNORIENTE-04458-2016

SANCHEZ. 2013-12-30 05:50 Diagnóstico de choque anafiláctico e IVU en tto. Mal estado general, con soporte ventilatorio invasivo, saturación 95%, hipotensa, ritmo cardíaco normal bajo sedación con infusión de fentanyl y midazolam, pulmones con roncus y sibilancias en ambos campos pulmonares. Plan monitorización continua, asistencia ventilatoria mecánica, continuar infusión con midazolam y fentanyl, dopamina 6 mg/kg/ min, ranitidina, ciprofloxacina, morfina 3 mg iv dosis única, sonda vesical a cistoflo, pendiente remisión a UCI. LAURA JULIANA FIALLO BERMUDEZ. 07:48. Aceptada UCI San Gabriel y autorizada por EPS. Ingreso a UCI de adultos 8:53. EKG ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 120X', supradesnivel de segmento ST en V2 y V3, signos de isquemia en cara anterolateral por lo que se solicitarán enzimas cardíacas. Se trata de paciente con choque anafiláctico secundario a aplicación de dipirona+hioscina iv, con EKG que evidencia signos de isquemia en cara lateral y anterior, con inestabilidad hemodinámica en requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica invasiva, soporte hemodinámico vasoactivo, monitoría continua y manejo titulado que justifica su ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Inician manejo antibiótico con piperacilina talzobactam vancomicina, colocación de catéter venoso, suspenden dopamina, solicitan RX de tórax, hemograma, gases arteriales y venosos, azoados, parcial de orina, bilirrubinas, electrolitos, enzimas cardíacas, transaminasas, pruebas de coagulación, urocultivo, cultivo de secreción traqueobronquial. 18:37, presenta en rayos x de tórax consolidación de campo pulmonar derecho, enzimas cardíacas elevadas que sugieren posible cardiopatía isquémica por lo que iniciará clopidogrel, estatinas y trmbo profilaxis, no se considera apropiado iniciar remisión en el momento puesto que la paciente cursa con proceso séptico de origen pulmonar que requiere manejo prioritario y posteriormente se pensaría en llevar a cateterismo cardíaco para estudio de su cardiopatía isquémica. Médico Especialista JAVIER DAVID ARIZA ALVAREZ. 31/12/2013. 08:22. Nutrición enteral por sonda nasogástrica, continúa manejo médico instaurado con ajuste del soporte ventilatorio y vasoactivo. 18:46, presentó bradicardia e hipotensión que requirió manejo con atropina y aumento de infusión de dobutamida. 01/01/2014. 07:19. Cuadro estable con broncoespasmo moderado con hipoxemia y acidosis respiratoria. Continuar manejo. 19:50. Estímulo diurético e insulino terapia. 02/01/2014. 07:15. Tolera soporte nutricional enteral. Hiperglicemia con requerimiento de insulina, sobrecarga hídrica e hipopotasemia. 03/01/2014. Incremento de ocupación pulmonar, secreciones mucopurulentas, hipoperfusión tisular; suspende piperacilina talzobactam y continuar linezolid. Realizar hemocultivo y cultivo de secreciones. 20:05. Evolución tórpida, gasto urinario adecuado. Cultivo orotraqueal negativo (72 horas). 21:58. Hipotensa desaturada se ajusta dosis de dobutamida, inicio de noradrenalina. ECG onda T invertida simétrica, infarto agudo de miocardio, presenta actividad eléctrica sin pulso, reanimación, durante 25 minutos sin éxito. Fallece 21:55. JAVIER DAVID ARIZA ALVAREZ.

DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO MODO Y LUGAR: Ante un paciente a quien se le está suministrando un medicamento y presenta signos clínicos de reacción anafiláctica, se debe actuar de manera expedita tratando de mantener estables los signos vitales para lo cual deberá establecerse un plan de evaluación de los tres componentes básicos ante una situación potencialmente crítica, el llamado "ABC inicial" en cualquier situación de emergencia: mantenimiento y permeabilidad de la vía aérea, respiración (breathing) y circulación. El tratamiento farmacológico se dispone según la severidad y permite cierto grado de modificación en el orden de inicio y de la secuencia;

LUIS FERNANDO MARIN ORTEGON

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: GRCOPPF-DRNORIENTE-04458-2016

pero en casos de verdaderas respuestas anafilácticas, y por supuesto en el shock anafiláctico, la secuencia más aceptada es la siguiente: Adrenalina (epinefrina): se administra por vía subcutánea en pacientes sin marcado compromiso hemodinámico o por vía intravenosa en pacientes inestables, en dosis de 0,2 a 0,5 mg cada 15 a 20 minutos hasta la disminución y control de los síntomas y hasta tres dosis. Antihistamínicos: no existe evidencia clara sobre las ventajas de utilizar uno u otro según la disponibilidad en cada centro hospitalario. Glucocorticoides: son definitivamente útiles en todos los casos de reacción anafiláctica severa y especialmente deben ser tenidos en cuenta cuando se sospeche la presencia de shock anafiláctico idiopático, pues disminuyen la severidad de los síntomas, la velocidad de aparición y potencialmente, la magnitud de algunas manifestaciones, especialmente del edema laríngeo y las repercusiones cutáneas. Otros agentes inhalados: cada día más utilizadas, son sustancias como la epinefrina racémica y la budesonida, con aceptable efecto local sobre el tejido edematizado de la laringe, glotis y tráquea. La utilización de estas sustancias es aceptada, pero se plantea discusión sobre los beneficios y los altos costos; además, su disponibilidad es limitada en muchos de nuestros centros de urgencias. Líquidos parenterales: el mantenimiento y reemplazo del volumen intravascular efectivo con soluciones salinas (SSN o lactato de Ringer) permiten sostener los parámetros hemodinámicos cerca de lo ideal. Por ello las medidas arriba descritas de repleción del volumen circulatorio deben ser consideradas como parte de la intervención no farmacológica tal vez más efectiva en el contexto del esquema terapéutico general. Debe anotarse que cuando ya se ha solucionado la emergencia inicial, es bastante frecuente un efecto de rebote por las características de biodisponibilidad del agente farmacológico o por las condiciones clínicas que ha traído consigo todo el andamiaje de la reanimación de estos pacientes, cuyo comportamiento nunca es exactamente igual entre uno y otro. Por las características clínicas d la paciente y la presentación del choque, es necesario continuar la atención y el cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos; en el caso concreto requirió el manejo de infarto de agudo de miocardio, la neumonía y la sepsis.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Paciente adulto mayor de sexo femenino con antecedentes de alergia al Diclofenac, cardiopatía hipertensiva e isquémica en tratamiento farmacológico, que sufre caída de su propia altura sin pérdida de conocimiento, manejada con analgésicos; veinte días después consulta por dolor abdominal, encontrándola des hidratada con hiperglicemia, se deja en observación para manejo y paraclínicos con el fin de hacer el diagnóstico. Le encuentran como posible causa del dolor una infección urinaria, inician manejo adecuado con ciprofloxacina y ante la persistencia del dolor deciden medicar con hioscina+dipirona intravenosa, desencadenando una reacción adversa al medicamento adecuadamente usado, siendo manejado de manera oportuna y de acuerdo con los protocolos establecidos, necesitó reanimación con complicaciones secundarias consistentes en infarto agudo de miocardio y sepsis de origen pulmonar, que finalmente le producen el fallecimiento. El evento presentado por la paciente, es clasificado por la Organización Mundial de la Salud como Reacciones Adversas a Medicamento Tipo B que se caracteriza por no ser predecible, mecanismo de producción desconocido, no se relaciona con la dosis del medicamento, de baja incidencia y mortalidad elevada.

CONCLUSIÓN: La atención prestada en E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán de Socorro a LEONOR DUARTE BARBOSA, se ajustó a "Lex-Artis".

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS: No plantean interrogantes

LUIS FERNANDO MARIN ORTEGON

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: GRCOPPF-DRNORIENTE-04458-2016

220

específicos.

COMENTARIOS: A pesar de un antecedente de alergia al diclofenaco, la paciente estaba medicada con ácido acetil salicílico, por el antecedente de cardiopatía isquémica que es un antiinflamatorio no esteroideo sin que presentara reacción adversa; el analgésico utilizado en la paciente fue la dipirona, sin efectos adversos, por tanto no era predecible que la aplicación de la hioscina como antiespasmódico, indicada en el dolor que presentaba, generara reacción alguna. La reacción adversa al medicamento y las otras patologías presentadas por la paciente, se manejaron de acuerdo a las guías y protocolos establecidos para cada una de ellas.

Atentamente,



LUIS FERNANDO MARIN ORTÉGON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

SERVICIO FORENSE PARA UNA COLOMBIA DIVERSA Y EN PAZ

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.

08/04/2016 10:28

Pag. 5 de 5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

EL SECRETARIO DEL JUZGADO SEGUNDO PENAL DEL
CIRCUITO DE SOCORRO - SANTANDER

H A C E C O N S T A R

Que la reproducción escaneada del Informe Pericial del dictamen de Clínica Forense realizado a quien en vida respondía al nombre de LEONOR DUARTE DE ARIZA, fechado 5 de abril de 2016 y suscrito por el Profesional Especializado Luis Fernando Marín Ortega, es COPIA INTEGRAL Y AUTENTICA del que reposa dentro del trámite de preclusión que se adelantara en este despacho respecto del señor JORGE ENRIQUE VILLALBA SÁNCHEZ, por el delito de "HOMICIDIO CULPOSO", radicado al No. 687553104002201700016-00.

Se expide en Socorro, Santander, hoy diez (10) de marzo de dos mil veintidós (2022).



CARLOS FERNANDO CASTAÑEDA PÁEZ

Secretario

Firma escaneada. Art. 11 Decreto 491 del 2020