

RESPUESTA A SOLICITUD RADICADO 91001-31-89-002-2021-00125-00

Hugo Eliecer Martinez Cabeza <hugo.martinez@medicinalegal.gov.co>

Vie 11/08/2023 14:14

Para:Juzgado 02 Promiscuo Circuito - Amazonas - Leticia <prcto02lt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (195 KB)

01ee3789-6d5e-12e0-9aa2-a739682590e6 (3).pdf;

Cordial saludo!

Se envía respuesta a solicitud del radicado número 91001-31-89-002-2021-00125-00.

La historia clínica aportada presentaba errores de digitación que dificultaron su lectura.

Atentamente,

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA
ENCARGADO UB LETICIA



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

DIRECCIÓN: Hospital Regional Leticia. LETICIA, AMAZONAS
TELEFONO: 57 6014069944 - 6014069977 extensión 5853

Oficio No.: UBLET-DSCU-00479-2023

CIUDAD Y FECHA: LETICIA. 10 de agosto de 2023
NÚMERO DE CASO INTERNO: UBLET-DSCU-00476-C-2023
OFICIO PETITORIO: No. - 2023-07-05. Ref: Proceso 91001-31-89-002-2021-00125-00 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: MYRIAM PAOLA CARRILLO MARQUEZ
JUZGADO SEGUNDO PROMISCOUO DEL CIRCUITO
JUZGADO
AUTORIDAD DESTINATARIA: MYRIAM PAOLA CARRILLO MARQUEZ
JUZGADO SEGUNDO PROMISCOUO DEL CIRCUITO
JUZGADO
AVDA INTERNACIONAL 8 - 31
LETICIA, AMAZONAS
ASUNTO: Oficio general
PERSONA ASOCIADA: JUAN PABLO VERA CAPTO

En atención a su oficio "Ofíciense al INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES para que a través de uno de sus especialistas sea evaluada la historia clínica del señor JUAN PABLO VERA CAPTO, y con ello se establezca cuál fue el origen de la enfermedad que padeció, cuál fue el origen del aumento del volumen corporal que sufrió antes de su fallecimiento, y en particular que indique si de haberse realizado oportunamente su traslado a Bogotá se habría evitado la retención de líquidos que produjo el inusitado y excesivo aumento del volumen corporal, que impidió su traslado en avión ambulancia a la ciudad de Bogotá".?

Se revisa la historia clínica de atención médica en la Fundación Clínica Leticia en un archivo magnético de nombre "22Historia Clínica" que contiene 57 folios desde el 22 marzo de 2019. Historia clínica de difícil lectura en varios registros por errores de digitación.

Fecha Atención: 27 abril 2019 10:18 Paciente refiere edema de miembros inferiores que empeora en el transcurso del día, refiere que hace unos días aparece lesión puntiforme asociada a edema rubor y calor a nivel de cara externa de antebrazo izquierdo, lesión que ha crecido progresivamente, refiere que ha drenado pus en varias ocasiones. PESO: 190 Kg TALLA: 178 cm IMC: 59.97 Kg/m2.. extremidades simétricas eutróficas con edema grado i a nivel de miembros inferiores, a nivel de cara lateral externa de antebrazo izquierdo se observa tumoración con punto de drenaje de alrededor de 3x3cm de diámetro con salida de secreción purulenta, rubor, calor y edema perilesional, a nivel plantar lesiones descamativas pruriginosas

Fecha atención: 12 noviembre 2019 15:11. Motivo consulta: "tengo los testículos inflamados". enfermedad actual: masculino de 38 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida y HTA, quien requiere cirugía bariátrica y en múltiples ocasiones ha desistido, consulta por cuadro de 1 día de evolución consistente en edema testicular, niega dolor, además disnea y diaforesis, niega otra sintomatología. Antecedentes: Ant. Familiares: padre DM. Ant. Personales: HTA, obesidad mórbida. Signos vitales TA: 160/82 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 146 x min peso: 148 kg talla: 157 cm IMC: 60.04 kg/m2 Sup: 2.54 m2 FR: 19 x min Temp: 37 °C. SAT: 89 % TAM: 108 mm Hg.? Examen físico: condiciones generales: -regular estado general, hidratado, tranquilo. , -Genitourinarios: presenta linfadenitis pélvica con edema testicular bilateral...diagnósticos diag. Ppal. : Disnea diag. Rel 1 : Linfadenitis aguda de sitio no especificado tipo diagnóstico: impresión diagnóstica...análisis y plan de manejo urgencias: masculino de 38 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida y HTA, quien requiere

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA



cirugía bariátrica y en múltiples ocasiones ha desistido, consulta por cuadro de 1 día de evolución consistente en edema testicular, niega dolor, además disnea y diaforesis, niega otra sintomatología. Se solicita valoración conjunta con médico cirujano, al examen físico paciente presenta linfadenitis pélvica con edema testicular, además presenta dificultad respiratoria, con saturación de 88% al aire ambiente, diaforético, por lo que especialista indica manejo por medicina interna o medicina familiar, por ahora se ingresa para manejo sintomático y toma de paraclínicos, se explica a paciente plan a seguir, entiende y acepta.

, **12/11/2019 11:26:00 p. M.?** Sin embargo, al momento de acostarse, se observa desaturación. Paraclínicos solicitados: cuadro hemático con línea blanca, roja y plaquetaria normal, glicemia normal, creatinina aumentada con BUN normal, Rx de tórax con silueta cardiaca aumentada de tamaño, sin embargo, no se aprecian lesiones pulmonares. Ante persistencia de sintomatología, se considera requiere ser hospitalizado para valoración por medicina interna

Evolución especialidades evolución: 1 del 13/11/2019 12:51:00 p. M. Realizada por: Alfonso Elías Daza Pareja. Diag. Ppal : Disnea Diag. Obesidad, no especificada Diag. Rel 2 : Linfadenitis inespecífica no especificada subjetivo : evolución de hospitalización paciente de 38 años en su primer ida de hospitalización síndrome SDR infección testicular obesidad mórbida linfadenitis paciente quien refiere disnea, edema testicular desde hace dos días limita la movilizad con eritema, calor, niega pico febril niega otra sintomatología objetivo : signos vitales ta: 120/80 FC: 85 FR: 15 T: 36 sao2: 86% a 3lpm normocéfalo, cuello móvil sin masas o megalias, no limitación de movimientos. Orl: otoscopia bilateral normal, orofaringe normal, mucosa oral húmeda. Tórax: simétrico, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado sin agregados, no signos de dificultad respiratoria. Abdomen: blando, depresible, abundante panículo adiposo se evidencia eritema en hipogastrio, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal genitourinario: puño percusión negativa GU normal edema testicular con edema con eritema extremidades: eutróficas, sin edemas, pulsos simétricos, llenado capilar menor a 3 seg piel: sin lesiones aparentes. SNC: alerta, orientado en 3 esferas, no signos de focalización, no signos de irritación, Glasgow 15/15 análisis: paciente de 38 años cursa con SDR asociada a infección testicular en el momento con SDR leve saturación 86 % en bajo flujo y signo de infección local en piel se considera iniciar oxígeno de alto flujo y ab, vigilancia clínica. Plan de tratamiento: hospitalizar dieta hiposódica hipoglúcida oxígeno Venturi 32 %titular según necesidad tapón venoso ciprofloxacina 400 mg IV cada 12 hora fi 13-11-2019 día 0 Dipirona 2 gr IV cada 8 horas vigilar patrón respiratorio.

14/11/2019 4:05:00 p. m. Realizada por: Kelly Janeth guerra noriega cama: hospitalización -- hospitalización -- 212 - 212 diag. Ppal. : r060 disnea diag. Rel 1: e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada plan de tratamiento: nota medica paciente quien presenta saturación Venturi 32 % 92 % ta 158/70 FC 140 FR 20 paciente refiere sentirse bien, niega dolor torácico niega disnea niega otra sintomatología? paciente con antecedente HTA en manejo con metoprolol 50 mg VO cada 12 horas. Ordenes medicas SS EKG Losartan 50 mg VO ahora metoprolol 50 mg VO cada 12 hora??

15/11/2019 11:35:00 a. m. Realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas diag. Ppal : r060 disnea Diag. Rel 1 : e669 obesidad, no especificada Diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada subjetivo: evolución de hospitalización paciente de 38 años en su tercer día de hospitalización celulitis testicular síndrome SDR secundario obesidad mórbida - linfadenitis paciente quien refiere modulación de la inflamación y eritema, mejora de la disnea niega pico febril, niega dolor torácico, niega otra sintomatología. Objetivo : signos vitales ta: 157/80 FC: 71 FR: 15 t: 36 sao2: 91% genitourinario: puño percusión negativa GU normal extremidades: eutróficas, sin edemas, pulsos simétricos, llenado capilar menor a 3 seg piel: eritema en hipogastrio y región testicular leve calor no signo de tumefacción análisis : paciente de 38 con antecedente de obesidad mórbida presentando SDR secundario con sospecha de SAHOS e hipertensión pulmonar secundaria con requerimiento de oxígeno suplementario de alto flujo, se



revisa EKG ritmo sinusal no cambios isquémicos no bloqueos se considera que paciente se beneficia de inicio de trámites para oxígeno suplementario domiciliario , por el momento continuar igual manejo médico plan de tratamiento : hospitalizar dieta hiposódica hipoglúcida oxígeno Venturi 32 %titular según necesidad tapón venoso ranitidina 50 mg IV cada 8 horas ciprofloxacina 400 mg IV cada 12 hora fi 13-11-2019 día 2 Dipirona 2 gr IV cada 8 horas naproxeno 500 mg VO cada 8 horas metoprolol 50 mg VO cada 12 horas vigilar patrón respiratorio SS oxígeno suplementario domiciliario

Evolución: 5 del 16/11/2019 10:13:00 a. M. Realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas cama: hospitalización -- hospitalización -- 212 - 212 diag. Ppal : r060 disnea diag. Rel 1 : e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3 : I039 celulitis de sitio no especificado subjetivo: evolución hospitalización paciente de 38 años en su cuarto día de hospitalización con diagnostico celulitis testicular síndrome sdr secundario obesidad mórbida - linfadenitis paciente quien refiere aumento de la inflamación y eritema en región testicular, mejoría de la disnea niega pico febril, niega dolor torácico, niega otra sintomatología. Objetivo: ta: 130/80 FC: 105 FR: 15 t: 36 saO2: 98%...Genitourinario: puño percusión negativa edema testicular, eritema calor que se extiende hipogastrio. Análisis: paciente de 38 años con obesidad mórbida presentado SAHOS e hipertensión pulmonar con requerimiento de oxígeno suplementario cursa con celulitis testicular y linfadenitis quien se encuentra en manejo con Ciprofloxacina paciente quien presenta aumento del eritema calor y rubor se considera escalonamiento de ab con vancomicina y clindamicina para cubrir estafilococo, ... **Evolución : 6 del 17/11/2019 9:58:00 a. m.** Realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas diag. Ppal : r060 disnea diag. Rel 1 : e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3 : I039 celulitis de sitio no especificado ta, 110/70 FC 76 FR 20 sa2 96%...Genital se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis...análisis : barón adulto joven con historia clínica de obesidad mórbida, sospecha de SAHOS , hospitalizado con Dx de celulitis perineal ayer se decidió escalar antibioterapia para cubrimiento de estafilococo, metiliso resistentes hoy completa 24 horas de esquema con vancomicina + clindamicina, en el momento sin SIRS, sin dificultad respiratoria con requerimiento de oxígeno suplementario, refiere dolor a nivel de periné, se continúa igual esquema, se refuerza analgésica, reportes de laboratorio, ch normal azoados elevados

Evolución: 7 del 18/11/2019 7:26:00 a. m. Realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas Subjetivo: Evolución hospitalización paciente de 38 años en su sexto día de hospitalización con diagnostico 1. Celulitis testicular. 2 hidrocele secundario 3. SAHOS 4. Obesidad mórbida 5 linfedema 6 insuficiencia renal crónica subj persiste leve dolor en región perineal y testículo, niega vomito ta, 110/70 FC 76 FR 20 sa2 96%. Genital se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis análisis : barón adulto joven con historia clínica de obesidad mórbida, sospecha de SAHOS , hospitalizado con Dx de celulitis perineal anteayer se decidió escalar antibioterapia para cubrimiento de estafilococos, metiliso resistentes hoy completa 2 días de esquema con vancomicina + clindamicina, en el momento sin SIRS, sin dificultad respiratoria con requerimiento de oxígeno suplementario, refiere leve dolor a nivel de periné, se continúa igual esquema, analgésica,??

Evolución: 8 del 18/11/2019 8:11:00 a.m. Realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas diag. Ppal : r060 disnea diag. Rel 1 : e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3 : I039 celulitis de sitio no especificado plan de tratamiento: 1. Piperacilina tazobactam 4,5 gramos cada 6 horas 2 heparina de bajo peso molecular 80 mgs subcutáneos al día 3, SS ch BUN , creatina, pt ptt paciente de 38 años en su séptimo día de hospitalización con diagnostico 1. Celulitis testicular. 2 hidrocele secundario 3. SAHOS 4. Obesidad mórbida 5 linfedema 6 insuficiencia renal crónica subj persiste leve dolor en región perineal y testículo, niega vomito objetivo: obj, consciente hidratado, afebril ta, 110/70

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA



FC 71 FR 20 sa2 96% .. no hay signos de dificultad respiratoria .. genital se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis...análisis : barón adulto joven con historia clínica de obesidad mórbida, sospecha de SAHOS , hospitalizado con Dx de celulitis perineal anteayer se decidió escalar antibioterapia para cubrimiento de estafilococos, metiliso resistentes hoy completa 23días de esquema con vancomicina + clindamicina, en el momento sin SIRS, sin dificultad respiratoria con requerimiento de oxígeno suplementario, refiere leve dolor a nivel de periné, se continúa igual esquema, analgésica,... vancomicina 1 gr IV cada 12 horas fi 16-11-2019 día 3 clindamicina 600 mg IV cada 6 horas fi 16-11-2019 día 3 piperacilina tazobactam 4,5 gramos cada 6 horas fi 18-11-2019 día 1 heparina de bajo peso molecular 80 mgs subcutáneos al día Dipirona 2 gr IV cada 8 horas tramadol 50mg IV ca 8 horas metoprolol 100 mg VO cada 12 horas paraclínicos ch sin leucocitosis con desviación ala izquierda con trombocitopenia 147 mil función renal creatinina 2.1 BUN normal

Evolución: 10 del 20/11/2019 8:50:00 a. m. Realizada por: Carlos Fernando Vargas roja diag. Ppal: r060 disnea diag. Rel 1: e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2: i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3: I039 celulitis de sitio no especificado paciente de octavo día de hospitalización con diagnostico 1. Celulitis testicular. 2 hidrocele secundario 3. SAHOS 4. Obesidad mórbida 5 linfedema 6 insuficiencia renal crónica subj paciente quien refiere persistencia de edema, y calor testicular niega pico febril, leve dolor en región dorsal, niega otra sintomatología objetivo: Obj, consciente hidratado, afebril ta, 110/70 FC 71 FR 20 sa2 96% no hay signos de dificultad respiratoria. genital se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis. Análisis: paciente de 38 años cursa con obesidad mórbida, sospecha de SAHOS, hospitalizado con Dx de celulitis perineal anteayer se decidió escalar antibioterapia para cubrimiento de estafilococos, metiliso resistentes hoy completa 4 días de esquema con Vancomicina + Clindamicina, se considera dado persistencia de signo de infección local se adiciona penicilina cristalina en el momento sin SIRS, sin dificultad respiratoria con requerimiento de oxigeno suplementario.

Evolución: 11 del 21/11/2019 8:05:00 a. m. Realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas paciente de noveno día de hospitalización con diagnostico 1. Celulitis testicular. 2 hidrocele secundario 3. SAHOS 4. obesidad mórbida 5 linfedema 6 insuficiencia renal crónica. Subj. paciente quien refiere persistencia de edema, y calor testicular niega pico febril, leve dolor en región dorsal, niega otra sintomatología objetivo: Obj, consciente hidratado, afebril ta, 130/70 FC 68 FR 20 sa2 93% peso 170 kg ...no hay signos de dificultad respiratoria. genital se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis, se evidencia aumento del edema ...signos vitales - Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg análisis : paciente de 38 años cursa con obesidad mórbida, sospecha de SAHOS , hospitalizado con dx de celulitis perineal anteayer se decidió escalar antibioterapia para cubrimiento de estafilococos, metiliso resistentes hoy completa 4 días de esquema con Vancomicina + Clindamicina, y penicilina con evolución estacionaria a pesar de manejo médico, se considera iniciar tramites de remisión a tercer nivel para manejo por medicina interna y equipo multidisciplinario, trasporte vuelo ambulancia medicalizado, se considera para estudio extensión de la lesión solicitar tac de pelvis y tejidos blandos sin contraste, se solicita ch y función renal de control...vancomicina 1 gr IV cada 12 horas fi 16-11-2019 día 5 clindamicina 600 mg IV cada 6 horas fi 16-11-2019 día 5 piperacilina tazobactam 4,5 gramos cada 6 horas fi 18-11-2019 día 3 penicilina cristalina 4 000000 IV cada 4 horas fi 20-11-2019 día 1 heparina de bajo peso molecular 80 mg subcutáneos al día furosemida 20 mg IV cada 12 horas Dipirona 2 gr IV cada 8 horas tramadol 50mg IV ca 8 horas metoprolol 100 mg VO cada 12 horas vigilar patrón respiratorio SS oxigeno suplementario domiciliario SS tac de pelvis y tejidos blandos SS ch, función renal ahora se inicia remisión a tercer nivel para manejo

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA



por medicina interna y equipo multidisciplinario transporte vuelo ambulancia medicalizado csv y ac.. **Evolución: 12 del 21/11/2019 8:08:00 a. m.** realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas...diag. Ppal : r060 disnea diag. Rel 1 : e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3 : I039 celulitis de sitio no especificado signos vitales - Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg plan de tratamiento: SS Rx tórax portátil para descartar signo de falla cardiaca SS Rx tórax portátil

Evolución: 13 del 22/11/2019 10:35:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas diag. Ppal : r060 disnea diag. Rel 1 : e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3 : I039 celulitis de sitio no especificado 1. celulitis testicular. 2 hidrocele secundario 3. SAHOS 4. obesidad mórbida 5 linfedema 6 insuficiencia renal crónica subj paciente quien refiere persistencia de edema, y calor testicular niega pico febril, leve dolor en región dorsal, niega otra sintomatología objetivo: signos vitales ta: 120/80 FC: 85 FR: 15 t: 36 sao2: 98%.tórax: simétrico, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado sin agregados, no signos de dificultad respiratoria. genitourinario: puño percusión negativa GU genital se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis, se evidencia aumento del edema... signos vitales - Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg análisis : paciente de 38 años cursa con obesidad mórbida, sospecha de SAHOS , hospitalizado con Dx de celulitis perineal anteayer se decidió escalar antibioterapia para cubrimiento de estafilococos, metilisno resistentes hoy completa 6 días de esquema con Vancomicina + Clindamicina, y penicilina con Evolución estacionaria a pesar de manejo médico, pendiente remisión a tercer nivel para manejo por medicina interna y equipo multidisciplinario, transporte vuelo ambulancia medicalizado, por el momento continuar igual manejo médico, se realiza ajuste a diurético. ??

Evolución: 14 del 23/11/2019 7:59:00 a. m. realizada por: Kelly Janeth guerra noriega. diag. Ppal : r060 disnea diag. Rel 1 : e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3 : I039 celulitis de sitio no especificado signos vitales - Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg plan de tratamiento: dado que se sospecha de lesión micótica se adiciona fluconazol.

Evolución: 15 del 23/11/2019 8:46:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas. diag. Ppal: r060 disnea diag. Rel 1: e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2: i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3: I039 celulitis de sitio no especificado subjetivo: Evolución de hospitalización paciente de un décimo día de hospitalización con diagnostico paciente de un décimo día de hospitalización con diagnostico 1. celulitis testicular. 2 hidrocele secundario 3. SAHOS 4. obsesidad mórbida 5 linfedema 6 insuficiencia renal crónica subj paciente quien refiere persistencia de edema que ha aumentado en miembros inferiores, con rubor, calor en zona genital, además odinofagia intensa, niega pico febril, disnea de medianos esfuerzos paciente quien se solicita tac de pelvis y tejidos blandos esta no se realiza dado que permite la evaluación adecuada objetivo: signos vitales ta: 110/80 FC: 85 FR: 15 t: 36 sao2: 98% .. genitourinario: puño percusión negativa GU genital se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis, se evidencia aumento del edema extremidades: eutróficas, con edema grado II, pulsos simétricos, llenado capilar menor a 3 seg... signos vitales - Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg análisis : paciente de 38 años cursa con obesidad mórbida, sospecha de SAHOS , hospitalizado con Dx de celulitis perineal anteayer se decidió escalar antibioterapia para cubrimiento de estafilococos, metilisno resistentes hoy completa 6 días de esquema con



Vancomicina + Clindamicina, y penicilina con Evolución estacionaria a pesar de manejo médico, pendiente remisión a tercer nivel para manejo por medicina interna y equipo multidisciplinario, transporte vuelo ambulancia medicalizado se inste en la remisión dado evolución tórpida , por el momento continuar igual manejo médico, se realiza ajuste a diurético., vancomicina 1 gr IV cada 12 horas fi 16-11-2019 día 7 clindamicina 600 mg IV cada 6 horas fi 16-11-2019 día 7 piperacilina tazobactam 4,5 gramos cada 6 horas fi 18-11-2019 día 5 penicilina cristalina 4 000000 IV cada 4 horas fi 20-11-2019 día 3 heparina de bajo peso molecular 80 mga subcutáneos al día furosemida 20 mg IV cada 8 horas Dipirona 2 gr IV cada 6 horas tramadol 50mg IV ca 8 horas metoprolol 100 mg VO cada 12 horas fluconazol tab 200 mg VO cada día SS función renal , proteínas totales vigilar patrón respiratorio pendiente TAC de pelvis y tejidos blandos pendiente ch, función renal ahora pendiente remisión a tercer nivel para manejo por medicina interna y equipo multidisciplinario transporte vuelo ambulancia medicalizado

Evolución : 16 del 24/11/2019 10:39:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas signos vitales - Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg plan de tratamiento : se solicita función renal y electrolitos de control el día mañana órdenes medicas SS creatinina , BUN y electrolitos tomar mañana 6 am..

Evolución: 17 del 24/11/2019 11:22:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas... se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis, s evidencia aumento del edema extremidades: eutróficas, con edema grado II, pulsos simétricos, llenado capilar menor a 3 seg piel: sin lesiones aparentes. SNC: alerta, orientado en 3 esferas, no signos de focalización, no signos de irritación, Glasgow 15/15 signos vitales - Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98... o se insiste en la remisión dado evolución tórpida, por el momento continuar igual manejo médico.

Evolución: 18 del 25/11/2019 8:01:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas. paciente de doceavo día de hospitalización con diagnostico 1. celulitis testicular. 2 hidrocele secundario 3. SAHOS 4. obesidad mórbida 5 linfedema 6 insuficiencia renal crónica subj paciente quien pasa regular noche, edema grado II en miembros inferiores, requerimiento de oxígeno suplementario, niega disnea niega otra sintomatología. objetivo : signos vitales ta: 110/80 FC: 84 FR: 15 t: 36 sao2: 98%... genital se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis, s evidencia aumento del edema extremidades: eutróficas, con edema grado II , pulsos simétricos, llenado capilar menor a 3 seg... ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg análisis : paciente de 38 años cursa con obesidad mórbida, sospecha de SAHOS , hospitalizado con Dx de celulitis perineal anteayer se decidió escalar antibioterapia para cubrimiento de estafilococos, metilisno resistentes hoy completa 8 días de esquema con Vancomicina + Clindamicina, y penicilina con Evolución estacionaria a pesar de manejo médico, pendiente remisión a tercer nivel para manejo por medicina interna y equipo multidisciplinario, transporte vuelo ambulancia medicalizado se inste en la remisión dado evolución tórpida ,... pendiente remisión a tercer nivel para manejo por medicina interna y equipo multidisciplinario..

Evolución: 19 del 25/11/2019 4:15:00 p. m. realizada por: Yamid Darío Pulido Lancheros... s: se atiende llamado de enfermera se valora paciente encontrando taquicárdico, taquipneico, en el momento paciente refiere no presenta sensación de disnea, pero es evidente el esfuerzo respiratorio, tolera y acepta vía oral diuresis refiere epresnete (sic), odinofagia, ... análisis, paciente con diagnósticos anotados, presenta taquicardia, taquipnea, dificultad respiratoria me comunico con médico familiar quien refiere **traslado a unidad** para vigilancia estricta de signos vitales ,se inicia líquido icv, se adiciona furosemida 20 cada 12 horas, en espera de paraclínicos para definir conducta... **plan de tratamiento : traslado a unidad cuidado intermedio...**



furosemida 20 mg IV cada 12 horas.

Evolución : 21 del 26/11/2019 2:07:00 a. m. realizada por: Kelly Janeth guerra noriega diag. Ppal : r060 disnea diag. Rel 1 : e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3 : I039 celulitis de sitio no especificado signos vitales - Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg plan de tratamiento : nota medica paciente con diagnóstico anotados cursa ta 155/98 FR 25 FC 141 no disnea con requerimiento de oxigeno suplementario de alto flujo en el momento no signo de estabilidad, se considera dado taquicardia sinusal y no control de cifras tensionales se da dosis única de beta bloqueador de canal de calcio, vigilancia clínica estricta ordenes medicas verapamilo 40 mg VO ahora revalorar en 30 minutos.

Evolución : 22 del 26/11/2019 8:26:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas paciente de 14 día de hospitalización con diagnostico 1.celulitis escrotal 2 síndrome edematoso 2,1 hidrocele secundario 4.SAHOS 5.obesidad mórbida 6 linfedema 7 insuficiencia renal crónica subj, anoche presentó cuadro caracterizado por inestabilidad hemodinámica, dado por bradi taquiarritmia e HTA, y desaturación con aumento de los requerimientos de oxígeno Obj, consciente hidratado afebril ta.140/709 FC m,140 FR, 20 t 37 sao2 90% con Venturi al 50%.. miembros: edema grado III genital se observa gran edema y eritema escrotal neurológico: motilidad sensibilidad reflectividad conservada, pares craneanos normales no signos irritación de irritación meníngeo... análisis: reportes de laboratorio. sodio 137 potasio. 4,2 BUN 14,5 creatinina 1,6 barón geronte (sic) con Dx anotados, con deterioro en su condición clínico dado inestabilidad hemodinámica dada por taquibradiarritmia y aumento de los requerimientos de oxígeno y dificultad respiratoria, se continua manejo agresivo con diurético, SS nuevos Rx de tórax, proteínas en sangre, perfil hepatoic (sic), se insiste en remisión a medicina internar tercer nivel...

Evolución: 23 del 26/11/2019 9:51:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas cama: uci -- intermedios -- 201 a - 201 a intermedio diag. Ppal : r060 disnea diag. Rel 1 : e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2 : i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3 : I039 celulitis de sitio no especificado... signos vitales - Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg plan de tratamiento: peso del paciente 200 kilos.. signos vitales –

Evolución ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg plan de tratamiento: SS TSH ordenes de procedimientos 904902 hormona estimulante del tiroides TSH cant : (1)

Evolución : 25 del 26/11/2019 3:22:00 p. m. realizada por: Yamid Darío Pulido Lancheros? nota UCIM tarde s: paciente en cama, con disnea sensación de dificultad respiratoria, con requerimiento de oxigeno por Venturi 36, niega episodios eméticos ndepsies (sic) liqiasd idursis persnte (Sic) Análisis paciente con diagnósticos anotados, con cifras tensionales irregulares, actualmente cursando con tensiones dentro de límites normales, persiste taquicardia y taquipnea, continua espera de remisión para valoración y manejo tercer nivel, pendiente toma de paraclínicos para definir conducta.

Evolución: 26 del 26/11/2019 5:10:00 p. m. realizada por: Astrid Katherine Cárdenas Manzur... paciente con múltiples comorbilidades con riesgo de falla ventilatoria quien requiere atención y manejo integral en tercer nivel quien por su inestabilidad requiere transporte en ambulancia aérea medicalizada.

Evolución: 27 del 27/11/2019 7:56:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas Análisis : masculino de 38 años de edad con diagnósticos de celulitis testicular, hidrocele secundario, SAHOS, obesidad mórbida, linfedema, insuficiencia renal crónica, paciente en su



día 14 de hospitalización con evolución tórpida con deterioro en su condición clínica dado inestabilidad hemodinámica por taquibradiarritmia y aumento de los requerimientos de oxígeno asociado a signos dificultad respiratoria. paciente con múltiples comorbilidades con riesgo de falla ventilatoria quien requiere atención y manejo integral en tercer nivel quien por su inestabilidad requiere transporte en ambulancia aérea medicalizada el cual se encuentra pendiente, se insiste en la remisión.... vancomicina 1 gr IV cada 12 horas fi 16-11-2019 día 11 clindamicina 600 mg IV cada 6 horas fi 16-11-2019 día 11 piperacilina tazobactam 4,5 gramos cada 6 horas fi 18-11-2019 día 9 penicilina cristalina 4 000000 IV cada 4 horas fi 20-11-2019 día 7 heparina de bajo peso molecular 80 mg subcutáneos al día furosemida 20 mg IV cada 12 horas Dipirona 2 gr IV cada 6 horas tramadol 50mg IV ca 8 horas metoprolol 100 mg VO cada 12 horas fluconazol tab 200 mg VO cada día pendiente Rx d tórax, proteínas totales, ch perfil hepático y tiroideo??

Evolución : 28 del 27/11/2019 10:27:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas análisis: masculino de 38 años de edad con diagnósticos de celulitis testicular, hidrocele secundario, SAHOS, obesidad mórbida, linfedema, insuficiencia renal crónica, paciente en su día 14 de hospitalización con evolución tórpida con deterioro en su condición clínico dado inestabilidad hemodinámica por taquibradiarritmia y aumento de los requerimientos de oxígeno asociado a signos dificultad respiratoria. paciente con múltiples comorbilidades con riesgo de falla ventilatoria quien requiere atención y manejo integral en tercer nivel quien por su inestabilidad requiere transporte en ambulancia aérea medicalizada el cual se encuentra pendiente, se insiste en la remisión.

Evolución: 29 del 27/11/2019 2:47:00 p. m. realizada por: Yamid Darío Pulido Lancheros signos vitales - Evolución TA: 121/100 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 145 x min peso: 200 kg talla: 178 cm IMC: 63.12 kg/m² Sup: 3.14 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg plan de tratamiento : Captopril 50 mg VO ahora..

Evolución: 31 del 28/11/2019 10:39:00 a. m. realizada por: Carlos Fernando Vargas Rojas paciente de 14 día de hospitalización con diagnostico 1. celulitis escrotal 2 síndrome edematoso 2,1 hidrocele secundario 4. SAHOS 5. obesidad mórbida 6 linfedema 7 insuficiencia renal crónica 8., HTA por historia clínica miembros: edema grado III genital se observa gran edema y eritema escrotal. subj, pestist (SIC) con taquicardia y requerimiento de oxígeno a alto flujo análisis : barón adulto joven con diagnósticos anotados con obesidad con peso de 200 kilos hospitaliza en unidad de intermedios por dificultad respiratoria desaturación y requerimiento de alto flujo de oxígeno en el momento saturando 94 % con Venturi al 90%, los estudio de Rx de toras, tac abdominal y de tejido blandos, se realización pero por la presencia artefactos secundarios a la obesidad, no pudieron ser interpretados, persiste con taquicardia y hoy presenta aumento de cifras tensionales, presenta adecuado gasto urinario, se ajusta antihipertensivo, se continua vigilancia hemodinámica no invasivas, - insiste en remisión a medicina interna tercer nivel para manejo multidisciplinario,

Evolución: 33 del 28/11/2019 5:09:00 p. m. realizada por: Yamid Darío pulido lancheros diag. Ppal: r060 disnea diag. Rel 1: e669 obesidad, no especificada diag. Rel 2: i889 linfadenitis inespecífica no especificada diag. Rel 3: l039 celulitis de sitio no especificado. me comunico con Dr. Vargas médico familiar, comento sobre estado de paciente sobre deterioro respiratorio se ordena realización de MNB con Salbutamol y Bromuro hipratropium (sic) se comenta estado de paciente a familiar, padre, le explicó del pronóstico de paciente, le explico puede presentar falla ventilatoria por presentar erquermiteo (sic) de oxígeno suplementario y deterioro de estado mental, se explica puede haber necesidad de realizar una intubación orotraqueal,, se explica procedimiento y riesgo del mismo. refiere entender. Continúa en espera de remisión a tercer nivel urgente.

Evolución : 34 del 28/11/2019 11:26:00 p. m. realizada por: Yamid Darío Pulido Lancheros plan de tratamiento : nota retrospectiva 9+20 paciente presenta aumento progresivo de cifras



tensionales 270/150 asociado a marcada dificultad respiratoria dada por taquipnea, retracción en músculos accesorios, se inicia manejo antihipertensivo con bolos de labetalol y nitroglicerina en infusión, se consigue descenso de tensión arterial hasta 160/60, paciente presenta saturación hasta 80% aumento de dificultad respiratoria cianosis peribucal por lo que se decide asegurar vía aérea se presenta anestesiólogo Dr. Lafourie, ya que se trata de una vía aérea difícil. se inicia secuencia intubación rápida a las 22+20, el paciente presenta paro cardiorrespiratorio a las 22+30 se inicia protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada se inicia compresiones torácicas de alta calidad 30:2 durante todo el proceso de reanimación se administra adrenalina a los 2 minutos a los 4 minutos a los 8 minutos, 10 minutos 12 minutos 14 minutos se administra bolo de amiodarona 300 mg IV a los 6 minutos y se inicia infusión de amiodarona a 1 mg minuto durante paro cardiorrespiratorio se evidencia fibrilación ventricular, se realiza desfibrilación a 220 julios a las 4 minutos, a los 6 minutos y a los 8 minutos, posterior a ello se evidencia actividad eléctrica sin pulso a los 10 minutos y asistolia a hasta completar los 20 minutos a las 22+50 paciente presenta actividad eléctrica con pulso, se suspenden compresiones torácicas, continua soporte ventilatorio externo a las 22+55 paciente nuevamente presenta parada cardiorrespiratoria se continúan maniobras durante 10 minutos hasta las 23+05 se declara fallecido a las 23+05 se avisa a familiares, se explica sobre evento defunción: falla ventilatoria edema pulmonar cor pulmonar hipertensión pulmonar SAHOS infección tejidos blandos.

RESUMEN DEL CASO.

El señor JUAN PABLO VERA CAPTO de 38 años de edad con antecedente de obesidad mórbida e hipertensión arterial ingresó el día 12 noviembre 2019 a la Fundación Clínica con un cuadro clínico de un día de evolución de un edema testicular bilateral con linfadenitis pélvica, dificultad respiratoria con saturación de 88% al aire ambiente. Ingresó con una tensión arterial de 16/82 mm Hg, un peso de 148 kg, talla 157 cm y un índice de masa corporal de 60.04 kg/m². Paraclínicos: cuadro hemático con línea blanca, roja y plaquetaria normal, glicemia normal, creatinina aumentada con BUN normal, Rx de tórax con silueta cardiaca aumentada de tamaño, sin embargo, no se apreciaron lesiones pulmonares. Valorado por médico internista el 13/11/2019. Se estableció diagnóstico de linfadenitis. Se inició el tratamiento antibiótico con Ciprofloxacina 400 mg IV cada 12 horas, medicamentos antihipertensivos. El 14 de noviembre de 2019 valorado por médico familiar que registra en la valoración SDR secundario con sospecha de SAHOS e hipertensión pulmonar secundaria con requerimiento de oxígeno suplementario de alto flujo, se revisa EKG ritmo sinusal no cambios isquémicos no bloqueos. En la valoración del día 16 de noviembre de 2019 valorado por médico familiar con diagnósticos: obesidad mórbida presentado SAHOS e hipertensión pulmonar con requerimiento de oxígeno suplementario cursa con celulitis testicular y linfadenitis. Se registra aumento del eritema calor y rubor, con escalonamiento de antibióticos con Vancomicina y Clindamicina. Al 8 día en la valoración del médico familiar del 18/11/2019 se observó gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis. Se establecieron los diagnósticos de 1. Celulitis testicular. 2 hidrocele secundario 3. SAHOS 4. Obesidad mórbida 5 linfedema 6 insuficiencia renal crónica. TA, 110/70 FC 76 FR 20 SO₂ 96%. Se adiciona al tratamiento la Piperacilina tazobactam 4,5 gramos cada 6 horas. Creatinina 2.1 BUN normal. En la evolución del día 10 del 20 de noviembre de 2019 debido a la persistencia de signos de infección se adicionó penicilina cristalina. En el día 11 el 21 de noviembre de 2019 08:05 a.m. Se evidencia aumento del edema ta: 130/70 mm Hg Glasgow: 15 puntos FC: 68 x min peso: 170 kg talla: 165 cm IMC: 62.44 kg/m² Sup: 2.79 m² FR: 18 x min Temp: 36 °C SAT: 98 % TAM: 90 mm Hg. El paciente completó 4 días de esquema con Vancomicina + Clindamicina, y Penicilina con evolución estacionaria a pesar de manejo médico. El médico tratante inicia tramites de remisión a tercer nivel para manejo por medicina interna y equipo multidisciplinario, transporte vuelo ambulancia medicalizado, se considera para estudio extensión de la lesión solicitar TAC de

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA



pelvis y tejidos blandos sin contraste. En la evolución del día 13 del 22/11/2019 10:35:00 a. m se observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis, se evidencia aumento del edema. 6 días de esquema con Vancomicina + Clindamicina, y penicilina con Evolución estacionaria a pesar de manejo médico, pendiente remisión a tercer nivel para manejo por medicina interna y equipo multidisciplinario. Evolución: 14 del 23/11/2019 7:59:00 dado que se sospecha de lesión micótica se adiciona fluconazol. Evolución: 15 del 23/11/2019 8:46:00 a. m. Persistencia de edema que aumenta en miembros inferiores , con rubor, calor en zona genital, además odinofagia intensa, no pico febril, disnea de medianos esfuerzos. Se solicita TAC de pelvis y tejidos blandos esta no se realiza. Evolución: 17 del 24/11/2019 11:22:00 a. m. ... Médico tratante observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis, s evidencia aumento del edema extremidades: eutróficas, con edema grado II , pulsos simétricos. Médico tratante insiste en la remisión dado evolución tórpida. Evolución: 18 del 25/11/2019 8:01:00 a. m. Médico tratante observa gran edema testicular, eritema en periné y en escroto, piel de Naernade en piel de pelvis, s evidencia aumento del edema extremidades: eutróficas, con edema grado II , pulsos simétricos, llenado capilar menor a 3 se. El paciente completa 8 días de esquema con Vancomicina + Clindamicina, y penicilina con Evolución estacionaria a pesar de manejo médico, pendiente remisión a tercer nivel para manejo por medicina interna y equipo multidisciplinario. Evolución: **19 del 25/11/2019** 4:15:00 p. m. presenta taquicardia, taquipnea, dificultad respiratoria Médico tratante se comunica con médico familiar quien refiere **traslado a unidad** para vigilancia estricta de signos vitales: **traslado a unidad cuidado intermedio**. Evolución: 21 del 26/11/2019 2:07:00 a. m Paciente no presenta disnea con requerimiento de oxígeno suplementario de alto flujo en el momento no signo de estabilidad. Médico tratante considera dado taquicardia sinusal y no control de cifras tensionales indica dosis única de beta bloqueador de canal de calcio, vigilancia clínica estricta ordenes medicas Verapamilo 40 mg VO. Evolución: 22 del 26/11/2019 8:26:00 a. m. Médico tratante registra cuadro caracterizado por inestabilidad hemodinámica, dado por braditaquiarritmia e HTA, y desaturación con aumento de los requerimientos de oxígeno hidratado afebril ta.140/709 FC m,140 FR, 20 t 37 sao2 90% con Venturi al 50%.. miembros: edema grado III genital se observa gran edema y eritema escrotal... deterioro en su condición clínico dado inestabilidad hemodinámica dada por taquibradiarritmia y aumento de los requerimientos de oxígeno y dificultad respiratoria, se continuó manejo agresivo con diurético, SS nuevos Rx de tórax, proteínas en sangre, perfil hepático. Médico tratante insiste en remisión a medicina internar tercer nivel...

Evolución: 25 del 26/11/2019 3:22:00 p. m. Paciente presenta disnea sensación de dificultad respiratoria, con requerimiento de oxígeno por Venturi 36 con cifras tensionales irregulares, actualmente cursando con tensiones dentro de límites normales, persiste taquicardia y taquipnea, continua espera de remisión para valoración y manejo tercer nivel

Evolución: 26 del 26/11/2019 5:10:00 p. m. Paciente con múltiples comorbilidades con riesgo de falla ventilatoria quien requiere atención y manejo integral en tercer nivel quien por su inestabilidad requiere transporte en ambulancia aérea medicalizada.?Evolución: 27 del 27/11/2019 7:56:00 a. m. 14 de hospitalización con evolución tórpida con deterioro en su condición clínica dado inestabilidad hemodinámica por taquibradiarritmia y aumento de los requerimientos de oxígeno asociado a signos dificultad respiratoria. Paciente con múltiples comorbilidades con riesgo de falla ventilatoria quien requiere atención y manejo integral en tercer nivel. Evolución: 31 del 28/11/2019 10:39:00 a. m... Médico tratante registra edema grado III genital y observa gran edema y eritema escrotal. adulto joven con diagnósticos anotados con obesidad con peso de 200 kilos hospitaliza en unidad de intermedios por dificultad respiratoria desaturación y requerimiento de alto flujo de oxígeno en el momento saturando 94 % con Venturi al 90%. Médico tratante registra que los estudio de Rx de tórax, TAC abdominal y de tejido blandos, se realizaron, pero por la presencia artefactos secundarios a la obesidad, no



podieron ser interpretados, persiste con taquicardia y hoy presenta aumento de cifras tensionales, presenta adecuado gasto urinario, se ajusta antihipertensivo, se continua vigilancia hemodinámica no invasivas, - insiste en remisión a medicina interna tercer nivel para manejo multidisciplinario .. Evolución: 33 del 28/11/2019 5:09:00 p. m. Paciente presenta deterioro respiratorio. Médico tratante explica pronóstico de paciente, y posibilidad de presentar falla ventilatoria por presentar requerimiento de oxígeno suplementario y deterioro de estado mental. Médico está en espera de remisión a tercer nivel urgente. Evolución : 34 del 28/11/2019 11:26:00 p. m. En la nota retrospectiva 9+20 se lee que el paciente presenta aumento progresivo de cifras tensionales 270/150 asociado a marcada dificultad respiratoria dada por taquipnea, retracción en músculos accesorios. Médico inicia manejo antihipertensivo, se consigue descenso de tensión arterial hasta 160/60, paciente presenta saturación hasta 80% aumento de dificultad respiratoria cianosis peribucal. Anestesiólogo inicia secuencia intubación rápida a las 22+20, el paciente presenta paro cardiorrespiratorio a las 22+30 se inicia protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada se inicia compresiones torácicas de alta calidad 30:2. A las 22+50 paciente presenta actividad eléctrica con pulso, se suspenden compresiones torácicas, continua soporte ventilatorio externo a las 22+55 paciente nuevamente presenta parada cardiorrespiratoria cardio respiratorio se continúan maniobras durante 10 minutos hasta las 23+05 se declara fallecido a las 23+05 se avisa a familiares, se explica sobre evento defunción : falla ventilatoria edema pulmonar cor pulmonar hipertensión pulmonar SAHOS infección tejidos blandos.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La obesidad con un valor de índice de masa corporal (IMC)>30 kg/m² y particularmente la obesidad mórbida (OM), con una tasa de IMC>40 kg/m² es una enfermedad crónica tratable caracterizada por un exceso de tejido adiposo en el cuerpo, con graves consecuencias en la salud: alto índice de morbilidad, alta tasa de mortalidad, aumento de su prevalencia, los costos económicos que genera y constituye un factor de riesgo desencadenante del síndrome metabólico (SM). El síndrome metabólico es un grupo de trastornos que se presentan al mismo tiempo y aumentan el riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2. Estos trastornos incluyen aumento de la presión arterial, niveles altos de azúcar en sangre, exceso de grasa corporal alrededor de la cintura y niveles anormales de colesterol o triglicéridos.

La obesidad mórbida (OM) en la actualidad es un verdadero problema de salud pública de los países desarrollados y la segunda causa de mortalidad en el mundo detrás del tabaquismo (RUANO GIL, M. et al. Nutrición, síndrome metabólico y obesidad mórbida. Nutr. Hosp.online]. 2011, vol.26, n.4 [citado 2023-08-09], pp.759-764. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000400014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1699-5198).

La obesidad es una enfermedad multifactorial y, en la mayoría de los casos, existe una predisposición genética junto a la concurrencia de factores desencadenantes; en ocasiones, alguno de los mecanismos responsables del aumento de peso tiene especial notoriedad, lo que nos permite distinguir dos tipos de obesidades: a) Obesidad primaria o esencial. Hay una alteración de los mecanismos fisiológicos reguladores del control del peso corporal, sin que exista aparentemente ningún factor determinante. A este grupo pertenecen la mayor parte de las obesidades que se encuentran en la práctica clínica diaria. b) Obesidad secundaria. Se identifica una relación causal entre otro proceso desencadenante y la obesidad. Las más frecuentes son las de origen hormonal, genético y las causadas por cambios en el estilo de vida o medicamentos. Las alteraciones hormonales más asociadas con el desarrollo de la obesidad son el exceso de cortisol, propio del síndrome de Cushing, que desarrolla adiposidad central.

La obesidad se desarrolla a partir de la interacción de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. La OMS la define como la



obesidad es actualmente reconocida como una enfermedad en los Estados Unidos (por la Asociación Médica Americana, en 2013), Canadá (por la Asociación Médica Canadiense, 2015) y, más recientemente, por la Federación Mundial de Obesidad, aunque de facto ya era reconocida por la OMS desde 1948 (James 2008; Kyle et al. 2016). Las personas con obesidad mórbida tienen un riesgo significativo de desarrollar complicaciones médicas tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipemias, hipertensión, apnea del sueño, depresión y ciertos tipos de cáncer. La obesidad también aumenta la mortalidad por cualquier otra causa.

La obesidad y algunas de sus comorbilidades conforman el síndrome metabólico que es factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular y la diabetes mellitus tipo 2. Además, se asocia con el desarrollo de una serie de enfermedades metabólicas y de otra índole, como el cáncer. También se asocia con el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHOS), problemas osteoarticulares y problemas reproductivos, entre otros. Adicionalmente, las personas con obesidad con frecuencia sufren de problemas psicológicos entre los que destacan la ansiedad, la depresión y con frecuencia se ven afectados por la estigmatización de su condición, misma que muchas veces proviene del personal de salud mal informado y con falta de preparación para abordar a las personas con obesidad.

Por arriba de un IMC de 30 las tasas de mortalidad por todas las causas y en especial la provocada por enfermedades cardiovasculares aumentan de 50 a 100 por ciento por arriba de la de las personas que tienen un IMC entre 20 y 25.9 (Adams et al. 2006).

Los estudios poblacionales claramente han encontrado que los individuos con obesidad tienen un mayor riesgo de presentar una serie de complicaciones en su salud, que contribuyen a una muerte prematura con mayor frecuencia que los individuos delgados (González et al. 2017). El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de enfermedades del corazón, diabetes, hipertensión, enfermedad de la vesícula biliar, osteoartritis, apnea del sueño y otros problemas respiratorios y algunos cánceres. Además, la obesidad se asocia con complicaciones durante la gestación, irregularidades menstruales, hipercolesterolemia, hirsutismo, incontinencia de esfuerzo, alteraciones psicológicas y riesgo quirúrgico aumentado.

El cor pulmonale es el agrandamiento y engrosamiento del ventrículo del lado derecho del corazón debido a un trastorno pulmonar subyacente que ocasiona hipertensión pulmonar (presión elevada en los pulmones). El aumento de tamaño y el engrosamiento del ventrículo derecho dan como resultado insuficiencia cardíaca. La hipertensión pulmonar se diagnostica con mayor frecuencia en personas de entre 30 a 60 años. El sobrepeso es un factor de riesgo de desarrollar la hipertensión pulmonar. Entre las posibles complicaciones de la hipertensión pulmonar está el agrandamiento del lado derecho del corazón e insuficiencia cardíaca (cor pulmonale). En el caso del cor pulmonale, se agranda la cavidad inferior derecha del corazón (ventrículo). Tiene que bombear más fuerte de lo habitual para mover la sangre a través de arterias pulmonares estrechadas o bloqueadas. Como consecuencia, las paredes del corazón se engrosan y el ventrículo derecho se expande para aumentar la cantidad de sangre que puede contener. Sin embargo, estos cambios hacen que el corazón se esfuerce más y con el tiempo el ventrículo derecho deja de funcionar.

La hipertensión pulmonar es un tipo de presión arterial alta que afecta a las arterias de los pulmones y al lado derecho del corazón.

En una forma de hipertensión pulmonar, llamada hipertensión arterial pulmonar, los vasos sanguíneos de los pulmones se estrechan, bloquean o destruyen. El daño ralentiza el flujo sanguíneo a través de los pulmones y aumenta la presión arterial en las arterias de los pulmones. El corazón debe hacer un esfuerzo mayor para bombear sangre a través de los pulmones. Con el tiempo, el esfuerzo adicional hace que el músculo cardíaco se debilite y falle. En algunas personas, la hipertensión pulmonar empeora lentamente y puede poner en riesgo la vida. La apnea obstructiva del sueño puede causar hipertensión pulmonar. La enfermedad renal



puede desencadenar la hipertensión pulmonar.

Las personas con obesidad son más susceptibles a presentar resistencia a la insulina y con frecuencia desarrollan síndrome metabólico (Alberti 2009). Esta resistencia a la insulina (Canale et al. 2013) se asocia con una serie de enfermedades metabólicas, dentro de las cuales la diabetes y la hipertensión arterial merecen especial atención.?

La relación entre obesidad y diabetes se conoce desde hace tiempo y se ha documentado que la obesidad es un fuerte predictor de diabetes tipo 2. El riesgo de diabetes aumenta de manera directamente proporcional con el grado de obesidad e incluso se incrementa con el aumento en el peso; esto es particularmente notable en la infancia y en personas con susceptibilidad genética a la enfermedad y que desarrollan obesidad con predominio central (Haslam 2005). La hipertensión arterial también se ha relacionado de manera directa con el grado de obesidad y junto con las enfermedades coronarias incrementa considerablemente el riesgo de morir (Mertens y Van Gaal 2000).

Un elevado índice de masa corporal es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad renal crónica.

La obesidad mórbida es uno de los factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar linfedema. El linfedema es una inflamación de los tejidos causada por una acumulación de líquido rico en proteínas que generalmente se drena a través del sistema linfático del cuerpo. Afecta con mayor frecuencia los brazos o las piernas, pero también puede ocurrir en la pared torácica, el abdomen, el cuello y los genitales. Los casos graves de linfedema pueden afectar la capacidad de mover la extremidad afectada, aumentar los riesgos de infecciones cutáneas y de septicemia, y pueden provocar cambios y degradación de la piel. Por lo general, la celulitis infecciosa afecta la parte inferior de las piernas, pero puede presentarse en el rostro, los brazos y otras zonas. La infección ocurre cuando una rotura en la piel permite que entren bacterias.

El linfedema es una inflamación de los tejidos causada por una acumulación de líquido rico en proteínas que generalmente se drena a través del sistema linfático del cuerpo. El linfedema masivo localizado (LML) es una entidad recientemente descrita en relación con la obesidad mórbida. Clínicamente suele aparecer como una masa dura, indolora y de crecimiento relativamente rápido, semejante a otros tumores de partes blandas. El linfedema causado por la obesidad se conoce como linfedema inducido por la obesidad y a menudo afecta las extremidades inferiores, como las piernas, y también puede afectar las regiones de la ingle, el pecho y el corazón. Los casos graves de linfedema pueden afectar la capacidad de mover la extremidad afectada, aumentar los riesgos de infecciones cutáneas y de septicemia, y pueden provocar cambios y degradación de la piel.

Los signos y síntomas de la linfedema incluyen los siguientes: edema de la totalidad o parte del brazo o la pierna, incluso los dedos de los pies y de las manos, sensación de pesadez u opresión, amplitud limitada de movimiento, infecciones recurrentes, endurecimiento y engrosamiento de la piel (fibrosis). Los signos y síntomas pueden variar de leves a graves. Los factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar linfedema incluyen los siguientes: Edad avanzada, sobrepeso u obesidad, artritis reumatoide o psoriásica. Las complicaciones del linfedema pueden incluir: Infecciones de la piel (celulitis). El líquido atrapado genera un terreno favorable para el desarrollo de los gérmenes, y la mínima lesión en el brazo o la pierna puede ser un punto de entrada para la infección. La piel afectada tiene un aspecto inflamado y rojo, y suele causar dolor al tocarla y notarse caliente. Septicemia. La celulitis no tratada puede extenderse al torrente sanguíneo y desencadenar septicemia, una afección que pone en riesgo la vida y que ocurre cuando la respuesta del cuerpo a una infección provoca daños en sus propios tejidos. La septicemia requiere tratamiento médico de emergencia.

El factor de riesgo del linfedema incluye el aumento de peso después de la cirugía y el aumento de peso extremo con un índice de masa corporal (IMC) de más de 50. El IMC de más de 50 se



ha relacionado con el linfedema de las extremidades inferiores. La mayor probabilidad de linfedema en la parte inferior del cuerpo podría estar relacionada con la deposición de tejido graso preferencial en las extremidades inferiores en comparación con las extremidades superiores junto con la colocación de las extremidades inferiores que conduce a un deterioro del drenaje linfático contra la gravedad.

La celulitis infecciosa es una infección cutánea bacteriana común y potencialmente seria. La piel afectada está hinchada e inflamada y, por lo general, duele y se siente caliente al tacto. Por lo general, la celulitis infecciosa afecta la parte inferior de las piernas, pero puede presentarse en el rostro, los brazos y otras zonas. La infección ocurre cuando una rotura en la piel permite que entren bacterias. Si no se trata, la infección se puede diseminar a los ganglios linfáticos y al torrente sanguíneo y puede poner la vida en riesgo con rapidez. La celulitis suele presentarse en un lado del cuerpo. Estos son algunos de los signos y síntomas: un área irritada de la piel que tiende a expandirse, edema, sensibilidad, dolor, sensación de calor, fiebre, escalofríos, manchas, ampollas, apariencia de piel de naranja. La celulitis infecciosa se produce cuando las bacterias, con mayor frecuencia los estreptococos y estafilococos, ingresan en la piel a través de una grieta o rotura. La incidencia de una infección más grave por estafilococos, denominada *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina, va en aumento. Aunque la celulitis infecciosa puede producirse en cualquier parte del cuerpo, la ubicación más frecuente es la parte inferior de la pierna. Es muy probable que las bacterias ingresen por la piel seca, lesionada, escamosa o hinchada, por ejemplo, a través del sitio de una cirugía reciente, cortes, heridas punzantes, úlceras, pie de atleta o dermatitis. Varios factores aumentan el riesgo de celulitis: Lesiones. Cualquier corte, fractura, quemadura o raspadura es un punto de entrada para las bacterias, sistema inmunitario debilitado. Las afecciones que debilitan el sistema inmunitario, como la diabetes, la leucemia y el VIH/SIDA, aumentan el riesgo de infección. Ciertos medicamentos también pueden debilitar el sistema inmunitario, enfermedades de la piel. Afecciones como la dermatitis atópica (eczema), el pie de atleta y la culebrilla pueden provocar lesiones en la piel, que son una puerta de entrada para las bacterias, linfedema con un edema prolongada (crónica) en los brazos o las piernas, antecedentes de celulitis (haber tenido celulitis anteriormente aumenta el riesgo de volver a contraerla), sobrepeso (el exceso de peso aumenta el riesgo de desarrollar celulitis). La celulitis infecciosa que no se trata puede provocar bacteriemia, endocarditis, osteomielitis, síndrome de choque tóxico o septicemia. En muy pocas ocasiones, la infección puede expandirse a la capa profunda del tejido que se denomina revestimiento fascial. La fascitis necrotizante es un ejemplo de una infección de la capa profunda. Es una emergencia extrema. Los episodios recurrentes de celulitis infecciosa pueden dañar el sistema de drenaje linfático y provocar hinchazón crónica en la extremidad afectada.

La enfermedad renal crónica, también llamada insuficiencia renal crónica, implica una pérdida gradual de la función renal. La enfermedad renal crónica o insuficiencia renal crónica es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que se eliminan a través de la orina. La enfermedad renal crónica avanzada puede provocar la acumulación de niveles peligrosos de líquido, electrolitos y desechos en el organismo.

Los factores de riesgo clásicos que predisponen a desarrollar una enfermedad renal crónica son la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), edad superior a 60 años, presencia de enfermedad cardiovascular y la existencia de familiares en diálisis o sometidos a un trasplante renal. Otros factores de riesgo descritos son el síndrome metabólico, tabaquismo, dislipidemia, sedentarismo y la obesidad. La obesidad puede ser un factor acelerador independiente de la progresión de las enfermedades renales primarias

Un elevado índice de masa corporal es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad renal crónica. En individuos afectados por la obesidad, tiene lugar una hiperfiltración compensatoria necesaria para alcanzar la alta demanda metabólica secundaria al



RESPUESTAS A PREGUNTAS

1. cuál fue el origen de la enfermedad que padeció?

El señor JUAN PABLO VERA CAPTO estuvo hospitalizado durante 16 días en la Fundación Clínica Leticia (del 12 noviembre 2019 al 28 de noviembre de 2019) y de acuerdo a la información aportada en la historia clínica presentaba varias patologías como: celulitis escrotal, síndrome edematoso, hidrocele secundario, síndrome de apnea-hipopnea del sueño SAHOS, obesidad mórbida, linfedema, insuficiencia renal crónica, Hipertensión arterial (HTA) por historia clínica. En el día de su defunción de acuerdo a la historia clínica presentó falla ventilatoria, edema pulmonar, cor pulmonar, hipertensión pulmonar, síndrome de apnea-hipopnea del sueño SAHOS.

El señor JUAN PABLO VERA CAPTO presentaba una enfermedad de base la **OBESIDAD MORBIDA** que requería cirugía bariátrica y de acuerdo a la información contenida en el folio 5 del 12 noviembre 2019 15:11 en múltiples ocasiones había desistido. Tenía un peso al ingreso de 148 kilos con un índice de masa corporal (IMC) de 60.04 Kg/m².

Las diferentes patologías que presentó el señor JUAN PABLO VERA CAPTO están interrelacionadas y tienen un factor común que es la obesidad mórbida (enfermedad base). La obesidad mórbida lleva a la aparición de otras complicaciones (comorbiliades) como son como las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipemias, hipertensión, apnea del sueño (SAHOS) y constituye un factor de riesgo para la aparición del linfedema, la cual a su vez aumenta el riesgo de aparición de infecciones cutáneas. La obesidad es una enfermedad crónica con graves consecuencias en la salud: alto índice de morbilidad, alta tasa de mortalidad y constituye un factor de riesgo desencadenante del síndrome metabólico (SM). Los individuos con obesidad tienen un mayor riesgo de presentar una serie de complicaciones en su salud, que contribuyen a una muerte prematura con mayor frecuencia que los individuos. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de enfermedades del corazón, diabetes, hipertensión, así como el linfedema que a su vez aumenta los riesgos de infecciones cutáneas. La obesidad también aumenta la mortalidad por cualquier otra causa.

En el presente caso las diferentes patologías que se presentaron en el señor JUAN PABLO VERA CAPTO de acuerdo a la historia clínica tienen un factor común (origen) en la obesidad mórbida que es la enfermedad base.

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica tratable que incluye la cirugía bariátrica. Se desconoce los motivos por los cuales el señor JUAN PABLO VERA CAPTO desistió en varias ocasiones de esta cirugía, de acuerdo a la historia clínica aportada.

2. ¿cuál fue el origen del aumento del volumen corporal que sufrió antes de su fallecimiento?

El señor JUAN PABLO VERA CAPTO presentó varias patologías que causan un edema entre ellas la linfedema, la infección de tejidos blandos (celulitis escrotal), insuficiencia renal crónica. En el día de su defunción de acuerdo a la historia clínica presentó falla ventilatoria, edema pulmonar, cor pulmonale, hipertensión pulmonar, SAHOS. La hipertensión pulmonar y el cor pulmonale llevan a la aparición de un edema pulmonar. El paciente presentó una falla ventilatoria.



El señor JUAN PABLO VERA CAPTO ingresó el día 12 noviembre 2019 con un edema testicular bilateral que fue interpretado como una celulitis escrotal y linfedema, se inició el tratamiento antibiótico con Ciprofloxacina, el cual luego se amplió a antibióticos de amplio espectro Vancomicina + Clindamicina, Piperacilina tazobactam y Penicilina. Presentó una evolución estacionaria a pesar de manejo médico con antibióticos de amplio espectro, se solicitó el traslado a un hospital del tercer nivel para tratamiento por la especialidad de medicina interna y manejo multidisciplinario. El paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

El señor JUAN PABLO VERA CAPTO presentó un edema testicular desde la fecha de ingreso el 12 de noviembre de 2019. El cual fue aumentando a pesar del tratamiento instaurado que incluyó antibióticos de amplio espectro.

El señor JUAN PABLO VERA CAPTO presentó varias patologías que causan un edema como el linfedema, celulitis (infección de tejidos blandos) e insuficiencia renal crónica, las cuales tienen un factor de riesgo común que es la obesidad mórbida. En el día de su defunción de acuerdo a la historia clínica el señor JUAN PABLO VERA CAPTO presentó falla ventilatoria, edema pulmonar, cor pulmonale, hipertensión pulmonar, SAHOS. La hipertensión pulmonar y el cor pulmonale llevan a la aparición de un edema pulmonar. En la literatura científica médica se encuentran reportes sobre el papel que tiene la obesidad mórbida en la aparición del linfedema, celulitis e insuficiencia renal crónica. Así como el papel de los antecedentes previos de aparición de linfedema y de celulitis que producen cambios en la piel y tejidos subyacentes. En la historia clínica aportada se encontró reporte de consultas a la Fundación Clínica Leticia por edema en miembros inferiores e infección cutánea.

3.y en particular que indique si de haberse realizado oportunamente su traslado a Bogotá se habría evitado la retención de líquidos que produjo el inusitado y excesivo aumento del volumen corporal, que impidió su traslado en avión ambulancia a la ciudad de Bogotá.?

De acuerdo a la historia clínica el señor JUAN PABLO VERA CAPTO presentaba una obesidad mórbida con varias comorbilidades como la hipertensión arterial por historia clínica, insuficiencia renal crónica, linfedema, infección de tejidos blandos (celulitis), SAHOS. En el día de su defunción de acuerdo a la historia clínica presentó falla ventilatoria, edema pulmonar, cor pulmonale, hipertensión pulmonar, SAHOS.

Los individuos con obesidad tienen un mayor riesgo de presentar una serie de complicaciones en su salud, que contribuyen a una muerte prematura con mayor frecuencia que los individuos delgados. Por arriba de un índice de masa corporal (IMC) de 30 las tasas de mortalidad por todas las causas y en especial la provocada por enfermedades cardiovasculares aumentan de 50 a 100 por ciento por arriba de la de las personas que tienen un IMC entre 20 y 25.9. La obesidad también aumenta la mortalidad por cualquier otra causa. El señor JUAN PABLO VERA CAPTO presentó una inestabilidad hemodinámica y complicaciones cardiovasculares (hipertensión pulmonar, cor pulmonale) al final de su estancia hospitalaria.

La presencia de múltiples comorbilidades en un paciente con obesidad mórbida aumenta el riesgo de presentar complicaciones en la salud que lleven a una muerte prematura.

En el caso de un traslado a un centro hospitalario de tercer nivel el señor JUAN PABLO VERA CAPTO con obesidad mórbida tenía un pronóstico reservado por la presencia de múltiples comorbilidades y una infección de tejidos blandos en tratamiento con antibióticos de amplio

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

espectro. En la historia clínica no se encontró un registro del motivo por el cual el paciente no pudo ser trasladado a un hospital de tercer nivel.



Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H. M.' or similar, written over a horizontal line.

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

Proyectado por: HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

Revisado por: HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE