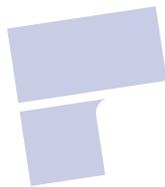


JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE
CALI- VALLE

CONSTANCIA

Se corre traslado a las partes intervinientes dentro del presente proceso del dictamen rendido por la Universidad CES. Se fija por el término de tres (3) días. Corriendo los días 11, 12 y 13 de mayo de 2021



pdfelement

EDWARD OCHOA CABEZAS

Secretario

RAD : 2017-00333

ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL RADICADO: 2017-00333

Sara Gonzalez Calle <sagonzalez@ces.edu.co>

Lun 26/04/2021 9:02

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j07ccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>**CC:** Leon Mario Toro Cortes <ltoro@ces.edu.co>; Carolina Giraldo Ramírez <cjgiraldor@ces.edu.co> 1 archivos adjuntos (632 KB)

DICTAMEN 2017-0333.pdf;

Buen día,

Señores

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL / RADICADO: **2017-00333**
DEMANDANTE: ANGIE VALERIA GARRO CABRERA
DEMANDADO: CLÍNICA VERSALLES Y OTROS
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado por usted en días anteriores. Quedamos atentos a cualquier comentario o solicitud.

Saludo cordial,

Sara González Calle | Abg. CENDES - Facultad de Derecho
Universidad CES | Calle 10A # 22-04 | Medellín, Colombia
Tel: (57) (4) 444 0555 Ext. 1104|

sagonzalez@ces.edu.co | www.ces.edu.co http://www.ces.edu.co/correo/pie_correo.gif



Medellín, abril 26 de 2021

Señores

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL / RADICADO: **2017-00333**
DEMANDANTE: ANGIE VALERIA GARRO CABRERA
DEMANDADO: CLÍNICA VERSALLES Y OTROS
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado por usted en días anteriores. Dicho Dictamen es rendido por la Universidad CES a través de la Doctora Ana Katherina Serrano Gayubo, Médica Especialista en Pediatría, Subespecialista en Nefrología Pediátrica y Perito CENDES.

La aclaración a este dictamen sólo se surtirá si la solicitud se hace dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de este escrito. En caso de programarse la sustentación del dictamen, se nos debe notificar mínimo con un mes de antelación a la diligencia por medio electrónico (sagonzalez@ces.edu.co ; cgiraldor@ces.edu.co para agendar al especialista; adicionalmente, se nos debe allegar soporte o comprobante de pago para la asistencia a la audiencia con 15 días hábiles de anticipación; el pago extemporáneo no garantiza la asistencia del perito a la audiencia.

La institución cuenta con los medios tecnológicos suficientes para posibilitar la asistencia del perito y contradicción de la prueba en la audiencia correspondiente. Dicha comparecencia tiene un costo de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes. En caso de requerirse la sustentación del dictamen en audiencia oral en la ciudad de Cali – Valle del Cauca, tiene un costo de cuatro salarios mínimos mensuales legales vigentes por cada asistencia del especialista.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que elabora el dictamen y certificación de auxiliar de la justicia de la institución.

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES



Medellín, abril de 2021

Señores

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL / RADICADO: **2017-00333**
DEMANDANTE: ANGIE VALERIA GARRO CABRERA
DEMANDADO: CLÍNICA VERSALLES Y OTROS
ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial requerido en el proceso de la referencia,

PERFIL PROFESIONAL DE LA PERITO

Médico y Cirujano Universidad Nacional de Colombia
Especialista en Pediatría Universidad CES
Subespecialista en Nefrología Pediátrica Universidad de Antioquia
Docente ad honorem de Nefrología Pediátrica Universidad de Antioquia
Nefróloga Pediátrica IPS Universitaria y Fresenius Medical Care de Medellín.
Miembro Activo Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica
Perito CENDES

Dirección de contacto: Calle 10 A # 22 – 04 U CES, Medellín – Antioquia
Teléfono: 444 05 55 ext. 1601 – 1352 Emails: sagonzalez@ces.edu.co
ltoero@ces.edu.co

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.
- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente a la paciente JULIANA ORTIZ GARRO



RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Juliana nació el 1 de octubre de 2016, fruto de segunda gestación a término, sin complicaciones, nacida vía vaginal, alimentada con lactancia materna y vacunación completa para la edad.

Consulta el 12 de enero de 2017 a la Clínica Versalles de la ciudad de Cali, cuando tenía 3 meses de vida, por síntomas respiratorios diagnosticados como rinofaringitis aguda. Dan manejo con lavados nasales y descongestionante nasal ambulatorio.

El 6 de febrero de 2017, a los 4 meses de vida, nuevamente consulta a la misma institución por absceso en región mentoniana, el cual drenan manualmente y dan salida con tratamiento antibiótico oral.

Juliana es llevada una vez más a la Clínica Versalles el 9 de abril de 2017 a las 6:32 am, a los 6 meses de vida, por cuadro febril posterior a vacunación de los 6 meses. Manejan con medios físicos.

Reconsultan a las 11:45am por persistencia de fiebre hasta 39.2°C, hiporexia e irritabilidad. Al examen físico no encuentran foco aparente de la fiebre, por lo que deciden ingresar para manejo y toma de paraclínicos.

El leucograma no presentaba leucocitosis, neutrofilia ni trombocitosis, con leve anemia microcítica, hipocrómica, PCR levemente elevada y uroanálisis no sugestivo de infección urinaria. Dan alta para continuar manejo antitérmico ambulatorio, explican signos de alarma y recomendaciones.

Juliana es llevada nuevamente al día siguiente, 10 de abril 2017 a las 2:19pm. Refiere la madre que la niña lleva 6 días de evolución de fiebre hasta 39.6°C asociado ahora a deposiciones diarreicas líquidas, no disintéricas. Solicitan radiografía de tórax para descartar foco pulmonar y coproscópico. Por pobre tolerancia a la vía oral, inician líquidos endovenosos y solicitan interconsulta por pediatría.

A las 6 p.m., es evaluada por pediatra quien nuevamente no encuentra foco infeccioso al examen físico. La radiografía anteroposterior de tórax no evidencia signos de consolidación, por lo que solicita radiografía lateral e inicia manejo con sales de zinc para su cuadro gastrointestinal.

La radiografía lateral presenta imagen paracardíaca derecha y retrocardíaca, interpretada como neumonía. Toman hemocultivos e inician manejo antibiótico de primera línea. Realizan ecocardiograma descartando cardiopatía. Posteriormente presenta brote en piel, por sospecha de alergia medicamentosa, cambian de tratamiento antibiótico y dan antihistamínico, dosis única de esteroide parenteral y esteroide tópico. Por mejoría clínica, dan alta el 13 de abril de 2017 para terminar tratamiento antibiótico oral ambulatorio.

4 días más tarde, el 17 de abril de 2017, Juliana es llevada de nuevo a la Clínica Versalles por brote en piel. Solicitan hemograma con leve leucocitosis y trombocitosis. Aplican antihistamínico parenteral y dan alta con antihistamínico oral.

El día 4 de julio de 2017, cuando Juliana tenía ya 9 meses de edad, acude con su madre a la Clínica Versalles a las 8:24am, por 1 día de evolución de tos húmeda, rinorrea hialina, hiporexia y fiebre hasta 39.5°C. Al examen físico la encuentran con signos vitales normales para la edad, sin fiebre, taquicardia o signos de dificultad respiratoria, saturando adecuadamente al ambiente. A la auscultación pulmonar, encuentran roncus y movilización de secreciones. Ordenan nebulizaciones con adrenalina y solución salina hipertónica cada 20 minutos por 1 hora. Después de este ciclo, revaloran ahora con fiebre, tirajes subcostales y sibilancias escasas. Realizan puff con salbutamol y solicitan radiografía de tórax y laboratorios.

A las 3:56pm escuchan tos perruna, consideran cuadro compatible con crup laríngeo, ordenan nuevo ciclo de nebulizaciones con adrenalina y aplican esteroide intramuscular.



A las 6:45 p.m., evalúan resultados de paraclínicos, sin leucocitosis, con leve neutrofilia para la edad, PCR no sugestiva de infección bacteriana y radiografía de tórax sin consolidaciones, pero con atrapamiento aéreo. La evolución fue satisfactoria, con mejoría de la tos, sin dificultad respiratoria ni nuevos picos de fiebre. La auscultación pulmonar tenía escasos roncus. Por mejoría clínica, dan alta con fórmula de beclometasona y salbutamol inhalados.

3 días después, el 7 de julio de 2017, Juliana es llevada por la tía a la misma institución, por persistir con fiebre, tos húmeda y deposiciones diarreicas no disintéricas. La venían manejando ambulatoriamente con antipiréticos, salbutamol inhalado y sulfato de zinc.

La encuentran en buenas condiciones generales, taquicárdica, febril, sin dificultad respiratoria, sin hallazgos sugestivos de amigdalitis u otitis, con auscultación pulmonar normal y saturando adecuadamente al aire ambiente. Ordenan líquidos endovenosos, antipirético parenteral y solicitan paraclínicos. Los laboratorios descartan infección bacteriana seria, deciden dar alta con prednisolona 10mg vía oral diario por 3 días, acetaminofén y salbutamol inhalador.

El 10 de julio de 2017, la madre de Juliana decide consultar una vez más a la Clínica Versalles, ya que la niña presentó varios episodios de vómito de contenido gástrico. Preocupada, la madre revisa el tratamiento administrado y se da cuenta que las tabletas de prednisolona que le estaba dando eran de 50mg y no de 5mg, como había sido formulado, por lo que le suministró 100mg diarios por 2 días.

Al ingreso, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, saturando adecuadamente al aire ambiente.

Inician líquidos endovenosos y solicitan paraclínicos completos. Se establece comunicación con línea de toxicología nacional, donde recomiendan manejo de sostén y vigilancia clínica y paraclínica.

Los laboratorios denotan una función renal normal, con leve elevación de transaminasas hepáticas (menos de dos veces el valor de referencia), sin alteración electrolítica ni hiperglicemia, con trombocitosis, sin alteración eléctrica cardíaca.

Durante su evolución, Juliana presenta poca tolerancia a la vía oral debido a lesiones ulcerosas en faringe, posteriormente candidiasis oral y perineal, con descenso lento pero progresivo de las transaminasas y persistencia de trombocitosis. Se manejó con líquidos endovenosos, analgésico oral, protección gástrica, antimicótico oral, terapia respiratoria y nebulizaciones e inhalaciones.

Por no mejoría de lesiones micóticas a pesar de manejo inicial, se cambia tratamiento antimicótico a segunda línea. Por la evidencia de inmunosupresión, se considera que requiere aislamiento preventivo y tendría menor riesgo de infecciones oportunistas en manejo en casa. Se decide alta el día 19 de julio de 2017 con control ambulatorio con dermatología, hematooncología y pediatría. Continuará manejo médico oral.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL:

Juliana nació el 1 de octubre de 2016, fruto de segunda gestación a término, sin complicaciones, nacida vía vaginal, alimentada con lactancia materna y vacunación completa para la edad.

Consulta en varias ocasiones a la Clínica Versalles de la ciudad de Cali, desde los 3 meses de vida, por varios cuadros respiratorios y gastrointestinales virales, manejados ambulatoriamente, y requiriendo en una ocasión, hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad.

El día 4 de julio de 2017, cuando Juliana tenía ya 9 meses de edad, acude con su madre a la Clínica Versalles a las 8:24am, nuevamente por síntomas respiratorios y fiebre. Al examen físico no se encontraba con signos de dificultad respiratoria y con buenos niveles de oxígeno en sangre, pero sí se escuchaban ruidos de movilización de secreciones pulmonares. Se consideró como resfriado común pero, por la gran



movilización de secreciones, se decidió ingresar a observación para manejo con nebulizaciones.

La Infección Respiratoria Aguda es un conjunto de enfermedades transmisibles, autolimitadas, que afectan el aparato respiratorio desde la nariz hasta la parte final del pulmón (el alvéolo). Constituyen un problema de gran relevancia epidemiológica y son una causa muy importante de enfermedad y consulta a los servicios de salud.

El término rinofaringitis o resfriado común, define un estado gripal de curso habitualmente benigno, de etiología viral, que se caracteriza por compromiso catarral de las vías respiratorias superiores, autolimitado (dos a cinco días), rinorrea, obstrucción nasal, estornudos, dolor de garganta y fiebre, acompañado o no de tos.

Es la enfermedad infecciosa más frecuente en la edad pediátrica, especialmente común en los tres primeros años de vida y en la población que acude a jardines infantiles (de tres a 10 episodios por año). A pesar de ser un proceso benigno, de curso autolimitado, con baja incidencia de complicaciones y sin tratamiento etiológico disponible, genera un consumo elevado de recursos en salud, tanto en consultas como en métodos diagnósticos y tratamientos farmacológicos, generalmente de escasa utilidad.

Posteriormente a las nebulizaciones, Juliana se encuentra con signos leves de dificultad respiratoria y algunas sibilancias pulmonares.

Se considera que un menor de 2 años de edad con un primer episodio sibilante, precedido de cuadro gripal de hace 2 o 3 días, cursa con una bronquiolitis aguda.

La bronquiolitis es una enfermedad viral estacional caracterizada por signos de infección de las vías respiratorias superiores (resfriado) 2 a 3 días previos, seguidos por la aparición de sibilancias, respiración sibilante o crepitantes finos inspiratorios de tono sibilante. La sibilancia es un suave ruido que se escucha cuando el niño está espirando. La sibilancia es causada por un estrechamiento y obstrucción al paso del aire en los pulmones. Exhalar toma más tiempo del normal y requiere esfuerzo. Las sibilancias pueden estar presentes, pero no son prerequisite para el diagnóstico. La bronquiolitis se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de las vías aéreas inferiores con aumento de la producción de moco, lo que lleva obstrucción de las vías aéreas pequeñas, principalmente de los bronquios terminales y respiratorios. Puede existir fiebre asociada, no todos los lactantes la presentan, sin embargo, es raro encontrar temperaturas por encima de 39°C.

El diagnóstico de Juliana ahora debía cambiar, dado el hecho que posterior a las nebulizaciones escucharon sibilancias a la auscultación pulmonar. En ocasiones, el paciente se encuentra con las vías respiratorias muy obstruidas y solo después de algunas intervenciones terapéuticas se logran escuchar la manifestación más clásica de la bronquiolitis, que es la sibilancia.

El virus respiratorio sincitial es el agente etiológico en el 70%-80% de los casos de bronquiolitis en las estaciones de invierno o periodos de lluvias. Otros agentes virales aislados son el parainfluenza tipo 3, el influenza, adenovirus y el metapneumovirus.

Su incidencia y gravedad ha aumentado en la última década en todos los países del mundo y el pico de presentación es entre los 2 a 6 meses de edad. El 2% al 5% de los niños menores de 12 meses con bronquiolitis requiere hospitalización. La gravedad del cuadro clínico es variable, con una baja mortalidad y alta morbilidad.

Los facultativos encargados de Juliana decidieron realizar inhalaciones con un broncodilatador y solicitar radiografía de tórax y laboratorios.

Los paraclínicos no eran sugestivos de infección bacteriana y la radiografía de tórax sólo evidenciaba atrapamiento de aire, los cuales soportaban el diagnóstico de bronquiolitis sin embargo, durante la estancia en el servicio escuchan tos perruna y consideran cuadro compatible con crup laríngeo. Ordenan nuevo ciclo de nebulizaciones con adrenalina y aplican esteroide intramuscular.



El crup es la causa más frecuente de obstrucción aguda de la vía aérea superior en la infancia, a diferencia de la bronquiolitis, que es la obstrucción de la vía aérea inferior. Se caracteriza por la presencia de tos perruna o metálica en grado variable, disfonía, estridor (sonido áspero que se escucha al inspirar) y dificultad respiratoria. Este cuadro clínico común se denomina con el término anglosajón de "crup", que quiere decir "llorar fuerte". En ocasiones la terminología es confusa y se la denomina también con los siguientes términos según el grado y lugar de la mayor afección: laringitis viral o laringotraqueobronquitis, que corresponden a entidades clínicas difíciles de diferenciar. Cuando la inflamación se extiende a los bronquios (es decir, hay compromiso tanto de la vía aérea superior como inferior, se denomina laringotraqueobronquitis aguda). Las causas del crup suelen ser también virales y estacionales y el manejo se centra en desinflamar la vía aérea superior con esteroides parenterales y, en algunos casos, la adrenalina nebulizada.

Los médicos de Juliana así lo hicieron, con lo cual la evolución fue satisfactoria, con mejoría de la tos, sin dificultad respiratoria ni nuevos picos de fiebre. Deciden dar alta para continuar manejo ambulatorio.

Los niños con infecciones virales del tracto respiratorio no necesitan antibióticos para su tratamiento; el antibiótico no aliviará los síntomas ni servirá para prevenir que el cuadro clínico empeore y aparezca una neumonía. Usualmente se maneja con cuidados en el hogar, tratando la fiebre y el malestar, aliviando los síntomas como la tos con bebidas endulzadas, líquidos frecuentes y el aseo de la nariz para aliviar la congestión nasal con lo que usualmente, mejorará en una a dos semanas.

3 días después, el 7 de julio de 2017, Juliana es llevada por la tía a la misma institución, por persistir con fiebre, tos húmeda y deposiciones diarreicas. Los médicos la encuentran en buenas condiciones generales, sin dificultad respiratoria, con auscultación pulmonar normal y saturando adecuadamente al aire ambiente. Ordenan líquidos venosos y medicamento para la fiebre. Solicitan paraclínicos que descartan infección bacteriana seria, deciden dar alta con prednisolona 10mg vía oral diario por 3 días, acetaminofén y salbutamol inhalador.

Según la evolución clínica, el examen físico y los paraclínicos, el cuadro de Juliana correspondía a un cuadro viral y el tratamiento se basa fundamentalmente en medidas de apoyo o de soporte, no siendo necesario el uso de fármacos de forma rutinaria.

Pocas intervenciones han mostrado su eficacia en aliviar los síntomas o en reducir complicaciones, por lo que se acepta que las medidas de soporte son el tratamiento estándar para los pacientes afectados con esta enfermedad.

No se recomienda usar broncodilatadores beta2-adrenérgicos de acción corta, ni en forma ambulatoria ni para el tratamiento hospitalario, en menores de 2 años de edad con bronquiolitis o laringotraqueobronquitis. Desde finales de la década de 1950 los agonistas beta2-adrenérgicos son los fármacos más frecuentemente utilizados en el tratamiento del paciente hospitalizado o ambulatorio con bronquiolitis; dado que el paciente frecuentemente se manifiesta con sibilancias, se asume erróneamente que en esta entidad se presenta la misma fisiopatología que en el asma pero realmente estos pacientes presentan edema de la mucosa, necrosis del epitelio respiratorio, disminución en la depuración ciliar, aumento en la producción de moco y broncoespasmo. Las revisiones sistemáticas y ensayos clínicos han mostrado con evidencia científica que los broncodilatadores de acción corta beta2-adrenérgicos no son eficaces en el tratamiento de la broncoespasmo debido a una infección viral, produciendo en el mejor de los casos mejoría transitoria y poco significativa en los casos leves a moderados por lo tanto el uso rutinario de broncodilatadores no está indicado en el tratamiento en estos pacientes. A pesar de estas observaciones, la cifra de uso de este tipo de medicamento de hasta un 80% de los casos de niños menores de



2 años con broncoespasmo en el contexto de infección viral, es exagerada en contraste de su dudosa eficacia.

Algunos pacientes, especialmente los que tienen cuadros más graves, requieren de la administración de otras intervenciones que hasta el momento, han mostrado tener un efecto modesto o de corta duración en mejorar los síntomas o las complicaciones.

La solución salina hipertónica utiliza concentraciones mayores al 3% de sodio y se administra por vía nebulizada para aumentar la cantidad de líquido que hay en las secreciones presentes en la vía aérea de los pacientes facilitando su movilización, también se cree que ayuda en la disminución del edema presente en la misma vía aérea. Esta intervención surgió como alternativa en el tratamiento y en diversos ensayos clínicos y ha mostrado reducción en la estancia hospitalaria y en los puntajes de gravedad de la enfermedad.

Existe una amplia evidencia del beneficio de los esteroides sistémicos en el tratamiento del crup moderado y grave, no así en la bronquiolitis.

En el crup, la dexametasona (la más utilizada y estudiada probablemente por su potencia y disponibilidad) disminuye la gravedad de los síntomas, los ingresos hospitalarios, la necesidad de intubación y la estancia en observación en urgencias. Sin embargo, el uso de esteroides en la bronquiolitis no reporta un beneficio con importancia clínica en niños menores de 2 años, en ninguna de sus presentaciones.

El cuadro de Juliana era muy claro que se trataba de un proceso viral, había recibido una atención adecuada, haciendo todos los estudios de rigor para descartar procesos bacterianos, dando un tratamiento oportuno y completo en sus consultas y estancias en el servicio de urgencias, requiriendo reforzar las medidas de soporte en casa. Aun así, tal vez por la ansiedad familiar sobre la evolución de Juliana, los médicos formularon un ciclo corto de prednisolona oral para manejo ambulatorio.

Ella ya había recibido un esteroide intramuscular (dexametasona) 3 días antes y había mejorado suficiente como para ya no tener dificultad respiratoria, permanecer con una auscultación pulmonar limpia y con adecuados niveles de oxígeno en sangre.

Aunque son fármacos ampliamente utilizados, con eficacia demostrada en otras enfermedades respiratorias como el asma, no se dispone de pruebas que justifiquen continuar el uso de esteroides para el tratamiento de la posible laringotraqueobronquitis o bronquiolitis aguda que estuviese cursando Juliana.

Sin embargo, las revisiones sistemáticas de la literatura, mostraron que las reacciones adversas medicamentosas más comunes asociada con los esteroides orales de corta duración fueron reportadas sólo entre un 4,3% y 5,4%, siendo los vómitos, cambios de comportamiento y alteraciones del sueño las más frecuentes. La mayor susceptibilidad a las infecciones es la reacción adversa más grave y hasta el 1% de los pacientes la experimenta.

Por tanto, la formulación de prednisolona a dosis estándar, por tiempo corto, como se hizo en el caso de Juliana, no traería mayores efectos adversos sobre la salud de la paciente.

El 10 de julio de 2017, la madre de Juliana decide consultar una vez más a la Clínica Versalles, ya que la niña presentó varios episodios de vómito de contenido gástrico. Preocupada, la madre revisa el tratamiento administrado y se da cuenta que las tabletas de prednisolona que le estaba dando eran de 50mg y no de 5mg, como había sido formulado, por lo que le suministró 100mg diarios por 2 días.

Los servicios de farmacia al ser administrados por seres humanos tienen implícito la posibilidad del error, en consecuencia, durante el proceso de dispensación de medicamentos se pueden presentar errores de diferentes tipos. La Federación Internacional de Farmacia ha adoptado como definición de error de medicación cualquier hecho previsible que pueda causar o conducir a un uso inapropiado de la medicación o a un daño al paciente, mientras que la medicación está bajo el control



del profesional de la salud, del paciente, o del consumidor; como es de esperar, esos hechos pueden estar relacionados con la práctica profesional, los medicamentos, los procedimientos o los sistemas empleados.

El proceso de dispensación es un acto farmacéutico que va desde la recepción de la fórmula médica hasta la entrega de los medicamentos al paciente. Un error de dispensación implica cualquier discrepancia entre el medicamento dispensado y la prescripción médica.

Según estudios, el incremento de la carga de trabajo es un factor que influye en la ocurrencia de errores de medicación. En hospitales en América, Gran Bretaña y Canadá, las tasas de errores de la dispensación de los medicamentos en ambientes de trabajo con sobrecarga, altos niveles de interrupción, distracción y ruido, es mayor (3,23%) en comparación con los entornos con niveles más bajos de estos aspectos (1,23%). Otros estudios proporcionan pruebas de que hablar en medio de las labores y el ruido de fondo, interfieren con la concentración y pueden disminuir la capacidad para desempeñar las funciones cognitivas. El personal de farmacia señala que la falta de interés, motivación o disciplina pueden generar errores durante el proceso de dispensación de medicamentos. Algunos estudios señalan que parte del problema de motivación está dado por horarios excesivamente largos, falta de tiempo para el descanso o ambientes agobiantes de trabajo.

En un estudio realizado en la ciudad de Bogotá, se encontró que el grupo etéreo más susceptible a errores de medicación fue los menores de 4 años y uno de los medicamentos más frecuentemente involucrados es la prednisolona por sus presentaciones similares de 5 y 50mg.

Si bien se ha implementado diversas prácticas para evitar estos errores, desde las casas farmacéuticas para diferenciar las cajas o etiquetas de medicamentos iguales con diferentes concentraciones, como evitar el almacenamiento de medicamentos con riesgo elevado de confusiones en lugares próximos en las farmacias, los pacientes y sus familiares pueden jugar un papel importante en la prevención de los errores de medicamentos, para lo cual deben sentirse partícipes del tratamiento y deben informarse sobre los medicamentos, dosis, indicaciones, pauta de administración, posibles interacciones con otros medicamentos o alimentos, posibles efectos adversos, etc., lo que permite reducir errores en la administración y dispensación.

Juliana presentó inflamación hepática leve, dolor abdominal y vómitos, infección por hongos de la cavidad oral y de la mucosa perianal, no presentó aumento de los niveles de azúcar en sangre ni alteraciones de las sales de la sangre, como tampoco elevación de la presión arterial. Se le dio manejo con líquidos venosos, antimicóticos y protectores gástricos con mejoría lenta pero paulatina. Fue dada de alta después de 9 días para evitar riesgo de infecciones adquiridas en el hospital.

En resumen Juliana, a sus 9 meses, presentó una infección respiratoria viral. Tenía sibilancias, propias de la bronquiolitis, y tos perruna característica del crup. Podría tratarse de una laringotraqueobronquitis. Consultó en varias oportunidades a la Clínica Versalles de Cali, donde atendieron y estudiaron adecuadamente. Dieron manejo con dexametasona parenteral como está reconocido en el tratamiento del crup, pero debido a su reconsulta, formulan un ciclo corto de prednisolona oral a dosis adecuada.

Si bien existe controversia sobre la utilidad de este tratamiento para el cuadro clínico que presentaba la paciente, la dosis formulada no causaría mayores efectos adversos ni pondría en riesgo grave su estado de salud.

Cuando el tratamiento fue reclamado en la farmacia, le entregaron una presentación que no era la indicada por el médico tratante, suministrando la madre a Juliana una dosis de prednisolona 10 veces mayor a la indicada, generando algunos efectos adversos conocidos de las dosis altas de dicho medicamento que no conllevó a un riesgo para su vida.



El proceso de dispensación de medicamentos es llevado a cabo por seres humanos en el que pueden ocurrir errores, que se han procurado evitar desde múltiples pasos del mismo, pero no se debe olvidar la corresponsabilidad de los pacientes y sus familias, de asegurarse que el tratamiento dispensado sea el correcto con respecto al formulado.

OBJETIVO PERICIAL:

Emitir concepto del procedimiento realizado a la menor JULIANA ORTIZ GARRO, si hubo error de prescripción y dispensación del medicamento prescrito por el médico tratante.

RESPUESTA: La atención médica brindada a la menor Juliana fue adecuada, atendiendo y estudiándola acuciosamente en cada una de sus consultas. La formulación de prednisolona 10mg vía oral cada 24 horas por 3 días es una formulación correcta para la edad y peso. Existen controversias en cuanto a la utilidad de la prednisolona en el cuadro de Juliana, pero la dosis formulada no causaría mayores efectos adversos ni pondría en riesgo grave su estado de salud. La dispensación de prednisolona tabletas de 50mg fue errónea ya que no fue la formulada por el médico (prednisolona tabletas de 5mg) considerándose un evento adverso en salud. No obstante, los efectos adversos de la sobredosificación de prednisolona en Juliana, no comprometieron su vida.

CONCLUSIÓN PERICIAL:

No existió error en la formulación médica de prednisolona 10mg vía oral cada 24 horas (2 tabletas de 5mg) sin embargo, sí existió error en la dispensación farmacéutica de prednisolona tabletas de 50mg.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017;1:85-102.

Guía de atención 2013: Manejo de la Bronquiolitis. Actualización 2019. C Castaños, M. S. Rodríguez. Hospital De Pediatría "Juan P. Garrahan".

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad de Antioquia. Guía de Práctica Clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años. 2014 Guía No. 42.

Atención Integrada A Las Enfermedades Prevalentes De La Infancia. Libro Clínico. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2015.

Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente paquetes instruccionales. Guía técnica



“Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Alfaro Vízquez A, Quirós Sánchez A, Rocha Palma M. Errores directados en la dispensación de medicamentos en un hospital público en Costa Rica. *Pharmaceutical Care*, 2012;1(1):11-16.

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Campaña de prevención de errores de medicación causados por similitud en los nombres de los medicamentos. Madrid, 2005.

Jácome Acosta J, González Alfonso O. Caracterización de eventos adversos por errores de dispensación reportados en el programa distrital de farmacovigilancia de Bogotá D.C. 2012-2016. Trabajo de Grado para optar al título de Químico Farmacéutico. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (U.D.C.A). Facultad de Ciencias. Programa de Química Farmacéutica. Bogotá D.C. 2017.

Otero M J, Martín R, Robles M D, Codina C. Errores de medicación. *Farmacia Hospitalaria*, Tomo 1, capítulo 214. Publicación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2002.

Calvo Rey C, García García M.L, Casas Flecha I, Pérez Breña P. Infecciones respiratorias virales. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Infectología pediátrica. 2008.

Arroba Basanta ML. Laringitis aguda (Crup). *Anales de Pediatría*. Vol. 01. Núm. S1. Páginas 55-61 (Junio 2003).

Aljebab F, et al. Systematic review of the toxicity of short-course oral corticosteroids in children. *Arch Dis Child* 2016;101:365–370.

Corneli H, et al. A multicenter, randomized, controlled trial of dexamethasone for bronchiolitis. *N Engl J Med*. 2007 Jul 26;357(4):331-9.

Panickar J. Oral prednisolone for preschool children with acute virus-induced wheezing. *N Engl J Med*. 2009 Jan 22;360(4):329-38.

Schuh S. A single versus multiple doses of dexamethasone in infants wheezing for the first time. *Pediatr Pulmonol*. 2008 Sep;43(9):844-50.



Botargues M, Enz P, Musso C. Tratamiento con corticoides. Evid Act Pract Ambul 14(1) 33 - 36 Ene-Mar 2011.

Comité Nacional de Endocrinología. Consideraciones para una corticoterapia segura. Arch Argent Pediatr 2018;116 Supl 3: S71-S76.

Martínez Tinjacá J, Gamboa Jiménez A. Eventos Adversos reportados por Prednisona y Prednisolona al Programa Distrital de Farmacovigilancia en Bogotá D.C., entre el 2009 al 31 de agosto De 2017. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Facultad de Ciencias. Programa de Química Farmacéutica. Bogotá D.C. 2017.

Con toda atención,

ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO

CC. 52500935

Médico y cirujano Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Pediatría Universidad CES

Subespecialista en Nefrología Pediátrica Universidad de Antioquia

Docente ad honorem de Nefrología Pediátrica Universidad de Antioquia

Nefróloga Pediátrica IPS Universitaria y Fresenius Medical Care de Medellín.

Miembro Activo Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica

Perito CENDES.

CEMDES
Centro de Estudios en Medicina y Salud



LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTÁMENES PERICIALES A TRAVÉS DE LA UNIVERSIDAD CES

	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO
1	2018	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Juan Diego Rodríguez Castillo / Solicitado por Carlos Humberto Ocampo Ramos
2	2018	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2012-0482 /Juzgado Tercero (03) Administrativo de Florencia - Caquetá
3	2019	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0254 / Solicitado por E.S.E Hospital Maria Inmaculada de la Ciudad de Florencia Dra. Gracexiomara Vargas Tapiero
4	2019	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014-0009 /Juzgado Tercero (03) Civil del Circuito de Duitama
5	2019	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Daniel Antonio García De Ávila / Solicitado por Javier Villegas Posada
6	2019	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Alberto Mario Mozo Ríos/ Solicitado por Alexander Tarazona de la Hoz
7	2019	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2012-0784 /Juzgado Veinte (20) Civil Circuito de Medellín
8	2019	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Jelen Nairovi Rivas Murillo/ Solicitado por Maria del Pilar Giraldo Hernández
9	2019	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Yarledis Gaviria Vázquez/ Solicitado por Luisa Fernanda Henao Vallejo
10	2019	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-0361 Juzgado (1) Administrativo de Manizales / Solicitado por Mariem Chamat Duque
11	2020	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Dylan Andres Estrada Jimenez/ Solicitado por Nayla Rosa Romero Rodríguez
12	2020	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Liam Samuel Jaimes Rivera Solicitado por Deisy Lorena Galvis Villan
13	2020	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Juan Alejandro Henao Gallego Solicitado por Juan Alejandro Henao Gallego
14	2020	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Yainer Pacheco Carranza Solicitado por Javier Leónidas Villegas Posada
15	2020	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Emily Dayana Mosquera Carabali /Solicitado por Claudia Liliana Cortés Ruíz
16	2020	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0116 /Juzgado Primero (1) Administrativo De Barrancabermeja
17	2020	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Mariana Bayer Echeverri /Solicitado por Alberto Leon Duque
18	2021	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2015-0469 /Solicitado por Luis Felipe Araque Barajas / Hospital Universitario La Samaritana
19	2021	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Caso Kenia Yimar Dealba Ortiz /Solicitado por Andrea Arrieta Cárcamo
20	2021	ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-0333 /Juzgado Séptimo (7) Civil del Circuito de Cali



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TITULO DE

Medica Cirujana

A

Ana Matherina Serrano Gayubo

C.C. No. 52.500.955 EXPEDIDA EN *Sesión de Mañ*

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE *Bogotá, D. C.*, Junio 29 DEL 2001

Fredy Díaz Llano
DECANATURA DE LA FACULTAD

[Signature]
RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD

[Signature]
SECRETARÍA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 15 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2
DE LA SEDE DE *Bogotá, D. C.* FACULTAD DE *Medicina*

0067530



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

EN ATENCIÓN A QUE

ANA KATHERINA SERRANO GAYUBO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 52500935

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN
REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 22 DE AGOSTO DE 2012

Libro 74 Folio 74 del 22 de agosto de 2012

Alberto Uribe Correa
ALBERTO URIBE CORREA
RECTOR

Luquegi Gil Neira
LUQUEGI GIL NEIRA
SECRETARIO

Elmer de Jesús Gaviria Rivera
ELMER DE JESÚS GAVIRIA RIVERA
DECANO

65168

FORMAS EST. E. 0045



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

EN ATENCIÓN A QUE

Ana Katherina Serrano Gayubo

C.C. 52.500.935 Santafé de Bogotá D.C. (Cundinamarca)

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

Especialista en Pediatría

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA
A LOS 14 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2008.

José María Maya Mejía
Rector
Universidad CES

María Jael Arango Barreneche
Secretaría General
Universidad CES

Jorge Julián Osorio Gómez
Decano
Universidad CES

Registrado: Folio 175. Número 5303. El 14 de agosto de 2008. Acta 7227 de 14 de agosto de 2008. Firma: Beatriz E. Guzmán



Rama Judicial del Poder Público
Consejo Superior de la Judicatura
Sala Administrativa
Dirección Seccional Administración Judicial Medellín
Oficina Judicial

CERTIFICADO

La suscrita Jefe de Oficina Judicial de Medellín, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 1518 de 2002, de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura por medio del cual se establece manejo de los auxiliares de la justicia, hace constar que una vez consultado el listado de auxiliares de la justicia para el periodo vigente se pudo evidenciar que la UNIVERSIDAD CES, representada legalmente por el doctor JOSE MARIA MAYA MEJIA identificado con cédula de ciudadanía 70.048.880 de Medellín, presentó solicitud de inscripción en el mes de Octubre del año 2002, para conformar el registro de Auxiliares de la Justicia, para los despachos judiciales de Medellín, en todas las especialidades y acreditó requisitos para los siguientes cargos así:

- Odontología (507), psiquiatría (509), veterinaria (510), fisioterapeuta (512), zootecnista (513), cardiología (601), ginecología (602), médico general (603), otorrinolaringología(604), siquiatría (605), oftalmología (606), pediatría (607), fonoaudiología (608), ortopedia(609), cirujano plástico(610), urología (611), dermatología(612), optometría (613).

En octubre de 2004, adiciono los siguientes cargos:

- Especialista en salud ocupacional (517), biología (524), dermatología (612), optometría (613), valoración de daño corporal (614).

En octubre de 2008, adiciono los siguientes cargos:

- Especialista en gerencia en servicios de salud (525), especialista en auditoria en la calidad de la salud (526).

La lista se encuentra vigente a partir del primer día del mes de marzo de 2003 y tiene carácter permanente sin perjuicio de las decisiones judiciales sobre las exclusiones de los auxiliares de la justicia.

Medellín, Febrero 3 de 2010.


MARIA ROSINA GIRALDO OSORIO
Coordinadora de la Oficina Judicial