MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
INSTITUTUL DE MEDICINĂ LEGALĂ
CLUJ-NAPOCA
400006 Cluj-Napoca, str. Clinicilor, nr. 3-5,
tel. 0264-596882, 0722- 222133, fax 0264 – 597010
e-mail: office@imlcj.ro
Operator de date cu caracter personal 19531

Nr. 2211/VI/f/2 din 14.08.2024

Către,

INSPECTORATUL DE POLIȚIE AL JUDEȚULUI ALBA
POLIȚIA MUNICIPIULUI AIUD
BIROUL DE INVESTIGAȚII CRIMINALE

Vă înaintăm Raportul de Nouă Expertiză Medico-Legală solicitat de Dvs. prin ordonanța Dosar nr. 636/P/2023/R.C.M privind pe numita **STĂNESCU CLAUDIA NICOLETA.**

Costul raportului în valoare de 327 RON (inclusiv costul avizării acestuia) care se va depune în contul IML Cluj-Napoca nr. RO24TREZ21620G330400XXXX deschis la Trezoreria [redacted] Cluj-Napoca.----

DIRECT[redacted]

Conf. Dr. Coste[redacted]
MEDIC PRIMAR LEGIST

RAPORT DE NOUĂ EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ

Subsemnații **Dr. Cristian Gherman- medic primar legist, Dr. Daniel Ureche- medic primar legist** și **Dr. Daniela Cristina Mironescu- medic specialist legist și anatomopatolog**, toți din cadrul IML Cluj-Napoca, solicitați de către IPJ Alba, Poliția Municipiului Aiud- Biroul de Investigații Criminale, prin Ordonanța Dosar nr. 636/P/2023/R.C.M, de a efectua un Raport de Nouă Expertiză Medico-Legală privind pe defuncta S[redacted] CLAUDIA NICOLETA, CNP [redacted] în vârstă de 41 ani, cu ultimul domiciliu în mun. Aiud, [redacted] jud. Alba, procedând la examinarea documentației puse la dispoziție, am constatat următoarele:

OBIECTIVE:

1. Care au fost cauzele și natura morții pacientei S[redacted] Claudia Nicoleta;
2. Dacă există urme de tratament medical pe corpul pacientei decedate;
3. Dacă există modificări ale organelor și țesuturilor depistaate în urma examenului histopatologic;
4. Dacă administrarea medicației de inducție a anesteziei a fost corect aplicată;
5. Dacă s-au constatat greșeli de tehnică medicală;
6. Dacă examenul clinic al pacientei înainte de administrarea anesteziei a fost corect și complet și dacă anamneza a fost menționată în actele medicale întocmite de către Spitalul Municipal Aiud;
7. Raportul de cauzalitate între moartea pacientei și greșelile medicale constatate;
8. Dacă există raport de cauzalitate între moartea pacientei, administrarea anesteziei și faptul că aceasta a avut parte de terapie cu antipsihotice (Rispen, Uniquet), anxiolitice (Rivotril) și hipnoinductoare (Zolpidem), fiind internată în perioada 10.03- 23.03.2023.

ISTORIC:

Din datele de anchetă rezultă: " Susnumita a decedat în data de 25.05.2023, fiind internată la Spitalul Municipal Aiud".

CONSTATĂRI DIN ACTE MEDICALE:

I. Acte medicale prezente la dosarul cauzei:

1. Din Copia Certificatului de Încadrare în Grad de Hadicap nr. 4349, eliberată de către CJ Alba, rezultă:

Grad de handicap accentuat; nu se încadrează în grad de handicap (valabilitate 12 luni).

2. Din Copia SM nr. FO 548, eliberată de către Sp. Mun. Aiud- Secția Psihiatrie, rezultă:

Pacientă internată în perioada 28.01.2020- 31.01.2020.
Dgs.- Schizofrenie paranoidă. Dependență la tutun.
Epicriză- Pacientă 37 ani, revine din proprie inițiativă pentru neliniște psihomotorie, insomnii mixte, interpretativitate și suspiciozitate minimă, iritabilitate, irascitabilitate,. anxietate accentuată, idei prevalente de urmărire, comportament dezorganizat. Acest tablou psihosomatic se dezvoltă pe fondul discontinuării terapiei psihotrope de aproximativ 1 lună. Se reia terapia cu antipsihotice atipice (Astoret, Olanzapina), anxiolitice (Anxiar), timostabilizatoare (Carbamazepina) și hipnoinductoare (Zolpidem), evoluție favorabilă.
Tratament recomandat: Astoret 10 mg 1-0-0 cpr/zi; Zolpidem 10 mg 0-0-1 cpr/zi; Anxiar 1 mg ½- ½- 1 cpr/zi; Olanzapina 5 mg 0-0-1 cpr/zi; Neurotrop retard 300 mg 1-0-1 cpr/zi.

3. Din Copia SM (tradusă de traducător autorizat) nr. 16555283/ 28.07.2021-03.08.2021, eliberată de către Spital Universitar Geneva, rezultă:

DGS.- Chist arc 3 brahial drept. Limfadenopatie chistică.
Operație planificată: Excizia chistului prin cervicotomie. Anestezie generală. Tratament:· Co-amoxicilină 1000 mg 2x/zi; Dafalgan 1 g 4x/zi; Irfen 600 mg 3x/zi; Nexium 40 mg 1x/zi.

4. Din Copia SM nr. FO 3301, eliberată de către Sp. Mun. Aiud- Secția Psihiatrie, rezultă:

Pacientă internată în perioada 08.12.2021- 21.12.2021.
Dgs.- Schizofrenie paranoidă. Depresie postschizofrenie. Dependență la tutun.
Epicriza- revine din proprie inițiativă pentru recidivă simptomatologie.
Se reia terapia cu antipsihotice atipice (Astoret, Olanzapina), anxiolitice (Alprazolam), timostabilizatoare (Carbamazepina), antidepresive (Serodeps) și hipnoinductoare (Zolpidem), evoluție favorabilă.
Tratament recomandat: Alprazolam 0,5 mg 0-0-1 cpr/zi; Zolpidem 10 mg 0-0-1 cpr/zi; Abilify Maintena 400 mg 1 fiolă la 30 zile; Olanzapina 10 mg 0-0-1 cpr/zi; Neurotrop retard 300 mg 1-0-1 cpr/zi; Serodeps 10 mg 1-0-0 cp/zi.

5. Din Copia SM nr. FO 2971, eliberată de către Sp. Mun. Aiud- Secția Psihiatrie, rezultă:

Pacientă internată în perioada 09.09.2022- 19.09.2022.
Dgs.- Schizofrenie paranoidă. Dependență la tutun.
Se reia terapia cu antipsihotice atipice (Astoret, Uniquet), anxiolitice (Alprazolam), hipnoinductoare (Zolpidem), sedative (Levomepromazin), evoluție favorabilă.
Tratament recomandat: Alprazolam 0,5 mg 1/2-0-1 cpr/zi; Zolpidem 10 mg 0-0-1 cpr/zi; Abilify Maintena 400 mg 1 fiolă la 30 zile; Astoret 10 mg 1-0-0 cpr/zi; Uniquet 400 mg 0-0-1 cpr/zi; Levomepromazin 25 mg 0-0-1 cp/zi.

6. Din Copia SM nr. FO 1080, eliberată de către Sp. Mun. Aiud- Secția Psihiatrie, rezultă:
Pacientă internată în perioada 10.03-2023- 23.03.2023.
Dgs.- Schizofrenie paranoidă. Dependență la tutun.
Tratament efectuat: Rispen, Uniquet, Rivotril, Zolpidem; evoluție favorabilă.
Tratament recomandat: Rispen 4 mg 0-0-1; Xeplion 150 mg 1 fiolă în 23.03.2023 apoi 100 mg în 31.03.2023; Zolpidem 10 mg 0-0-1; Rivotril 2 mg 0-0-1/2; Uniquet 50 mg 0-0-1/2.

7. Din Copia SM nr. 603/ 05.05.2023, eliberată de către Sp. Mun. Aiud- Secția Obstetrică și Ginecologie, rezultă:
Dgs.- Amenoree secundară. Galactoree. Chist ovarian stâng simplu, seros (7 cm); Rp... scris ilizibil...

8. Din Fișa de Consult Preanestezic nr. f.n./ 23.05.2023, rezultă:
Antecedente chirurgicale- colecistectomie; Antecedente medicale: drepresie, tabagism cronic 2,5 pachete/zi, obezitate grad II; Tratament cronic- neagă; Alergii- neagă; Intubație prevăzută- dificilă; Mallapati- 4; Scor Cormack- 4; Distanță tiro-mentonieră < 6 cm; Flexură coloană cervicală <80 grade; Circumferința gâtului> 42 cm; Prognatism; ULBT clasa 2; Criterii de ventilație dificilă: IMC>26, sforăit, SAOS, limitarea protruziei mandibulei. Consumatoare de alcool.
Este prezent la dosar și semnat de către pacientă "Consimțământul informat" unde sunt menționate riscurile anesteziei generale.

9. Din Copia REML n.r. 1864/A3/123 din 26.05.2023 (eliberat la data de 28.06.2023), emisă de către SJML Alba, rezultă:
Istoric: Din datele de anchetă reiese că susnumita a decedat în data de 25.05.2023 în cadrul Spitalului Municipal Aiud.
Documente medicale:
a) Din Copia Foii de observație clinică generală adulți nr. 2117 întocmită de Spitalul Municipal Aiud, rezultă:
Susnumita a fost internată în secția Ginecologie la data de 23.05.2023 orele 09,05 până la data de 25.05.2023 orele 11:20.
Diagnostic trimitere: Tumoră anexială chistică stângă.
Diagnostic principal la externare: Stop cardiorespirator intraanestezie.
Buletin de examinare DX nr. 228883/24.05.2023- RX pulmonară PA: Fără focare de condensare. Interstițiul accentuat cu aspect reticulo-micro-nodular. SCD și vârfuri libere. Cord și aorta aspect normal.
Motivele internării: dureri fosa iliacă stângă.
Anamneza: Antecedente heredo-colaterale: tata decedat neo prostată.
Antecedente personale, fiziologice și patologice: menarha 13/28/3-4 zile flux moderat. N=4, A=22, op cezariană, colecistectomie.
Antecedente personale-patologice: depresie.
Comportamente: fumătoare.
Istoricul bolii: UM=16.05.2023 Pacienta acuză dureri în abdomenul inferior, motiv pentru care se prezintă la serv. nostru și se internează.
Examen obiectiv: stare generală ușor alterată, talie medie, greutate 82 kg, stare de nutriție corespunzătoare, stare de constiență...ilizibil... facies, tegumente, mucoase normal colorate. Țesut conjunctiv-adipos: bine dezvoltat. Sistem ganglionar nepalpabil. Sistem muscular bine proporționat. Sistem ganglionar integru, mobil. Aparat respirator: torace normal conformat, sonoritate pulmonară, murmur vezicular prezent. Aparat cardio-vascular: cord în limite normale, zgomote cardiace clare, ritmice, bine bătute TA=107/87.Aparat digestiv: abdomen suplu, tranzit intestinal prezent. Ficat, căi

biliare, splina- în limite normale. Aparat uro-genital: loje anexiale libere, micțiuni spontane. Sistem nervos, endocrin, organe de simț: SNC – depresive. ROT-prezent.

Examen ecografic 23.05.2023: vezica urinară semievacuată, cu pereți supli. Uter de dimensiuni normale, ecostructură inomogenă, endometru ecogen de aprox.7mm. Anexa stg.- se vizualizează o formațiune transonică bine delimitată de aprox.7/6 cm, anexa dr. în limite normale. Clinic: organe genitale de aspect normal, vagin cu conținut leucoreic fără aspect patologic, col fără leziuni epiteliale periferice. IV col uterin deviate spre dreapta de dimensiuni normale, anexa stângă formațiune renitentă ușor sensibilă de aprox. 7/8 cm cu șanț de delimitare. Anexa dreaptă nu se palpează. VU fără sensibilitate. **Dgs: Tumoră anexială stângă chistică.**

Epiciriza: pacientă în vârstă de 41 ani se internează cu dg. Tumoră anexială stângă chistică, diagnostic confirmat clinic și paraclinic. După pregătire preoperatorie se hotărăște intervenția chirurgicală. În data de 25.03.2023 se pregătește pentru intervenție chirurgicală. În timpul acordării anesteziei generale pacienta prezintă stop cardiorespirator care nu răspunde manevrelor de resuscitare, pacienta fiind transferată pe compartimentul ATI unde este declarat decesul la ora 11:20.

Evoluție:

(23.05.2023): Internare. Dgs. Tumoră anexială stângă chistică. Tratament Cefort fl.II, Betadine.I, Ser fiziologic fl.II, Clotrimazol tub 1.

(24.05.2023): Rx toracic. Tratament Cefort fl.IV, Betadine II, ser fiziologic fl. IV.

(25.05.2023): Stare general bună, afebrială. Se pregătește pentru intervenție.chiruirgicală. Pacienta decedează prin stop cardio-respirator intraoperator decesul fiind confirmat pe compartimentul ATI la ora 11:20.

Dosar ATI-Consult preanestezic data consultației: 23.05.2023: data internării 23.05.2023; data operației 25.05.2023. Programare. Greutate 82 Kg, Înălțime 150 cm, IMC 36,44 kg/m2. Antecedente chirurgicale: colecistectomie. Antecedente medicale: depresie, tabagism cronic, obezitate gradul II. Tratament cronic neagă. Incidente preanestezice neagă. **Alergii (medicamente, alimente, cosmetic, latex, iod) neagă.** Intubație prezvăzută: dificilă. Deschidere gură < 30 mm, distanța tiro-mentonieră <6 cm, circumferința gâtului > 42 cm. Prognatism. ULBT clasa 2. Tratament înlocuit prin Clexane. Trat. Cr. Z0 dimineața. Cooperare paciente GCS Atc GVPO 1, Opioizi p.op.1, total 3 /4 pct. ASA 2E. Abord vascular periferic dificil. CVP 2x18 G, SNG, SV. Criterii de ventilație dificilă: IMC >26, sforăit, SAOS, limitarea protruziei mandibulei. Ciorapi elastici. Protocol anestezic propus: AG, calea aeriană, ML, IOT. Rahianestezie.

Antecedente patologice+ examen clinic: *respiratoric:* tuse, expectorație, dispnee de efort permanentă, sindrom de apnee obstructivă în somn. Ascultație pulmonară: raluri sibilante + wheezing bilateral, SpO2 96 %. MV diminuat bazal bilateral. *Cardio-vascular*: Ascultație fără zgomote cardiace supradenivelate. TA=150/80 mmHg, fără sufluri patologice FC 110/min. *Digestive:* Stomac plin. BRGE Gastrită. *Renale*- fără. Neuro-psihiatrice: depresie. Transfuzii de sânge și derivate- Da. Paraclinic relații normale. *RX pulmonar 24.05.2023 Consult pneumonologie* Spirometrie +pletismografie. *Consult cardiologic* Ecografie cord, EKG.

Solicitare consult endocrinologie, diabetologie. Repere anestezie neuraxială: coloană vertebrală: tasare. Apofize nepalpabile.

Premedicație Z 1 (seara): Sol Ringer 500 ml x1+Controloc fl.1, Dexametazonă 4 mg iv 12-06;

Z0 (dimineața) Adrenalină 3 mg + ser fiziologic 0,9 % 7 ml la 4 h. Ventolin puf II 14-22-06. Recomandări: trunchi ridicat la 45 grade, O2 canulă nazală 4 L flux continu + aerosoli la 4 h.

Fișa de anestezie: *25.05.2023 Anestezie generală*:

Premedicație- Dexametazonă 4 mg, Lidocaină 90 mg, Atropină 0,3 mg;

Inducție- Sufentanil 60 mg, Ketamină 90 mg, Propofol 100 mg, Succinolcolină 15 mg, Esmerone 60 mg, Sevoflurane conc. 3-4 %. ML nr. 4, IOT nr. 7,5, Mandren, adâncime sondă 22 cm, preoxigenare pipa Guedel, ascultație (bună) raluri sibilante +Wheezing. Rahianestezie AC: Quincke, nivel L2-L3, L3-L4, L4-L5, nr.punctii 4.

Tehnica: ...scris ilizibil.; 4 puncţii dintre care 1 puncţie cu exteriorizare sanghină şi 3 puncţii proces spinos.
Monitorizare: (1 min şi 3 min) : EKG, FC, Sa O2, FiO2, (2 ore-18 G şi 16 G), Co2, Sevofluran, Temp. Puncte de decubit şi extensie verificate, soluţii încălzite, încălzire externă. Poziţionare: dorsal. ASA II E. Preinducţie, pacienta a prezentat dureri mari în etajul abdominal inferior şi se solicită consult ginecologic.
Rahianestezia 08,45-09,00 SCR. Sol.Ringer 500 ml x 2, Ser fiziologic 500 ml x 1, Na Cl 100 ml=efedrină fl.1. ora 08,45 Sp O2 =93 %, ora 8,50 =80%, ora 9,00=30 %.
Tratament administrat: Atropină 0,3 mg, Adrenalină f.V/50-3-5 ml. Atropină fl.II i.v. Bicarbonat 8,4 % fl. I iv. , HCC i.v. 100 mg-100 mg-100 mg-100 mg, Salbutamol (Ventolin) 4 pufuri-4 pufuri, Adrenalină 1 mg/ ml i.v. IX-fl XV, Adrenalină 1 /10.000 i.v. 1 ml-1ml-1,ml, Dexametazonă 4 mg-4 mg, Lidocaină 1 % 90 mg, Sufentanil 60 mg, Ketamină 90 mg, Propofol 180 mg, Succinilcolina 10 mg, Esmerone 60 mg, Sevofluran 3 %-5% fl.1, Bicarbonat 8,4 5(fl VI)...scris ilizibil... Nalaxone fl.1, Efedrină 20 mg.
Fişa monitorizare anestezie: la inducţie, după administrarea medicaţiei: Sufentanil, Xilină 1 %, Ketamină, Propofol, pacienta a prezentat un episod de bronhospasm sever, desaturare până la 80 %, raluri sibilante, wheezing, se decide montarea unei măşti laringiene, pacienta desaturează la 60 %, se decide IOT (Cormack 3), se administrează curarizant şi Sevofluran, pacienta continuă episodul de bronhospasm, în ciuda administrării tratamentului cu Salbutamol, Adrenalină, HHC, desaturează la 30 % şi prezintă bradicardie progresivă fără răspuns la Atropină, până la asistolie, SCR se iniţiază masajul cardiac extern şi farmacologic cu Adrenalină 1 mg la 3 minute. La ora 09:20, pe monitor EKG prezintă ritm de FIV, motiv pentru care se administrează 1 şoc electric 200 J, care răspunde la ora 09:50. Se iniţiază SA Adrenalină f V/50-3 ml/h şi Bicarbonat 8,4 % 100 ml şi se decide transferul pacientei în compartimentul ATI, pentru continuarea managementului postresuscitare. La ora 10:20 pacienta fost preluată în ATI, GCS =5 pct. scor RASS=-4 pct.; pe perioada transportului a fost ventilată pe sonda IOT, cu un balon Ruber ataşat la butelia de oxigen la flux maxim şi transferată cu patul din ATI, în lift. La sosirea în ATI, a fost ventilată mecanic în mod controlat, cu preziune intermitent cu presiune intermitent pozitivă şi PEEP. La ora 10:35 pacienta a prezentat pe monitor EKG bradicardie progresivă, urmată de asistolie, fără răspuns la manevrele de resuscitare (masaj cardiac extern şi farmacologic). Se declară decesul la ora 11:20. Familia a fost anunţată. Am solicitat ajutor medical de Medicină de urgenţă Dr. Bogoş Ovidiu, la prima resuscitare, dar la jumătatea resuscitării este solicitat de urgenţă în CPU Aiud (a plecat în mijlocul resuscitării).
Epicriză: Pacientă în vârstă de 41 ani se internează cu diagnosticul de tumoră anexială stângă, diagnostic confirmat clinic şi paraclinic. După pregătire preoperatorie se hotărăşte intervenţia chirurgicală. În data de 25.05.2023 se pregăteşte pentru intervenţia chirurgicală. În timpul acordat anesteziei generale, pacienta prezintă un stop cardio-respirator care nu răspunde manevrelor de resuscitare, pacienta fiind transportată pe Compartimentul ATI, unde este declarat decesul la orele 11.20. Este externată în 25.05.2023 cu dgs.: Stop cardio-respirator intraanestezic.
OBIECTIVE: „ Natura şi cauza morţii numitei Stănescu Claudia Nicoleta; dacă pe corpul victimei există sau nu leziuni, iar în caz afirmativ, natura acestora, mecanismul de producere, obiectul sau instrumentul cu care au fost create".
EXAMEN EXTERN: Date de identificare: sex feminin, vârsta de 41 ani, talia 160 cm, ţesutul celular subcutanat bine reprezentat; semne particulare: -nu se constată. Semnele morţii reale: lividităţi: culoare violacee dispuse pe părţile dorsale şi necomprimate ale corpului, stadiul de imbibiţie; rigiditate prezentă în stadiul de generalizare; alte modificări cadaverice: - nu prezintă. Leziuni traumatice:- nu se constată. Semne de tratament medical: puncţii venoase membre superioare bilateral, lombar median multiple plăgi punctiforme dispuse pe o arie de 6,4/0,3 cm, situate aprox. unele sub altele. Semne diverse: nu se constată
EXAMEN INTERN AL CADAVRULUI:

EXTREMITATEA CEFALICĂ: Epicraniu: integru, de culoare roz-albicioasă pe faţa internă fără infiltrat sangvin, muşchii temporali uniform coloraţi. Oasele craniului: integre, măsoară 0,6 – 0,8 cm grosime pe linia de ferestruire. Dura mater: alb-sidefie, lucioasă, aderentă de baza craniului şi suturile calotei, cu vasele sangvine dilatate, sinusul sagital superior conţine sânge lichid în cantitate mare. Spaţiile extra şi subdurale fără conţinut patologic. Leptomeninge: neted, lucios, cu vasele de sânge dilatate. Vasele de la baza creierului: cu pereţii supli, permeabili. Encefal: suprafaţa cu circumvoluţiuni aplatizate şi şanţuri îngustate; pe secţiune scoarţa cerebrală roz-cenuşie, substanţa albă umedă, lucioasă, cu puncte roşietice care dispar la radere şi spălare, reapărând ulterior, contrast cortico-subcortical păstrat. Hipofiza: fără infiltrate sangvine. Epifiza: fără infiltrate sangvine. Cerebelul şi trunchiul cerebral: morfologie obişnuită; pe secţiune substanţa albă umedă, lucioasă cu puncte roşietice care dispar la radere şi spălare. Ventriculi cerebrali: simetrici, volum obişnuit, conţin LCR clar. Regiune oro-faringiană: buze pergamentate; limba cu mucoasa albicioasă, pe secţiune maronie, fără infiltrate sangvine; dinţi: fără avulsii dentare recente.

REGIUNEA CERVICALĂ: Ţesut subcutanat; muşchii gâtului, vase şi nervi: fără infiltrate sangvine. Glanda tiroidă: lobi simetrici, pe secţiune brun-violacee, fără infiltrate sangvine. Os hioid: integru. Laringe: mucoasa albicioasă, mucoasa laringiană uşor tumefiată. Faringe: mucoasa albicioasă, lumen permeabil. Coloana cervicală: fără întreruperea conturului osos sau mobilitate anormală.

TORACE: Peretele muscular: fără infiltrate sangvine. Perete osos (stern, coaste, vertebre toracice): fără întreruperea conturului osos sau mobilitate anormală. Pleure: netede, lucioase, transparente. Cavităţile pleurale: conţin câţiva ml de lichid sero-citrin. Trahee şi bronhii: mucoasa albicioasă, lumene permeabile. Plămânii: globuloşi, crepitaţii şi elasticitate diminuate simetric bilateral, culoare roz-violacee, cu nuanţă mai exprimată în regiunile paravertebrale, desen antracotic evident, pe secţiune se scurge sânge roşu-negricios şi spumă roz în cantitate mare. Pericard: albicios, integru. Cavitatea pericardică conţine aprox.20 ml de lichid serocitrin. Cordul: dimensiuni de 10/10/4,5 cm. Cavităţile cordului: goale. Aparat valvular: albicios, integru. Endocard: neted, lucios, transparent. Epicard: neted, lucios, transparent. Miocard: brun-roşietic, pe secţiune cu benzi şi striuri alb-sidefii, grosimea maximă a peretelui ventriculului stâng este de 1,2 cm, cea a ventriculului drept de 0,3 cm. Artere coronare: cu pereţii supli, permeabile. Vasele toracice: artera pulmonară, venele pulmonare: permeabile; aorta toracică: cu pereţii supli, permeabili. Vena cavă superioară, alte vase: permeabile. Mediastin: ganglioni limfatici cenuşii, mobili. Timus: involuat, invadat de ţesut adipos. Diafragm: brun-roşietic, fără infiltrate sangvine. Esofag: pereţi integri, mucoasa albicioasă, pliuri longitudinale păstrate, lumen gol.

ABDOMEN: Perete abdominal: fără infiltrate sangvine. Peritoneu, ligamente mezouri: netede, lucioase, transparente. Cavitatea peritoneală conţine câţiva ml de lichid sero-citrin. Stomac: pereţi integri, mult destinşi de gaze, mucoasa gălbuie, pliuri prezente, fără conţinut. Duoden, intestine: pereţi integri, mucoasa roz-albicioasă, fără infiltrate sangvine, în lumen conţinut specific segmentului anatomic. Apendice cecal: 10 cm, culoare alb-cenuşie. Ficat (2300 g): capsula transparentă, suprafaţă netedă, culoare brun-gălbuie, pe secţiune parenchimul hepatic cu numeroase puncte roşu-negricioase diseminate, care nu dispar la radere şi spălare, consistenţă friabilă. Vezica şi căile biliare: permeabile. Vena portă, venele suprahepatice: permeabile. Splina (150 g): capsula transparentă, suprafaţa netedă, pe secţiune de culoare vişinie cu puncte albe. Spaţiul retroperitoneal: fără infiltrate sangvine. Pancreas: gălbui, pe secţiune aspect lobulat, cu halou violaceu perilobular. Suprarenale: corticala galben-portocalie, medulara brun-violacee, semilichidă. Rinichii 300 g, decapsulare facilă, suprafaţa de decapsulare netedă, pe secţiune corticala roşu-violacee, medulara violacee, contrast cortico-medular estompat. Căi urinare: permeabile. Aorta abdominală permeabilă, vena cavă inferioară, alte vase: permeabile.

PELVIS: Vezica urinară: pereţi integri, mucoasa albicioasă, fără conţinut. Rect: ampula rectală goală. Organe genitale interne: fără infiltrate sangvine. La nivelul cavităţii uterine se remarcă

prezența unui dispozitiv contraceptiv din plastic în forma literei ''T''. Pelvis osos: fără întreruperea conturului osos sau mobilitate anormală.
PERINEU: Organe genitale externe: fără infiltrate sangvine. Regiunea anală: fără infiltrate sangvine.
MEMBRE SUPERIOARE ȘI INFERIOARE: Tesuturi moi; Schelet membre: - fără întreruperea conturului osos sau mobilitate articulară anormală.
Tehnici speciale necroptice: La nivelul regiunii lombare a fost practicată o secțiune paralelă cu plăgile punctiforme descrise la examenul extern. Tegumentul și țesutul subcutanat subiacent este infiltrat sangvin; au fost scoși în bloc corpii vertebrali L1-L3 prin fierăstruirea discurilor intervertebral T 12-L1 și L3-L4, a pediculilor vertebrali corespunzători cu punerea în evidență a canalului rahidian.
DIAGNOSTIC ANATOMO-PATOLOGIC MACROSCOPIC: obezitate; puncții venoase membre superioare; puncții cutanate lombare; stază și edem cerebral; ușor edem glotic; stază și edem pulmonar; stomac cu pereții destinși prin acumularea unei cantități însemnate de aer; steatoză hepatică; chiste ovariene stânga; sterilet intrauterin; stază viscerală.
EXAMENE COMPLEMENTARE SOLICITATE:
Histopatologie: au fost recoltate: fragmente: creier, cord, plămân, ficat, rinichi, epiglotă.
Tanatochimie: lichid pericardic (CK, CK-MB); sânge (Triptază, IgE, histamină).
BULETIN DE ANALIZA HISTOPATOLOGICA nr.2640/29.05.2023 eliberat de Serviciul de Anatomie Patologică al Spitalului Județean de Urgență Alba Iulia și primit în data de 08.06.2023 evidențiază: Examen macroscopic: Edem cerebral, edem glotic, stază și edem pulmonar, distrofie hepatică, stază viscerală.
Examen microscopic: Parenchim cerebral cu edem și stază leptomeningeană. Parenchim pulmonar cu edem și stază, cu focal siderofage intraalveolar. Cord cu stază, edem interstițial cu miocite anucleate sau cu nucleu picnotic epicardic. Fragmentele examinate de la nivelul laringelui sunt reprezentate de mucoasa de tip respirator cu cartilaj hialin și țesut muscular striat cu minim edem interstițial. Perete esofagian cu epiteliu pavimentos cu paracheratoză și focal eroziuni superficiale cu stază și edem în submucoasă. Atașat fragment de tiroidă cu macro și normofoliculi. Parenchim hepatic cu importantă steatoză macroveziculară și stază. Parenchim renal cu stază și foacală necroză tubulară. Concluzii: Edem cerebral, pulmonar, cardiac, esofagian, laringian. Stază cerebrală, pulmonară, cardiacă, hepatică și renală. Ischemie acută epicardică. Eroziuni esofagiene. Steatoză hepatică. Necroză tubulară renală focală.
Buletin de analize medicale EU9171/26.05.2023 eliberat de Laboratorul de analize medicale al SJU Alba Iulia din care rezultă: Creatinkinaza (CK)= 4639,00 mg/dl; CK-MB*= 988,00 mg/dl.
Buletin de analize medicale EU9182/26.05.2023 eliberat de Laboratorul de analize medicale al SJU Alba Iulia din care rezultă: Imunoglobulina E* = 283,00 u/ml.
Buletin toxicologic Nr. 1871/A12/509 din 20.06.2023: mostra de sânge a fost pozitivă pentru Ketamină (metoda utilizată GC-MS); S-a pus în evidență prezența substanței Lidocainâ.
În data de 28.06.2023 s-a primit adresa nr. 60 din 27.06.2023 eliberată de SC Bioclinica din care rezultă faptul că analizele solicitate privind determinarea triptazei și histaminei din sângele recoltat în cursul autopsiei susnumitei au fost respinse întrucât materialul biologic înaintat este neconform și în plus metodele de determinare a analizelor medicale în cadrul laboratorului sunt validate din probele recoltate de la persoane în viață.
CONCLUZII: Felul și cauza morții numitei Stănescu Claudia Nicoleta nu pot fi stabilite cu certitudine datorită limitărilor examinărilor complementare medico-legale. Coroborând documentele medicale cu constatările necroptice și analizelor efectuate, reiese că este posibil ca moartea susnumitei să fi fost violentă și să se datoreze șocului anafilactic cu bronhospasm și EPA consecutiv administrării de inducție a anesteziei: În cadrul autopsiei nu au fost decelate leziuni traumatice. Examenul toxicologic efectuat a pus în evidență prezența Ketaminei și Lidocainei în sângele susnumitei. Decesul poate data din 25.05.2023.

10. Din Fișa de testare antibiotică/ 23.05.2023, rezultă:

Testare Cefort- negativ.

11. Din Fişa de Consultaţii Medic de Familie, nr. CBA90/ 2018, rezultă:
(22.11.2018)- leucoree mai abundentă, dureri la nivelul etajului inferior abdominal, sensibilitate la presiune şi senzaţie de tensiune, dureri lombare; Tulburare anxioasă şi depresivă mixtă; *(13.09.2019)*- dispepsie; *(09.04.2020)*- schizofrenie paranoidă; *(04.05.2023)*- schizofrenie paranoidă; chist ovarian; sarcină constantă.

II. Examinări complementare realizate în cadrul IML Cluj:
12. Din Buletinul de Examinare Histopatologic (reexaminare lame) eliberat de către IML Cluj, rezultă:
S-au examinat 7 lame coloraţie HE primite de la SJML Alba şi s-au efectuat tehnici imunohistochimice pe fragment de ficat.
În urma examenului histopatologic şi imunohistochimic efectuat s-a constatat :

Creier (1 bloc) - fragment de ţesut nervos de la nivel cortico-subcortical cu aspect spongios al substanţei nervoase şi lărgirea spaţiilor pericelulare şi perivasculare. Leptomeninge cu vase ectaziate cu hematii în lumen, edem meningeal.

Plămân (1 bloc) – fragment de parenchim pulmonar cu vase pulmonare ectaziate cu hematii în lumen, alveole cu material omogen eozinofil, izolat unele cu macrofage cu hemosiderina. Spaţiul aerian focal este lărgit prin fragmentarea septurilor alveolare.

Inimă (1 bloc) - fragmente de miocard prezentând vase ectaziate cu hematii. Focal se pun in evidenţă fibre de tesut conjunctiv care disociază miocitele, focal perivascular şi izolat ţesut adipos.

Ficat (1 bloc) - parenchim hepatic cu sinusoide cu hematii. Difuz hepatocite cu distrofie granulara şi distrofie micro şi macrovacuolara şi cu spaţii porte cu moderat infiltrat inflamator mixt la cu extensie periportală. Testele imunohistochimice au evidenţiat la nivelul ficatului CD2 moderat pozitiv şi CD117 negativ.

Rinichi (1 bloc) – fragment de rinichi ce prezintă tubi renali cu ştergerea limitelor celulare şi nuclei absenţi iar unii cu distrofie granulară.

Laringe (1 bloc) – fragment de mucoasă cu tapet de epiteliu respirator cu moderat edem interstiţial şi inflamaţie cu limfocite şi eozinofile, subiacent se evidenţiază fragment de cartilaj şi de ţesut muscular.

Esofag (1 bloc) – fragment de perete esofagian cu tapet de epiteliu scuamos nekeratinizant, focal cu acantoză şi cu mici zone de eroziune, la nivelul mucoasei se evidenţiază edem şi moderat infiltrat inflamator limfocitar dispus difuz şi cu formare de pseudofoliculi, adiacent este prezent un fragment de parenchim tiroidian alcătuit din normo şi macro foliculi.

DIAGNOSTIC HISTOPATOLOGIC:

1. Stază şi edem cerebral. Staza si edem leptomeningeal.
2. Stază şi edem pulmonar. Emfizem pulmonar focal.
3. Stază miocardică. Fibroza miocardica. Lipomatoză miocardică.
4. Distrofie hepatică. Steatoza. Steatohepatită. Testele imunohistochimice au evidenţiat CD2 moderat pozitiv şi CD117 negativ.
5. Rinichi cu stază. Distrofie tubulară. Necroză tubulară.
6. Edem laringian.
7. Esofagită cronică, erozivă.

DISCUȚIA CAZULUI

În data de 23.05.2023, pacienta cu obezitate grad II, patologie psihiatrică sub tratament cronic prelungit cu multipe perioade de exacerbare și internări repetate (-Conform Fișei de Evaluare Medic de Familie: "*22.11.2018*- Tulburare anxioasă și depresivă mixtă; *09.04.2020*- schizofrenie paranoidă", aspecte nedeclarate de către pacientă în cadrul consultului preanestezic), afirmativ (Din fișa de consult preanestezic) consumatoare de alcool și mare fumătoare (2,5 pachete pe zi) se prezintă pentru o intervenție chirurgicală la nivel ovarian- tumoră anexială stângă. De asemenea, pacienta prezintă, afirmativ, dispnee de repaus, tuse seacă spastică nocturnă și cu expectorație dimineața și a prezentat în trecut aritmii și episoade de pierdere a stării de conștiență. Pacienta neagă alergiile și de asemenea neagă tratamentul cronic (din istoricul medical bogat al pacientei rezultând contrarul). Tot în consultul preanestezic se menționează că pacienta prezintă multipli factori de risc pentru o intubație oro-traheală dificilă (Scor Mallampati 4; Scor Cormack 4; deschidere gură <30 mm; Flexură coloană cervicală < 80 grade; Circumferința gâtului >42 cm; ULBT clasa 2) dar și pentru ventilație dificilă (IMC> 26; sforăit; sindrom de apnee obstructivă în somn; limitarea protruziei mandibulei). La auscultația pulmonară a prezentat raluri sibilante și wheezing bilateral cu murmur vezicular diminuat bazal. Cardiac a prezentat hipertensiune arterială 150/80 mmHg, și tahicardie FC 100 mmHg. Susnumita a prezentat și patologie digestivă: gastrită și boală de reflux gastro-esofagian.

În 23.05 se efectuează testarea cutanată pentru alergia la antibiotice în contextul necesității administrării de antibioprofilaxie perioperatorie- Cefort, testare negativă.

Având în vedere cele expuse mai sus, opinăm că s-a ales varianta de rahianestezie (anestezie spinală, locală) combinată cu administrarea de analgosedare întrucât anestezia generală ar fi presupus adormirea și intubarea pacientei (manevră dificilă cu riscuri asociate). Totodată, această tehnică se practică frecvent în chirurgia abdomino-pelvină, nefiind contraindicată.

Pacientei i s-au administrat în cadrul inducției Sufentanyl (opioid), Xilină (anestezic local), Ketamină (anestezic), Propofol (anestezic) după care s-a tentat puncția lombară în vederea efectuării rahianesteziei (4 încercări, ora 08.45). Imediat după administrarea medicației pacienta prezintă bronhospasm sever și o desaturare progresivă la 80%, respectiv 60% și după administrarea de Sevofluran (anestezic inhalator), a curarizantelor (blocante neuromusculare- Succinilcolina și Rocuronium) se practică intubația oro-traheală. Și în acest context se menține desaturarea pacientei motiv pentru care se administrează Salbutamol (bronhodilatator), Hemisuccinat de hidrocortizon și Adrenalină (medicamente utilizate în tratamentul șocului anafilactic). Bronhospasmul pacientei persistă și desaturarea progresivă produce o saturație a oxigenului de 30% cu stop cardio-respirator consecutiv. În urma masajului cardiac, și a tratamentului specific (adrenalină și HHC) se obține ritm șocabil (fibrilație ventriculară) cu scoaterea pacientei din SCR (ora 09.50). La ora 10.20 pacienta este transferată pe secția ATI pentru îngrijiri de specialitate. La orele 10.35 pacienta intră din nou în SCR și decedează, după încă o încercare de resuscitare, la orele 11.20.

Menționăm că reacția de hipersensibilitate medicamentoasă poate fi mediată de IgE (- denumită și reacție anafilactică = alergică) și nemediată de IgE (- denumită și reacție anafilactoidă= eliberare de histamină). Ambele apar după expunerea la stimuli medicamentoși în doze terapeutice, tolerați în mod obișnuit de către subiecți. Diferența dintre cele două constă în faptul că reacția anafilactică necesită obligatoriu o expunere anterioară și intensitatea ei nu este influențată de doza de expunere, pe când reacția anafilactoidă poate să apară și la primul contact cu substanța și intensitatea ei este direct proporțională cu doza de expunere.

Mastocitoza sistemică (anafilaxia) reprezintă răspunsul anormal (exagerat) al organismului la un stimul extern (în cazul de față sufentanyl sau ketamină sau chiar lidocaină, administrate preinducție) urmată de proliferarea clonală și anormală de mastocite care se acumulează în diferite organe (măduvă osoasă, ficat, splină, cord) cu eliberare de IgE.

Semne clinice sunt nespecifice: tulburări de coagulare, reacție anafilactică (edem glotic, angioedem), manifestări gastro-intestinale (durere abdominală, grețuri, vărsături, diaree), hepato-

splenomegalie, limfadenopatie, bronhospasm, wheezing şi insuficienţă respiratorie acută, colaps cardio-vascular (vasodilataţie periferică, puls filiform), stop cardio-respirator.
Paraclinic: hipoalbuminemie, anemie, trombocitopenie, leucocitoză. Creşterea valorii **triptazei mastocitare (>20 ng/ml).**
Diagnostic: puncţie aspiratorie de măduvă urmată de biopsie care evidenţiază infiltrate multifocale, dense **(> 15 mastocite/ agregat celular);** Examen imunohistochimic a markerilor celulari: **CD117, CD25, CD2, triptază;** Testarea moleculară a mutaţiei **c-KIT D816V** (în mastocitele din măduva osoasă sau alte ţesuturi)= prezentă la >90% din pacienţii cu mastocitoză sistemică

Este demonstrată predispoziţia la şoc anafilactic a pacienţilor cu teren atopic (astm bronşic, alergii alimentare sau medicamentoase).

Un alt aspect extrem de important, care de altfel complică suplimentar situaţia, este cofactorul. Prezenţa acestuia scade doza de alergen necesară pentru a declanşa reacţia alergică, crescând riscul reacţiilor medicamentoase cu 25-39% (conform studiilor retrospective efectuate). În categoria cofactorilor intră: stresul emoţional şi chirurgical, terenul atopic (alergii alimentare), astm, BPOC, inflamaţia cronică (boli cronice - hepatita), bolile cardio-vasculare, bolile infecţioase, patologia oncologică, farmacoterapia pe termen lung dar şi cross-reactivitatea, pacienta fiind pe terapie cronică cu antipsihotice atipice (Astoret, Olanzapina), anxiolitice (Alprazolam), timostabilizatoare (Carbamazepina), antidepresive (Serodeps) şi hipnoinductoare (Zolpidem). De asemenea, etanolul s-a demonstrat că are acţiune directă asupra mastocitelor, stimulând degranularea acestora, astfel este considerat cofactor pentru reacţiile anafilactice, putând creşte considerabil riscul apariţiei acestora. Un alt efect nedorit provocat de cofactori este provocarea unei reacţii anafilactice refractare la tratament având un prognostic infaust.

Pacienta a prezentat în antecedente alte 2 intervenţii chirurgicale- colecistectomie şi excizie de chist brahial (Elveţia) în cadrul cărora nu ştim ce medicamente s-au administrat şi dacă aceasta a prezentat sau nu reacţii alergice îngrijorătoare. În tabelul de mai jos se poate vizualiza o statistică a cazurilor de reacţie de hipersensibilitate intraoperatorie unde se observă inclusiv cazuri de alergie la opioizi (sufentanyl în cazul nostru), în literatură fiind citate şi cazuri de alergie la ketamină, deşi extrem de rare.

Având în vedere evoluţia preoperatorie, postinducţie, cu bronhospasm sever, brusc instalat, refractar la tratament şi cu desaturare marcată a saturaţiei de oxigen dar şi tulburarea de ritm consecutivă responsivă la adrenalină, coroborată cu descoperirile necropsice de la SJML Alba (- edem glotic şi laringian, stază şi edem pulmonar), determinările tanatochimice (- creştere IgE) şi determinarea imunohistochimică efectuată în cadrul IML Cluj (evidenţierea markerului CD2 moderat pozitiv) opinăm că în cazul de faţă a fost vorba despre o reacţie de hipersensibilitate mediată IgE, severă, imprevizibilă, sub forma şocului anafilactic.

Table 2.

Substances Responsible for IgE-Mediated Perioperative Hypersensitivity Reactions in France (Results in Percentages From 7 Consecutive Surveys)*

	1984–1989 n = 821	1990–1991 n = 813	1992–1994 n = 1030	1994–1996 n = 734	1997–1998 n = 486	1999–2000 n = 518	2001–2002 n = 502
NMBAs	81	70.2	59.2	61.6	69.2	58.2	54
Latex	0.5	12.5	19	16.6	12.1	16.7	22.3
Hypnotics	11	5.6	8	5.1	3.7	3.4	0.8
Opioids	3	1.7	3.5	2.7	1.4	1.3	2.4
Colloids	0.5	4.6	5	3.1	2.7	4	2.8
Antibiotics	2	2.6	3.1	8.3	8	15.1	14.7
Other	2	2.8	2.2	2.6	2.9	1.3	3
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Open in a separate window

* n indicates the number of cases. Modified and quoted from Mertes PM, Laxenaire MC. Anaphylactic and anaphylactoid reactions occurring during anesthesia in France. *Annfr Anesth Reanim.* 2004;23(12):1133–1143.

Referințe:

1. Reducing the Risk of Anaphylaxis During Anesthesia: 2011 Updated Guidelines for Clinical Practice PM Mertes,1 JM Malinovsky,2 L Jouffroy,3 and the Working Group of the SFAR* and SFA* and W Aberer,4 I Terrechorst,5 K Brockow,6 P Demoly,7 for ENDA** and the EAACI Interest Group on Drug Allergy
2. Tomar GS, Tiwari AK, Chawla S, Mukherjee A, Ganguly S. Anaphylaxis related to fentanyl citrate. J Emerg Trauma Shock. 2012 Jul;5(3):257-61. doi: 10.4103/0974-2700.99703. PMID: 22988407; PMCID: PMC3440895.
3. Mertes PM, Laxenaire MC, Alla F; Groupe d'Etudes des Réactions Anaphylactoïdes Peranesthésiques. Anaphylactic and anaphylactoid reactions occurring during anesthesia in France in 1999-2000. Anesthesiology. 2003 Sep;99(3):536-45. doi: 10.1097/00000542-200309000-00007. PMID: 12960536.
4. Laxenaire MC, Mertes PM; Groupe d'Etudes des Réactions Anaphylactoïdes Peranesthésiques. Anaphylaxis during anaesthesia. Results of a two-year survey in France. Br J Anaesth. 2001 Oct;87(4):549-58. doi: 10.1093/bja/87.4.549. PMID: 11878723.
5. Bennett MJ, Anderson LK, McMillan JC, Ebertz JM, Hanlfin JM, Hirshman CA. Anaphylactic reaction during anaesthesia associated with positive intradermal skin test to fentanyl. Can Anaesth Soc J. 1986 Jan;33(1):75-8. doi: 10.1007/BF03010913. PMID: 3948052.
6. Hashimoto M, Sato Boku A, Tachi N, Okumura Y, Kadoi K, Harada J, Okuda M. Two Cases of Rocuronium-Induced Anaphylaxis/Anaphylactic Shock Successfully Treated With Sugammadex. Anesth Prog. 2019 Fall;66(3):151-155. doi: 10.2344/anpr-66-01-07. PMID: 31545668; PMCID: PMC6759648.
7. Alergoanestezia, abordarea practică a pacientului cu alergii medicamentoase în anestezie- Cristina Petrişor, Nadia Onițiu Gherman.

Coroborand datele din intreaga documentatie a cazului cu cele din literatura de specialitate mentionata precum si cu rezultatele histopatologice (la reintepretare) si imunihistochimice efectuate, formulam urmatoarele

CONCLUZII

1. Moartea numitei S[redacted]CLAUDIA NICOLETA a fost violenta.
   Ea s-a datorat stopului cardio-respirator iresuscitabil apărut în contextul şocului anafilactic la administrarea unor doze terapeutice (uzuale) de ketamină / sufentanyl / xilină.
   Întrucât în literatura de specialitate sunt citate cazuri de şoc anafilactic apărut după administrarea celor 3 substanţe din cadrul inducţiei anestezice în cazul de faţă (Ketamină, Sufentanyl, Xilină) şi având în vedere administrarea succesivă a acestora si la intervale mici de timp, nu putem preciza cu exactitate medicamentul determinant.---
2. Analizând Raportul de Necropsie precum şi fotografiile efectuate în cadrul SJML Alba opinăm că pacienta a prezentat urme de tratament medical ce au constat în: aborduri vasculare, puncţii lombare şi excoriaţii pergamentate la nivel toracic anterior (produse în cadrul manoperelor de resuscitare cardio-pulmonară).---

3. La examenul histopatologic, imunohistochimic şi tanatochimic s-au constatat modificări înalt sugestive pentru şocul anafilactic: edem laringian, glotic şi pulmonar; creştere IgE; pozitivizarea markerul CD2. De asemenea, răspunsul terapeutic iniţial (- la adrenalină şi hemisuccinat de hidrocortizon) tradus prin stopul cardio-respirator resuscitat sustine diagnosticul de şoc anafilactic.---
4. Medicaţia de inducţie a fost corect administrată conform protocoalelor *(succesiv la intervale mici de timp)*, iar alegerea iniţială a rahianesteziei combinată cu anestezic inhalator în defavoarea anesteziei generale *(- ce ar fi presupus intubarea oro-traheală, cu risc ptr pacienta)* a avut în vedere patologia respiratorie severă preexistentă.---
5. Din analiza documentaţiei medicale şi a protocoalelor de specialitate nu s-au identificat greşeli terapeutice sau de conduită medicală, şocul anafilactic fiind o complicaţie rară, imprevizibilă, citată în literatura de specialitate, pentru care s-au luat măsurile terapeutice necesare.
Mai mult, Societatea Română de Alergologie nu recomandă testarea cutanată la pacienţii care nu au fost expuşi anterior substanţelor respective deoarece există riscul sensibilizării (*primul contact cu alergenul).*
În cazul de faţă, istoricul medical al pacientei a fost doar parţial cunoscut de către personalul medical *(conform actelor medicale pacienta nu a declarat tratamentul cronic pentru schizofrenie şi intervenţia chirurgicală efectuată în Elveţia)* fapt care a putut contribuii într-o oarecare măsură la apariţia complicaţiei preoperatorii.
Totuşi, medicii au testat reacţia alergică la Cefort, fiind una dintre cele mai frecvent întâlnite şi astfel au exclus o posibilă reacţie alergică nedorită.
De asemenea, complicaţia rară a fost la timp identificată şi corect tratată, în evoluţia nefavorabilă ulterioară jucând un rol important şi patologia pluriorganică (inclusiv cardiacă) preexistentă.---
6. Atât examenul clinic cât şi examenul preanestezic au fost corect efectuate şi au evidenţiat astfel factori de risc şi comorbidităţi, care în final explică şi susţin evoluţia nefavorabilă: obezitate, patologie pulmonară cronică (*dispnee, tuse, bronşită*), consum de toxice (*alcool şi tutun- mare fumătoare 2,5 pachete/zi*), hipertensiune arterială şi angină pectorală, patologie psihiatrică sub tratament.---
7. Între conduita medicală si decesul pacientei nu există legătură de cauzalitate.---
8. În cazul de faţă vorbim despre un mecanism complex, intricat şi greu previzibil în care administrarea prelungită de medicamente (*în cazul nostru antipsihotice, anxiolitice, hipnoinductoare*) reprezintă factor de risc pentru apariţia şocului anafilactic prin posibilele interacţiuni medicamentoase (cross-reactivitate medicamentoasă). Ca şi factori de risc suplimentari menţionăm şi consumul de toxice (alcool, fumat), multiplele comorbidităţi ale victimei (cardiace, pulmonare) şi stresul psiho-emoţional.---

Dr. [redacted]
M

Dr. Daniel Ureche
Medic primar legist
[redacted]

Dr. Daniela Mironescu
Medic specialist anatomopatolo
[redacted]

Redactat de,
Dr. Ignat Cosmin Paul
Medic Rezident Legist
CG/ICP/2ex.

10.10.2024
B.I.C. [redacted]
[redacted]

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
INSTITUTUL DE MEDICINĂ LEGALĂ
CLUJ-NAPOCA
400006 Cluj-Napoca, str. Clinicilor, nr. 3-5,
tel. 0264-596882, fax 0264-597010
e-mail: office@imlcj.ro,
Operator de date cu caracter personal 19531

Nr. 6879/XI/118 din 19.09.2024

Către,
INSPECTORATUL DE POLITIE AL JUDETULUI ALBA
POLITIA MUNICIPIULUI AIUD
BIROUL DE INVESTIGATII CRIMINALE
DOS. NR. 636/P/2023/R.C.M

AVIZ

Comisia de avizare şi control a actelor medico-legale din cadrul IML Cluj-Napoca, analizând raportul de noua expertiza medico-legală nr. 2211/VI/f/2 din data de 14.08.2024 al IML Cluj-Napoca, intocmit de Dr. Cristian Gherman, Dr. Daniel Ureche, medici primari legisti si Dr. Daniela Cristina Mironescu, medic specialist legist si anatomopatolog, toti din cadrul IML Cluj-Napoca, privind pe numita *S[redacted] CLAUDIA NICOLETA*, CNP 2[redacted], cu ultimul domiciliu in Aiud, [redacted] jud. Alba, avizeaza conţinutul şi concluziile raportului de noua expertiza medico-legală avand numărul de mai sus, cu precizarea ca acesta a fost corect intocmit din punct de vedere procedural, iar concluziile sunt argumentate stiintific.

Costul avizului în valoare de 35,00 RON se va achita în contul IML Cluj nr. RO24TREZ21620G330400XXXX, deschis la Trezoreria Municipiului Cluj-Napoca.

Dr. COS[redacted]
PRE[redacted]
medic primar legist
cod 653394

[redacted]
Conf. Dr. C[redacted]
medic primar legist

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII INSTITUTUL DE MEDICINĂ LEGALĂ SECRETARIAT Cluj-Napoca

Membri:
Prof. Dr. Silviu Morar
medic primar legist

[redacted]

Șef Lucr. Dr. St[redacted]pitan
[redacted]ist

[redacted]

Dr. L[redacted]
medic

[redacted]