

PERIMEDICAL DEL VALLE S.A.S
Nit: 901484034-5
"NUESTRO COMPROMISO ES EQUIDAD CON ETICA"
DICTAMEN PERICIAL



A. NOMBRE Y PERFIL DEL PERITO:

JOSÉ LUIS BLANCO MOSQUERA

Cedula de ciudadanía: 10015193 de Pereira

Registro Medico: 762929-98. RETHUS 10015193

Tiempo de experiencia en atención médica: 20 AÑOS

Tiempo de experiencia en peritaje médico: 4 AÑOS

Dirección, teléfono y correo electrónico: Carrera 34 #25-40 Tuluá Valle, cel. 3155700682, correo: perimedicaldelvalle@gmail.com

ESTUDIOS: Médico general de la Universidad Tecnológica de Pereira, especialista en medicina interna de la Universidad Tecnológica de Pereira, especialista en neumología de la Universidad El Bosque.

MIEMBRO ACTIVO DE:

- Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Torax - Asoneumocito
- Asociación Latinoamericana de Torax – ALAT
- Sociedad Europea de Enfermedades Respiratorias - ERS

EXPERIENCIA: Docente Universidad del Valle, Universidad Tecnológica de Pereira.

B. PERITAJE MEDICO SOLICITADO POR:

El doctor CARLOS FERNANDO VALVERDE VILLAMARIN (abogado).

Este dictamen médico del señor YESID LOAIZA LARRAHONDO se requiere para ser aportado dentro del proceso de responsabilidad médica como medio de prueba.

Fuente de información para el peritaje médico: Historia clínica de la paciente, Literatura médica, medicina evidencial, protocolos de manejo, Guías de práctica clínica, experiencia.

Fecha de solicitud del peritaje médico: 26 agosto 2024

Fecha de entrega del peritaje médico: 25 marzo 2025

De conformidad con lo dispuesto por el Código General del Proceso en su artículo 226, me permito hacer las siguientes declaraciones:

TULUÁ VALLE DEL CAUCA
Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132
perimedicaldelvalle@gmail.com
www.perimedicaldelvalle.com



1.- Actúo con completa autonomía e independencia profesional, de manera tal que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional sobre la materia de la experticia.

2.- El dictamen fue elaborado directamente por este servidor.

3.- He realizado publicaciones científicas sobre la materia en los últimos diez años, pero no están relacionadas con este dictamen.

4.- He sido designado como Perito en casos o procesos judiciales en 2 ocasiones (adjunto listado).

DR. JOSE LUIS BLANCO			
ITEM	AÑO	NOMBRE	CASO
1	2024	DR. JOSE LUIS BLANCO	Dictamen Médico Pericial/Caso Maria Del Carmen Rodriguez (Q.E.P.D)/Solicitado El Dr. Carlos Alberto Camargo Cartagena (Abogado)/ CIUDAD
2	2022	DR. JOSE LUIS BLANCO	Dictamen Médico Pericial/Caso Benjamin Ismael Ulloque/Solicitado El Dr. Mario Alfonso Castañeda (Abogado)/ CIUDAD

5.- No he intervenido en proceso de responsabilidad médica donde actúa el doctor Carlos Fernando Valverde Villamarin como apoderado de la parte demandada/demandante.

6.- No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 del CGP.

7.- Los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas no son diferentes respecto de los que he utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias.

8.- Los exámenes, métodos, y parámetros de análisis utilizados para evaluar el caso y soportar mi opinión profesional para el dictamen, corresponden a los que utilizo de manera sistemática y usual para el ejercicio de mi profesión.



9.- Para notificaciones me ubico en la Carrera 34 #25-22 Tuluá Valle, Teléfono celular 3215674724 - 3116553132 y mi email para comunicaciones es el: perimedicaldelvalle@gmail.com

10.- Acompaño a la presente, copia de los documentos que acreditan mi idoneidad sobre la materia objeto del dictamen.

FUNDAMENTO: Efectúo el presente dictamen médico especializado con base en la copia de la historia clínica del paciente YECID LOAIZA LARRAHONDO que en su momento pertenecía al régimen subsidiado de la EPS ASMET SALUD y cubre su atención médica desde la consulta 02/06/2017 al 05/06/2017. En dicha historia clínica se describe la atención médica en la clínica 1059907185

C.- APLICACIÓN DEL MÉTODO CIENTÍFICO

Para la realización de este Dictamen, se debe tener presente que equivale a una investigación de carácter científico en el cual se emplea un método, que consiste en la manera como se aborda la investigación con un carácter objetivo y sistémico, que lo convierta en verificable, reproducible y fundamentado en un razonamiento claro, exhaustivo, detallado, preciso y riguroso.

El método científico nos permite observar, pensar y resolver problemas de manera objetiva y sistemática, por lo cual es importante su aplicación, puesto que es el procedimiento mediante el cual podemos dar respuesta a cada problema del conocimiento permitiéndonos comprobar una hipótesis.

Para la realización del presente dictamen, apliqué el método científico, en el cual existen variaciones en la literatura en cuanto a los pasos a seguir para su aplicación, y que de manera general se resumen en cuatro pasos, los cuales apliqué de la siguiente manera:

1.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS

El ejercicio de la medicina, nos lleva al planteamiento de interrogantes tales como el límite de responsabilidad durante la atención e intervención en pacientes.

Es claro que, es una profesión de medios y no de resultados, por lo cual, el profesional está obligado a utilizar los medios y técnicas más adecuadas y acorde con el avance de la ciencia, para evitar complicaciones y lesiones iatrogénicas.



La atención medica de urgencias es un acto médico, que por su constante presentación nos obliga a mantener la actualización de los conocimientos para un manejo responsable.

La violación de la *lex artis* está dada por una situación de impericia, imprudencia o negligencia, en donde encontramos resultados que no fueron previsibles, que no se contemplaron, siendo evitables con un actuar responsable.

Para esta investigación se plantea el problema, teniendo en cuenta, los hallazgos encontrados en su historia clínica y la autopsia medica realizada al paciente, en donde se puede evidenciar el actuar del galeno. Por lo cual se hace el siguiente planteamiento del problema, pretendiendo probar si hubo o no responsabilidad en el actuar del médico:

- 1.1.- ¿Existe alguna falta a la Lex Artis en el proceso de atención del paciente?
- 1.2.- ¿Dicha falta de aplicación de la Lex Artis seria causa de una atención no apropiada para el caso del paciente?

OBJETIVO

El objeto de la presente pericia que se ofrece, es emitir la opinión científica sobre la atención médica otorgada en la Clínica 1059907185 y realizado al señor YESID LOAIZA LARRAHONDO así como para explicar cuál es la verdad científica y medica sobre si existió elementos de responsabilidad profesional en lo que concierne a la actuación médica y si existe relación de causalidad entre la atención medica recibida y el desenlace final de fallecimiento del paciente así como si este hecho era previsible y/o evitable.

2.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

- 2.1.- Existió una atención no acorde a la Lex Artis ni a las recomendaciones que debe realizarse en el caso de los pacientes como este.
- 2.2.- Dicha falta de apego a recomendaciones condujo al desenlace fatal que presento el paciente

3.- OBTENCIÓN DE LINEAMIENTOS DE LA HIPÓTESIS

La técnica utilizada para verificar o descartar las hipótesis planteadas se estableció a partir del análisis detallado de la historia clínica del señor YESID LOAIZA LARRAHONDO, resultado de los estudios clínicos, valoraciones médicas, revisión bibliográfica.



4.- EMPLEO DE TÉCNICAS EMPÍRICAS.

Debido a que mi participación se basa principalmente en documentales que integran la historia clínica en el presente caso, debo mencionar que para la revisión metodológica de las mismas se emplean los siguientes métodos: inductivo, deductivo, analógico, retrospectivo, con la intención de esclarecer de acuerdo a la lógica de tiempo y modo, apegado a la deontología, ética y lex artis médica, apoyándome en la literatura médica mundial aceptada en la materia de obstetricia

El conocimiento empírico es el obtenido con el uso de los sentidos del ser humano, a partir de la experimentación o la observación que para este caso, lo es sobre la historia clínica del paciente YESID LOAIZA LARRAHONDO, donde reposan los datos que me llevarán a dar respuesta a interrogantes y a una conclusión final. Utilicé los métodos antes descritos, demostrando un gran valor científico mediante la revisión detallada de la historia clínica, las técnicas de investigación documental, los referentes teóricos de guías de práctica clínica, protocolos de manejo y medicina evidencial, así como artículos médicos y bibliografías que contienen datos estadísticos.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Se trata de Paciente de 27 años, quien acude día 02/06/2017 al servicio de urgencias del Hospital Nivel 1 El Bordo a las 09:58:56 am por un cuadro de 3 días de dolor en extremidad superior derecha con posterior artralgia y mialgia generalizada sin referir otros síntomas, se reporta que había sido manejado con dexametasona con persistencia de síntomas. En los antecedentes del paciente se reporta una Talasemia B sin otros reportes. Se reportan los siguientes signos vitales una frecuencia cardiaca de 91 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, una temperatura de 36.5 grados centígrados, presión arterial de 60/110 mm Hg, peso de 58 kg, talla de 162 m. El examen físico por sistemas es reportado como normal. Se le ordena la aplicación de Dexametasona 8 mg y de Diclofenaco 75 mg vía intramuscular. Se le ordena administración de acetaminofén 500 mg vía oral cada 6 horas y realización de forma ambulatoria de un hemograma y ácido úrico en sangre en la consulta externa y se a alta del servicio. El paciente consulta nuevamente el 03/06/2024 a las 04:22: 58 pm porque empeora los dolores óseos. En dicha ocasión se amplían los antecedentes personales informando una anemia de células falciformes, neumonía y esplenomegalia mas extracción de vesícula en el 2008. En dicha ocasión deciden ingresar a observación, ordenan administrar líquidos endovenosos, tramadol endovenoso, diclofenaco 75 mg y dexametasona 4 mg vía intramuscular. Le solicitan un hemograma cuyo

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



reporte se consigna el 03/06/2017 a las 06:19:11 pm con leucocitos de 26000 neutrofilos de 73%, linfocitos 26%, monocitos 1%, hb 12.5, hcto 38, plaquetas 377000. Ante dichos hallazgos solicitan uroanálisis, proteína C reactiva y remisión a nivel superior de atención para evaluación y manejo. Los reportes de los estudios solicitados 03/06/2017 07:44:05 pm uroanálisis no evidencia anormalidades y la Proteína C reactiva cualitativa es negativa. Debido a que el paciente persiste con dolor de alta severidad ordenan administrar meperidina 100 mg en 10 cc de ssn y aplicar 3.5 cc (03/06/2017 10:32:18 pm se repite la misma orden el 04/06/2017 a las 03:54: 42 am), debido a persistencia de dolor se le ordena dipirona 2 gr vía intravenosa y tramadol 100 mg via subcutáneo (04/06/2017 07:52:09 am). La paciente continua en observación en esper de remisión sin cupo para traslado a pesar de ser comentado al Hospital Universitario san José o en a la Clínica la Estancia de Popayán (descrito en historia 05/06/2017 12:24: 04 am y 01:01:54 am). Estando aun en el servicio de urgencias el paciente presenta 05/06/2017 a las 04:20 am paro cardiorrespiratorio, se le inician maniobras de reanimación e intubación sin embargo el paciente se declara con muerte clínica a las 05:05 am.

Debido a la falta de claridad en la causa de paro cardiorrespiratorio se realizó necropsia 06/06/2017 (prosector JOSE ANTONIO ALVAREZ SOLER) REPORTANDO diagnósticos anatomopatológicos: 1. Anemia de células falciformes. 2. Antecedente de esplenectomía. 3. Hemolisis evidenciada por hemorragia en via aérea y vías digestivas. 4. Neumonía necrotizante en hepatización roja. Causa básica de muerte: Neumonía en hepatización roja secundaria a Drepanocitosis.

Es importante que se tenga en cuenta aspectos y datos de la historia antigua del paciente que no se interrogaron ni tuvieron en cuenta en la historia de urgencias y son hechos relevantes para la discusión posterior:

En 01/04/2006 el paciente consulta al hospital de El Bordo por cuadro icterico más fiebre y dolor abdominal por lo cual consideran crisis falciforme por lo cual es remitido a Clínica La Estancia de Popayán. Fue diagnosticado con anemia de células falciformes – crisis falciforme con mejoría tras el manejo, en ecografía abdominal del 17/04/2006 coledocolitiasis, cirugía general considera control ecográfico posterior para definir beneficio de colecistectomía más esplenectomía, se da alta y control con hematología y cirugía general ambulatorio.

07/09/2006 ecografía abdominal total: litiasis vesicular múltiple y esplenomegalia, 07/12/2007 Consulta nuevamente al hospital de El Bordo siendo remitido por nuevamente por osteomiasias, dolor lumbar, ictericia y picos febriles, es remitido

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



nuevamente a Clínica La Estancia de Popayán donde ingresa el 08/12/2007 por crisis falciforme y colelitiasis con colestasis, cirugía general considera que es tributario para realización de colecistectomía más esplenectomía.

22/02/2008: ecografía hepatoiliar: hepatoesplenomegalia, colelitiasis múltiples sin signos ecográficos de colecistitis.

26/02/2008 Se realiza colecistectomía + esplenectomía Clínica La Estancia de Popayán.

15/01/2014: en el control de hematología Dr. Carlos Cuellar Quintero ordena vacuna antineumocócica con refuerzo a los 5 años, sin embargo, no hay información en consignada en la historia clínica de que el paciente la hubiese recibido.

PRESENTACION DE LA LITERATURA MÉDICA RELACIONADA CON EL CASO

Basado en la historia clínica del paciente YESID LOAIZA LARRAHONDO se observa que el hecho más relevante es falla en la evaluación y el manejo del caso del paciente, para lo cual realizo la siguiente revisión bibliográfica:

1. Definición: La enfermedad de células falciformes o drepanocitosis es una patología genética autosómica recesiva de alta prevalencia en algunas regiones de África, Asia y América. Fue descubierta en el año 1910 por Herrick, quien acuñó el término de falciformes debido a la forma de hoz que adoptan los eritrocitos. En 1945 Pauling sugirió que esta enfermedad se debía a una anomalía de la molécula a la que llamó Hemoglobina. (Novelli EM, Gladwin MT. Crises in sickle cell disease. CHEST Journal. 2016;149(4):1082-93)

2. Manifestaciones clínicas

La anemia es la manifestación primaria de la enfermedad. La anemia se puede agravar por se custro esplénico o hepático y por aplasia medular secundaria a infección por Parvovirus B19. Las crisis hemolíticas producen ictericia y predisponen a colelitiasis precoz. (Enfermedad de Células Falciformes - P. Zúñiga C. et al Rev Chil Pediatr. 2018;89(4))

El dolor óseo, causado por oclusión microvascular con isquemia tisular, es uno de los síntomas más frecuentes. La intensidad del dolor requiere generalmente hospitalización para analgesia endovenosa con uso de opioides. Puede producir secuelas de infartos óseos. (Management of sickle cell disease: summary of the 2014 evidence-based report by expert panel members". Jama 312(10), (2014):1033-48)

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



El síndrome torácico agudo es la segunda causa de hospitalización y la primera causa de muerte en pacientes con la enfermedad. En 50% de los casos se logra aislar algún agente infeccioso. (Enfermedad de Células Falciformes - P. Zúñiga C. et al Rev Chil Pediatr. 2018;89(4))

Accidente cerebrovascular. (Enfermedad de Células Falciformes - P. Zúñiga C. et al Rev Chil Pediatr. 2018;89(4))

Las crisis vasoclusivas del bazo pueden manifestar se inicialmente como esplenomegalia y finalmente llevan a asplenia funcional. Esto determina un aumento del riesgo de infecciones por organismos capsulados, principalmente *Streptococcus pneumoniae* y *Haemo philius influenzae*. (Enfermedad de Células Falciformes - P. Zúñiga C. et al Rev Chil Pediatr. 2018;89(4))

Secuestro esplénico agudo que se define como esplenomegalia en asociación con descenso de nivel de hemoglobina en al menos 20% del valor basal. Mortalidad de aproximadamente el 3%; con una recurrencia del 50- 75%⁹. (Enfermedad de Células Falciformes - P. Zúñiga C. et al Rev Chil Pediatr. 2018;89(4))

Priapismo: definido como erección prolongada ($\pm$ 4 h) y dolorosa del pene. (Enfermedad de Células Falciformes - P. Zúñiga C. et al Rev Chil Pediatr. 2018;89(4))

Otros: osteomielitis, necrosis avascular de cadera, retinopatía, necrosis papilar e insuficiencia renal. (Enfermedad de Células Falciformes - P. Zúñiga C. et al Rev Chil Pediatr. 2018;89(4))

Infección: Las infecciones por Neumococo son 300 a 600 veces más frecuentes (Alfonso J. Anemia de células falciformes: una revisión Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2016; 32 (3): 513-527)

La pérdida temprana de la función esplénica producto de los fenómenos VO recurrentes y la inefectiva producción de anticuerpos contra microorganismos patógenos incrementa el riesgo de sepsis fulminante. Las infecciones más comunes son las producidas por *Salmonella* sp, *Klebsiella* sp, *Escherichia coli*, *Staphylococcus* sp, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. (Complicaciones y comorbilidades más frecuentes en la anemia drepanocítica Gilberto Soler Noda1* <http://orcid.org/0000-0002-1156-2143>)

La neumonía es común y los organismos más frecuentes son el *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Las infecciones pulmonares también pueden producirse por virus respiratorios. (Complicaciones y comorbilidades más frecuentes en la anemia

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



drepanocítica Gilberto Soler Noda Revista Cubana de Medicina. 2021(Jul-Sept);60(3): e1641)

Tabla 3. Esquema Recomendado de Vacunación

Vacuna	Edad de Aplicación
Hepatitis B	0, 2, 6 y 12 meses
Influenza	6 meses, luego anualmente
Haemophilus Influenzae tipo b	2, 4, 6, 12 - 15 meses
Meningococo	
Vacuna polisacárida	9 - 23 meses: 2 dosis de 0,5 ml >2 años: 1 dosis de 0,5 ml
Vacuna conjugada	<1 año: 3 dosis de 0,5 ml >1 año: 1 dosis de 0,5 ml
Neumococo	
	2 - 6 meses: 3 dosis con un intervalo de 8 semanas; 4ta dosis a los 12 - 15 meses de edad.
	7 - 11 meses*: 2 dosis con un intervalo de 4 semanas; 3ra dosis a los 12 - 15 meses de edad.
Vacuna conjugada de 13 valencias	12 - 23 meses*: 2 dosis con un intervalo de 8 semanas.
	24 - 60 meses*: 2 dosis con un intervalo de 8 semanas. Luego una dosis de vacuna polisacárida de 23 valencias por lo menos 2 semanas después de la última dosis de la vacuna conjugada de 23 valencias.
Vacuna polisacárida de 23 valencias	Refuerzo entre los 3 - 5 años para todos los niños que hayan completado el esquema con la vacuna conjugada. Luego continuar refuerzo cada 5 años.

(Alfonso J. Anemia de células falciformes: una revisión Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2016; 32 (3): 513-527)

3. INDICACIONES DE INGRESO HOSPITALARIO

- Menores de un año.
- Signos de gravedad: inestabilidad hemodinámica, afectación estado general, fiebre
alta, meningismo.
- **Pacientes incorrectamente vacunados.**
- Evidencia de complicación: dolor intenso, crisis aplásica, secuestro esplénico, STA, AVC, priapismo y mielitis.

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



- Historia de sepsis previa.
- Leucocitosis ($>30 \times 10^9/l$) o leucopenia ($<5 \times 10^9/l$).

• Pacientes esplenectomizados.

• Inaccessibilidad a la atención médica inmediata si existe empeoramiento clínico.

- Historia previa de falta de adherencia al tratamiento.

(GUÍA DE ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES. Grupo de Eritropatología de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. 2021 Medea, Medical Education Agency S. L. ISBN: 978-84-09-34321-8.)

4. Se recomienda uso de corticosteroides en crisis de anemia de Células Falciforme

No se recomienda el uso sistemático de corticosteroides en casos moderados o leves por sus efectos secundarios. Indicado en niños y adultos con asma y broncoespasmo grave o en aquellos con SDRA:

- Dexametasona
- Prednisona ciclo corto con descenso lento 2 mg/kg/día hasta un máximo de 60 mg x 3 días)

(GUÍA DE ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES. Grupo de Eritropatología de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. 2021 Medea, Medical Education Agency S. L. ISBN: 978-84-09-34321-8.)

5. ¿Como se guía el manejo del dolor agudo en pacientes con crisis drepanocítica?

(American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: management of acute and chronic pain - 23 JUNE 2020 x VOLUME 4, NUMBER 12 DOI 10.1182/bloodadvances.2020001851)

Recomendación 1a.

Para *adultos y niños* con ECF que se presentan a un entorno de atención aguda con dolor agudo relacionado con ECF, el panel de directrices de la ASH *recomienda* una evaluación rápida (dentro de 1 hora de la llegada al departamento de emergencias [DE]) y la administración de analgesia con reevaluaciones frecuentes (cada 30 a 60 minutos) para optimizar el control del dolor (recomendación fuerte basada en baja certeza en la evidencia sobre los efectos).

PERIMEDICAL DEL VALLE S.A.S
Nit: 901484034-5
"NUESTRO COMPROMISO ES EQUIDAD CON ETICA"



Observaciones:

- Las vías de administración no intravenosas (por ejemplo, subcutánea e intranasal) pueden facilitar un tratamiento analgésico rápido.

Recomendación 1b.

Para *adultos y niños* con ECF que se presentan en un entorno de atención aguda con dolor agudo relacionado con ECF para quienes está indicada la terapia con opioides, el panel de directrices de la ASH *sugiere* una dosificación personalizada de opioides en función de la consideración de la terapia inicial con opioides y la terapia efectiva previa (*para adultos* : recomendación condicional basada en una certeza moderada en la evidencia sobre los efectos ; *para niños* : recomendación condicional basada en una certeza baja en la evidencia sobre los efectos

Observaciones:

- Los planes de atención individualizados, desarrollados con proveedores de atención de enfermedades agudas y de SCD, son recomendaciones de tratamiento que incluyen medicamentos y dosis que son eficaces para un paciente determinado. Estos planes se pueden incorporar en la historia clínica electrónica y usarse para orientar la dosificación de opioides.
- Para una minoría de pacientes, el tratamiento frecuente de cuidados agudos con dosis individualizadas de opioides puede ser ineficaz y perjudicial para los objetivos de atención a largo plazo, y puede ser necesario un paradigma de atención más crónica con otros enfoques.
- Las preferencias de los pacientes para el manejo del dolor agudo deben incorporarse al proceso de toma de decisiones compartida, y la educación del paciente sobre las limitaciones y los daños de la terapia con opioides debe incluirse en la discusión.
- Se necesita una infraestructura clínica adecuada, incluidos registros de pacientes apropiados, medios de comunicación entre los sitios de atención y un equipo multidisciplinario con las habilidades apropiadas, para crear planes de atención apropiados.

Terapias farmacológicas no opioides para el dolor agudo por anemia drepanocítica



Recomendación 2a.

Para adultos y niños con dolor agudo relacionado con la ECF, el panel de directrices de la ASH sugiere un tratamiento corto (de 5 a 7 días) de medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) además de opioides para el tratamiento del dolor agudo (recomendación condicional basada en una certeza muy baja en la evidencia sobre los efectos).

Observaciones:

- Los AINE aquí definidos son amplios e incluyen inhibidores selectivos y no selectivos de la ciclooxigenasa (COX).
- La evaluación de los daños específicos del paciente, que incluye, entre otros, toxicidad renal, vascular y gastrointestinal, requisitos de anticoagulación y enfermedad cardiovascular, ayudará a identificar a los pacientes que son apropiados para la terapia con AINE y a adaptar la selección del fármaco/clase de AINE en función de este perfil de riesgo.
- Es necesario identificar específicamente a los pacientes con mayor riesgo de toxicidad renal. Si las comorbilidades (p. ej., enfermedad ulcerosa péptica, disfunción renal, anticoagulación a dosis completa) son un factor de riesgo significativo, el leve beneficio potencial puede no superar el riesgo.

Declaración de buenas prácticas.

Es una buena práctica brindar educación centrada en el paciente y vigilancia relacionada con la toxicidad de los AINE, especialmente en pacientes con comorbilidades de órganos terminales, porque faltan datos de seguridad a largo plazo para la SCD, pero los riesgos vasculares, hemorrágicos y renales pueden ser elevados.

Recomendación 2b.

En el caso de adultos y niños que presentan dolor agudo relacionado con la ECF, el panel de directrices de la ASH recomienda no utilizar corticosteroides para el tratamiento del dolor agudo (recomendación condicional basada en una baja certeza en la evidencia sobre los efectos).

Observaciones:

- Los esteroides deben seguir utilizándose cuando sea apropiado para el tratamiento de otras indicaciones médicas como el asma.

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



- La exposición a corticosteroides sistémicos, en particular la interrupción de los esteroides, se ha asociado con dolor de rebote y otras complicaciones; por lo tanto, la decisión de usar esteroides para otras indicaciones médicas debe tomarse en colaboración con expertos en SCD.

Recomendación 2c.

Para *adultos y niños* que presentan dolor agudo relacionado con la ECF y que están hospitalizados, el panel de directrices de la ASH *sugiere* una infusión subanestésica (analgésica) de ketamina como tratamiento complementario del dolor que es refractario o no se trata eficazmente con opioides solos (recomendación condicional basada en una certeza muy baja en la evidencia sobre los efectos).

Observaciones:

- Esta recomendación supone la administración segura de infusiones subanestésicas de ketamina en la unidad de pacientes internados en centros que cuentan con la experiencia adecuada para administrar el medicamento.
- La dosis recomendada para la infusión subanestésica (analgésica) para la exacerbación aguda del dolor de la ECF comienza entre 0,1 y 0,3 mg/kg por hora con un máximo de 1 mg/kg por hora.
- Actualmente, no existe una definición estandarizada y ampliamente aceptada para la palabra refractario; por lo tanto, si el dolor se considera refractario queda a criterio del médico.

Recomendación 2d.

Para *adultos y niños* que presentan dolor agudo relacionado con la ECF, el panel de directrices de la ASH *sugiere* enfoques de tratamiento con anestesia regional para el dolor localizado que es refractario o no se trata de manera efectiva solo con opioides (recomendación condicional basada en una certeza muy baja en la evidencia sobre los efectos).

Observaciones:

- La anestesia regional en este contexto se define como analgesia administrada mediante catéter epidural o a través de nervios periféricos para el dolor abdominal, de cadera o de pierna.
- El procedimiento debe ser técnicamente factible en función de la localización anatómica del dolor.

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



- Se debe proporcionar a los pacientes y a sus familias una explicación detallada del procedimiento, así como de los riesgos, beneficios y opciones alternativas, antes del procedimiento.
- La recomendación supone la administración del procedimiento en un centro que cuenta con los recursos y la experiencia adecuados.
- Existe una considerable incertidumbre en torno al momento óptimo y las indicaciones para las intervenciones de anestesia regional; sin embargo, el panel enfatizó la importancia de la toma de decisiones compartida basada en el conocimiento del paciente de su propia enfermedad y la evolución de las complicaciones relacionadas con el dolor y las estrategias que promueven la reducción de los requerimientos de opioides, una mejor función, el manejo del dolor y una reducción de la duración de la hospitalización.

Ninguna recomendación.

Para *adultos y niños* que buscan tratamiento para el dolor agudo, el panel de pautas de la ASH decide no ofrecer una recomendación a favor o en contra de los líquidos intravenosos además del manejo farmacológico estándar para el tratamiento del dolor agudo.

Observaciones:

- El panel reconoce que el riesgo de daño con líquidos intravenosos puede ser mayor en adultos que en niños debido a deficiencias en la función cardiopulmonar y otras condiciones comórbidas.
- Esta no recomendación incluye infusiones en bolo e infusiones para mantener los requerimientos de equilibrio de líquidos, además de los tipos de líquidos (por ejemplo, solución salina normal [0,9 %] versus solución salina seminormal [0,45 %]) que se utilizan en estas infusiones.
- Esta no recomendación no impide la administración de líquidos a pacientes con deshidratación clínicamente significativa

ANALISIS DE LOS HECHOS:

Una vez analizada la historia clínica del paciente YESID LOAIZA LARRAHONDO procedí a la aplicación del método científico, observando que se trata de paciente de 27 años con diagnóstico desde temprana edad de anemia de células falciformes, con complicaciones secundarias a su patología de base e ingresos hospitalarios previos por crisis asociadas a su enfermedad. Quien requirió colecistectomía y

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



esplenomegalia debido a hiperesplenismo. No hay dato de cumplimiento de un esquema de vacunación completo que es indispensable en este tipo de paciente ya que esto previene cuadros de sepsis severas fulminantes por gérmenes de diferentes tipos algunos muy virulentos que son frecuentemente causantes de sepsis en este grupo de pacientes. El paciente ingresa a urgencias en el contexto de una crisis vasoclusiva por su enfermedad de base, sin embargo, la evaluación de la condición del paciente no fue optima entre otros aspectos debido a una historia clínica incompleta donde no se aclararon muchos aspectos de la historia previa del paciente que eran muy relevantes en dicho momento. Además, se considera un manejo inicial ambulatorio en un paciente con claras indicaciones y perfil de riesgo que obligaba a ingresar y remitir lo más pronto posible a una institución de alta complejidad con experticia y recursos para el manejo de este tipo de pacientes ya que se trataba de un joven esplenectomizado y sin un esquema de vacunación completo. Se inicia un manejo no acorde a las guías y se utilizan algunos medicamentos que claramente no están aprobados para este tipo de casos como lo son corticoides sistémicos de depósito (Dexametasona). Dentro de lo evaluado en la historia clínica no se evidencia un seguimiento adecuado oportuno y periódico a la condición del paciente que es indispensable en este tipo de casos ya que, aunque aún en el caso de que no se cuente con monitoria de signos vitales continua esta puede ser reemplazada por una evaluación y examen físico básico periódico y estrecho. Existió un retardo en la realización de estudios iniciales y además no se solicitaron los estudios mínimos completos para este tipo de casos lo que permitiría identificar complicaciones de forma temprana como la que fue causa de su muerte. La inadecuada evaluación inicial y seguimiento posterior y una demora en la toma de decisión y en el proceso de remisión a nivel superior en un paciente de muy alto riesgo de complicaciones condiciono demoras en el manejo que derivaron en un resultado negativo para el paciente.

SE ME PLANTEA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

1.- ¿Cuál es el contexto médico y antecedentes generales del paciente, y cómo influye ello en la forma en que se debe tratar a un usuario del sistema de salud como Yesid Loaiza Larrahondo?

Rta: Paciente de 27 años con diagnostico desde temprana edad de anemia de células falciformes, con complicaciones secundarias a su patología de base e ingresos hospitalarios previos por crisis asociadas a su enfermedad.

Quien requirió colecistectomía y esplenomegalia debido a hiperesplenismo. No hay dato de cumplimiento de un esquema de vacunación completo que es indispensable

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



en este tipo de paciente ya que esto previene cuadros de sepsis severas fulminantes por gérmenes de diferentes tipos algunos muy virulentos que son frecuentemente causantes de sepsis en este grupo de pacientes.

El paciente ingresa a urgencias en el contexto de una crisis vasoclusiva por su enfermedad de base, sin embargo, la evaluación de la condición del paciente no fue optima, la valoración del paciente no fue completa, no se diligencio una historia clínica acorde a lo que la norma y la lex artis indica, siendo obviados datos indispensables para realizar una adecuada evaluación del perfil del riesgo y severidad del paciente en dicho momento. Además, se considera un manejo inicial ambulatorio en un paciente con claras indicaciones y perfil de riesgo que obligaba a ingresar y remitir lo más pronto posible a una institución de alta complejidad con experticia y recursos para el manejo de este tipo de pacientes, ya que se trataba de un joven esplenectomizado y sin un esquema de vacunación completo.

Se inicia un manejo no acorde a las guías y se utilizan algunos medicamentos que claramente no están aprobados para este tipo de casos como lo son corticoides sistémicos de depósito (Dexametasona).

2.- ¿El paciente tenía antecedente de esplenectomía? ¿En caso afirmativo, Indique si los pacientes sin bazo se exponen a infecciones encapsuladas?

Rta: La pérdida temprana de la función esplénica producto de los fenómenos vasoclusivos recurrentes y la inefectiva producción de anticuerpos contra microorganismos patógenos incrementa el riesgo de sepsis fulminante. Las infecciones más comunes son las producidas por Salmonella sp, Klebsiella sp, Escherichia Coli, Staphylococcus sp, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae.

La neumonía es común y los organismos más frecuentes son el Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae. Las infecciones pulmonares también pueden producirse por virus respiratorios¹. Complicaciones y comorbilidades más frecuentes en la anemia drepanocítica. Gilberto Soler Noda Revista Cubana de Medicina. 2021(Jul-Sept);60(3):1641

3.- ¿En la historia clínica está claro el diagnóstico de anemia de células falciformes del paciente, así como sus antecedentes quirúrgicos en torno a un diagnóstico de talasemia en su infancia, que debutó con un síndrome icterico, por el cuadro hematológico y una patología de carácter biliar; que al paciente

¹ Complicaciones y comorbilidades más frecuentes en la anemia drepanocítica. Gilberto Soler Noda Revista Cubana de Medicina. 2021(Jul-Sept);60(3):1641



se le realizó una colecistectomía; que tenía un aumento en el trabajo de la actividad del bazo y se le realizó una esplenectomía (extirpación del bazo)?

Rta: Esos datos están claramente consignados en la historia clínica del paciente.

4.- ¿El paciente, por su diagnóstico de anemia de células falciformes y esplenectomía, de acuerdo con la sintomatología con que llegó a la IPS nivel I Bordo, debía ser confirmado este diagnóstico y de ser así, la atención requerida para dar tratamiento era de un nivel superior, con qué especialidades de ser positiva la respuesta?

Rta: El diagnóstico de anemia de células falciformes estaba consignado en la historia y consultas previas del paciente. Este tipo de patología debe ser remitida para manejo en un nivel de atención de mayor complejidad cuando hay síntomas sugestivos de una crisis de la enfermedad

5.- ¿Según la anterior pregunta, esta atención, con el nivel de complejidad que requería el paciente le fue brindada?

Rta: Existió una demora en la decisión de remitir al paciente a un nivel de atención de mayor complejidad. Este tipo de pacientes deben ser internados y valorados en un nivel de alta complejidad que cuente con la especialidad de hematología medicina interna y si se requiere de otras especialidades como Neumología e infectología.

6.- ¿El paciente brindó al cuerpo médico una información suficiente de sus antecedentes de salud, se confirmaron o no con la impresión diagnóstica y los laboratorios aplicados desde que ingresó hasta su fallecimiento?

Rta: En la revisión de la historia clínica, no se consigna un adecuado diligenciamiento de los antecedentes, que eran muy importantes para realizar una adecuada clasificación de la severidad del paciente de su perfil de riesgo y de las posibles complicaciones.

7.- ¿El paciente debía ser remitido como urgencia vital a una IPS de mayor complejidad que la ESE EL BORDO? En caso afirmativo, ¿esto ocurrió?

Rta: El paciente consulto en varias ocasiones al servicio de urgencias por la misma sintomatología, desde la primera consulta debió ser remitido con prontitud para la valoración especializada en un centro de atención de mayor complejidad.



8.- ¿Qué significa ser remitido como urgencia vital?

Rta: Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona de no mediar la atención médica inmediata e impostergable. La atención médica ante un hecho de tal envergadura, debe ser inmediata e impostergable.

9.- ¿Al paciente Yesid Loaiza Larrahondo se le otorgó algún diagnóstico en la ESE EL BORDO de nivel I o solamente un diagnóstico presuntivo?

Rta: El diagnóstico definitivo para el paciente requería de una atención y valoración por médico especialista en medicina interna y/o hematología.

Las llamadas neumonías adquiridas de forma intrahospitalaria se tratan de infecciones adquiridas en el ámbito intrahospitalario y se presentan en personas que inician un cuadro clínico posterior al ingreso hospitalario y que inician al menos 48 a 72 horas después del ingreso a una institución de salud, esto no era el caso del paciente ya que sus síntomas comenzaron en un periodo previo a la asistencia al servicio de salud y tuvo ingresos a urgencias de corta duración. El comportamiento clínico y la evolución del paciente orienta más a una neumonía adquirida en la comunidad. La neumonía necrotizante hace parte de todo un proceso patológico en el que los síntomas iniciales pueden no ser específicos pero que en el caso de algunos pacientes de cierto riesgo como era este paciente requería alto nivel de sospecha siempre tener en cuenta la posibilidad de que este tipo de pacientes pueden estar cursando con un cuadro de infección y que si se realizan estudios iniciales para descartar un cuadro infeccioso puede ser identificado de forma oportuna.

10.- En la historia clínica se describe que su “diagnóstico presuntivo” de muerte fue el siguiente “muerte cardiaca súbita así descrita; diagnóstico 1:419 sepsis no especificada”. ¿La falta de diagnóstico afectó la atención de salud del paciente?

Rta: La demora en confirmar el diagnóstico, la falta de valoración por especialista y estudios paraclínicos pertinentes influyó en el desenlace que se tuvo con el paciente.



11.- ¿La falta de atención en salud respecto del diagnóstico específico de neumonía necrotizante tuvo incidencia causal determinante en la producción de la muerte del paciente?

Rta: La demora en confirmar el diagnóstico, la falta de valoración por especialista y estudios paraclínicos pertinentes influyó en el desenlace que se tuvo con el paciente.

12.- ¿El diagnóstico de anemia falciforme que tenía el paciente y la esplenectomía que se le había practicado, con la que contaba como antecedente, ameritaba que, desde el primer momento de su consulta, a finales de mayo y el 2 de junio de 2017, fuera atendido intrahospitalariamente y controlado su nivel de glóbulos rojos y si presentaba signos de infección?

Rta: Una de las condiciones que se deben descartar en un paciente con dichos antecedentes y que consulta a urgencias es que se esté cursando con una sepsis. Ello requiere ingreso hospitalario y realizar estudios y valoraciones especializados con prontitud ya que este grupo de pacientes presenta un riesgo muy alto de desarrollar complicaciones sépticas fulminantes.

13.- ¿Ocurrió que el paciente fuera atendido intrahospitalariamente de manera continua?

Rta: No, inicialmente se dio manejo y seguimiento ambulatorio.

14.- ¿En caso de que no lo haya sido, es esa falta de atención intrahospitalaria para un paciente de sus características un comportamiento contrario a la lex artis al darle de alta? Se complementa la pregunta para que el perito explique que los síntomas y la información que se brindó en el primer momento de ingreso del paciente, la conducta médica a seguir era dejarlo en observación o darle de alta, explique la respuesta.

Rta: El paciente ingresa a urgencias en el contexto de una crisis vasoclusiva con un diagnóstico previo de anemia falciforme, antecedente de betatalasemia con esplenectomía más colescistectomía. El diligenciamiento de la historia y la evaluación inicial y posterior del paciente no fue acorde a lo establecido en la lex artis, debido a una historia clínica incompleta donde no se aclararon muchos aspectos de la historia previa del paciente que eran muy relevantes en dicho momento. Además, se considera un manejo inicial ambulatorio en un paciente con claras indicaciones y perfil de riesgo que obligaba a ingresar y remitir lo más pronto posible a una institución de alta complejidad con experticia y recursos para el manejo de este tipo de pacientes, ya que se trataba de un joven esplenectomizado y sin un esquema de vacunación completo. Se inicia un manejo no acorde a las



guías y se utilizan algunos medicamentos que claramente no están aprobados para este tipo de casos como lo son corticoides sistémicos de depósito.

15.- Ante la no mejoría del dolor, sino de su intensificación, el paciente, al reconsultar al servicio de urgencias el 3 de junio de 2017, máxime por su diagnóstico de anemia falciforme, ¿debía ser remitido como urgencia vital a una institución de mayor complejidad donde lo atendiera el servicio de hematología?

Rta: Ante los síntomas y condición del paciente debía ser remitido de forma pronta a un servicio que contara con posibilidad de manejo por medicina interna y hematología en un nivel superior, ya que la posibilidad de complicaciones potencialmente fatales es alta y se requerían los estudios y las valoraciones adicionales.

16.- ¿En caso de respuesta afirmativa a la anterior pregunta, esta remisión ocurrió?

Rta: La decisión de remisión fue tomada de forma tardía. Sin embargo, no se logró remitir ya que falleció en el sitio de atención.

17.- ¿El que en la historia clínica del 4 de junio de 2017 se depositara en la ESE ELBORDO, de nivel I, que el paciente tenía "crisis de anemia de células falciformes", y que su condición no mejoraba, debía ser remitido oportuna e inmediatamente a un nivel superior de atención donde lo pudiera tratar hematología?

Rta: El paciente debió ser remitido de forma pronta para la valoración y manejo por especialista, más aún cuando no presentó mejoría con el manejo inicial.

18.- ¿Dependiendo de la respuesta a la anterior pregunta, esta remisión a hematología ocurrió?

Rta: La decisión de remisión fue tomada de forma tardía. Sin embargo, no se logró remitir ya que falleció en el sitio de atención.

19.- ¿El que no haya atendido al paciente un especialista en hematología y que se le hubiera brindado un servicio sobre de tal especialidad, incidió causalmente en la muerte del paciente?

Rta: La falta de atención en un nivel de atención superior con estudios especializados y especialistas en esta patología incidió en el retardo en confirmar la patología que llevo al fallecimiento del paciente.



20.- ¿La falta de suministro de una atención previa por hematología a un paciente con estas características de base, conllevan a tener a una exposición a una infección severa y fulminante por un germen?

Rta: A un paciente de estas características en una evaluación rutinaria y periódica los especialistas encargados pueden realizar diferentes conductas que permitan disminuir el riesgo de una infección fulminante.

21.- ¿Cuándo un paciente con esplenectomía llega con síntomas generales que sugieren una infección se le puede dar manejo ambulatorio?

Rta: No. Este grupo de pacientes está expuesto a infecciones fulminantes por gérmenes de diferentes tipos, algunas más frecuentes que otras, cualquier síntoma o signo que sugiera infección debe ser evaluado de forma inmediata y completa en el ámbito hospitalario.

22.- ¿La historia clínica fue elaborada con la suficiencia requerida para un paciente de este tipo en la ESE EL BORDO Nivel I?

Rta: En lo revisado en la historia clínica se evidencia que no se realizó una adecuada y completa clasificación y evaluación de la condición del paciente y sus riesgos, esto se corrobora con un reingreso temprano por empeoramiento de los síntomas iniciales.

23.- ¿El paciente presentó signos de alarma y de infección que no fueron atendidos correcta y oportunamente en la ESE EL BORDO de nivel I?

Rta: El paciente acude inicialmente por un cuadro de 3 días de dolor en extremidad superior derecha con posterior artralgia y mialgia generalizada sin referir otros síntomas, se reporta que había sido manejado con dexametasona con persistencia de síntomas. Tanto los síntomas como el uso de un corticoide de depósito sin mejoría obligaban a descartar entre otros un cuadro infeccioso.

24.- ¿Dependiendo de la respuesta a la pregunta anterior, en la ESE EL BORDO de nivel I, se omitió remitirlo en el momento requerido a un mayor nivel de complejidad?

Rta: Se requería al menos contar con el concepto de un especialista en medicina interna que definiría si se requerían estudios más especializados, al no contar con especialistas disponibles debió ser remitido.



25.- ¿La remisión ocurrida el 7 de junio de 2017, cinco (5) días después de haber consultado al servicio de urgencias y no ver la mejoría del paciente, fue inoportuna? Se completa la pregunta, por favor indique desde qué momento se contempla la remisión del paciente y si se hizo el proceso de remisión, es decir informar a la EPS que para ese tiempo tenía el paciente, de la necesidad de remisión para tratarlo y si la entidad aseguradora cumplió o no con dicho proceso de remisión, (Referencia y contrarreferencia) si ello se acreditó en el expediente.

Rta: El paciente para la fecha referida ya había presentado varias consultas a urgencias por falta de mejoría, la decisión de remisión debió ser tomada anteriormente.

No se dispone de la información sobre el proceso de referencia y contrarreferencia en la historia clínica.

26.- ¿Ante la existencia de un diagnóstico de anemia de células falciformes era previsible que el paciente pudiera haber tenido afectación e infección pulmonar?

Rta: Una de las condiciones que puede llevar a una crisis de anemia falciforme es que se esté cursando con una infección, entre los posibles focos a confirmar puede ser una infección pulmonar.

27.- ¿El paciente llegó a tener leucocitosis? En caso afirmativo indique ¿en qué consiste ella?

Rta: En los estudios paraclínicos iniciales no presentaba leucocitosis, esta aparición con la evolución y estudios posteriores, sin embargo, no es posible descartar que se esté cursando con una infección, incluso una sepsis grave únicamente con este parámetro ya que puede darse su aparición en un momento posterior al inicio de los síntomas.

Se denomina leucocitosis al incremento de la cifra de leucocitos en sangre periférica por encima de los valores normales.

28.- ¿Si el paciente presentó infección, esta se agravó por la no remisión a una institución de mayor complejidad donde lo pudiera atender hematología o neumología?

Rta: La confirmación de un foco infeccioso requiere además de estudios de laboratorio, realizar estudios imagenológicos, cultivos y otras pruebas que pueden orientar su confirmación y al sitio de origen. Esto requería, en el caso del paciente, una remisión a un nivel superior de atención y valoraciones por especialistas.

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



29.- En la autopsia se encontró que el paciente sufrió neumonía necrotizante, ¿ello era previsible dado su diagnóstico de anemia de células falciformes y sus antecedentes?

Rta: Se requería tener en el espectro de diagnóstico diferencial una posible infección neumónica, dados sus antecedentes de anemia falciforme y esplenectomía, al parecer con un esquema no completo de vacunación.

30.- La pregunta 30 se modula así: ¿De acuerdo con la historia clínica del paciente, es posible establecer si la neumonía necrotizante el paciente la tenía desde antes de ingresar al centro hospitalario nivel 1 del Bordo, Cauca, o la adquirió intrahospitalariamente, ¿explique su respuesta?

Rta: Ante un perfil de riesgo y complicaciones potenciales que presentaba el paciente se requería siempre tener en cuenta la sospecha de una infección sistémica o de cualquier órgano en curso, esto requería desde el inicio realizar unos estudios que permitieran sospechar u orientar el diagnóstico hacia esa patología, lo cual no se hizo a pesar de varias consultas a urgencias, esto claramente retrasó el diagnóstico además era indispensable que fuera evaluado por algún especialista en medicina interna que definiera la necesidad de estudios adicionales y la posibilidad de iniciar un manejo temprano. Inicialmente no hubo un diagnóstico presuntivo de infección las alarmas se prendieron cuando en la última visita a urgencias se realizó un hemograma que orientó a la presencia de una infección grave y fue allí cuando se tomó la decisión de remitir a una institución con mayor complejidad donde se le ofrecieran una atención más oportuna y pertinente.

31.- ¿Al paciente se le suministraron en la ESE EL BORDO de nivel I, medicamentos para infección alguna, y concretamente, para la neumonía necrotizante por la que falleció?

Rta: En dicho centro no se inició manejo antibiótico para neumonía, no se realizaron estudios para confirmar o descartar dicho diagnóstico.

32.- ¿En cuánto tiempo puede fallecer una persona como el paciente, por una infección por un germen encapsulado o por una bacteria?

Rta: No existe un tiempo especificado ni determinado, puede ser variable, pero tan rápido que se presente en termino de horas en algunos casos.



33.- ¿Hubo una correcta evaluación inicial del paciente y una correcta clasificación del paciente en la ESE EL BORDO, en el caso bajo estudio?

Rta: Acorde a lo establecido en guías de manejo de estos casos, el paciente debió ser remitido de forma pronta, como en otras ocasiones previas se había realizado en la misma institución, para un manejo en una institución con los recursos y las especialidades necesarias con las cuales no se contaba en dicho centro. Dichas evaluaciones se requerían desde la consulta inicial.

34.- ¿La neumonía necrotizante y su cuadro de anemia de células falciformes con esplenectomía fue atendida correctamente en el Hospital Nivel I del Bordo, entre el 2 de junio de 2017 hasta el día de su muerte?

Rta: Al no realizarse una evaluación inicial completa no se documentó la neumonía necrotizante que presentaba el paciente consecuentemente el manejo para dicha patología no se inició.

35.- ¿De haberse remitido oportunamente al paciente a un nivel superior, su vida se podría haber salvado?

Rta: Identificar a tiempo y con prontitud una infección grave de cualquier órgano con lleva el inicio oportuno del tratamiento antibiótico lo cual se ha identificado como un factor que mejora incluso la supervivencia de los pacientes.

36.- ¿Al paciente se le hizo un correcto seguimiento por parte de los actores del sistema de salud responsables?

Rta: Considero que el seguimiento y control ambulatorio del paciente no fue el óptimo, no se identifican en la historia clínica controles periódicos por la especialidad encargada de tratar estos casos, que requieren un seguimiento y control estrecho, para prevenir o identificar posibles complicaciones y realizar el manejo óptimo. No hay claridad en la historia porque no se realizó dicho seguimiento. En cuanto al manejo en urgencias ni la evaluación ni el manejo fueron lo óptimo requerido.

37.- ¿Es correcto que a un paciente que llega por urgencias con los síntomas que presentaba Yesid Loaiza Larrahondo, se le ponga un corticoide intramuscular que tiene un efecto desinflamatorio?

Rta: No es adecuado y no tienen indicación en estos casos. Incluso pueden ser contribuyentes a un empeoramiento rápidamente progresivo y a mayores complicaciones.



38.- La aplicación del corticoide pudo haber ayudado a que la infección, además de la esplenectomía, fuera más violenta y progresara más rápidamente.

Rta: Uno de los efectos secundarios de los corticoides de cualquier tipo y más los parenterales es disminuir la actividad del sistema inmune de defensa contra infecciones que en el caso de un paciente esplenectomizado puede contribuir a una sepsis fulminante.

40.- ¿Existe alguna justificación en la historia clínica para suministrarle corticoide al paciente en la ESE EL BORDO NIVEL I?

Rta: al revisar la historia clínica no existe una justificación desde el punto de vista médico para el uso de corticoide dexametasona que se administró al paciente, incluso en este caso podría estar más aun contraindicado al tratarse de un paciente cursando con un posible cuadro de infección.

CUESTIONARIO DEL DESPACHO:

41.- Por favor explique los siguientes términos o expresiones:

Células falciformes:

Son glóbulos rojos que presentan una alteración en su forma y flexibilidad normal debido a un trastorno en el gen que codifica la hemoglobina. En estos casos la hemoglobina tiene forma de barras rígidas dentro de los glóbulos rojos. Esto cambia la forma de los glóbulos rojos. Se supone que estas células normalmente tengan forma de disco, pero en cambio tienen forma de medialuna o de hoz. las células en forma de hoz no son flexibles y no pueden cambiar de forma fácilmente. Muchas de ellas se rompen al movilizarse a través de sus vasos sanguíneos.

Las células en forma de hoz también pueden atascarse a las paredes de los vasos sanguíneos, causando un bloqueo que hace más lento o detiene el flujo de sangre.

Esplenectomía: procedimiento quirúrgico por el cual se realiza el retiro del bazo.

Neumonía necrotizante. La neumonía necrotizante es una rara y severa complicación de la neumonía adquirida en la comunidad y se caracteriza por inflamación con consolidación pulmonar periférica, necrosis y múltiples cavidades.

Germen encapsulado: Un germen encapsulado es una bacteria que está envuelta en una cápsula protectora. Esta cápsula ayuda a la bacteria a evitar ser ingerida por los glóbulos blancos, que son los encargados de combatir las infecciones.

42.- Las tres primeras como se manifiestan en el cuerpo de quien las padece.

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



Rta: Las células falciformes se manifiestan principalmente como anemia, crisis de dolor, cuadros infecciosos, aumento de función y tamaño del bazo, episodios vaso oclusivos.

La esplenectomía se manifiesta con un aumento de riesgo de infecciones graves y fulminantes. La neumonía necrotizante se manifiesta como un cuadro de infección pulmonar neumónica severo y rápidamente progresivo que incluso puede llevar a abscesos, sepsis grave y muerte.

Un germen encapsulado puede causar infecciones graves y rápidamente progresivas que pueden causar falla de múltiples órganos e incluso la muerte

43.- De acuerdo con la historia clínica del paciente fallecido, se le detectó una infección, dicha infección era o no producto de la neumonía necrotizante, a través de que exámenes de laboratorio o de imágenes u otros se podría establecer la neumonía necrotizante.

Rta: En el caso del paciente no se pudo identificar el sitio de infección ya que no se realizaron los estudios pertinentes para confirmar dicho diagnóstico. El diagnóstico se realizó post mortem en autopsia, para diagnosticar una neumonía necrotizando se requiere realizar pruebas en sangre que identifiquen posible infección (proteínas C reactiva, procalcitonina, recuento de leucocitos) cultivos para gérmenes en sangre, en secreción traqueal o en líquido de lavado broncoalveolar, imágenes de tórax, (radioografías, ecografías y tomografías). Dichos estudios deben ser ordenados y evaluados por médico especialista en medicina interna y/o neumología.

44.- La leucocitosis, es la manifestación de infección. Por favor explique este resultado en el caso del paciente.

Rta: La leucocitosis es una manifestación de que el sistema de defensa celular del cuerpo está activado contra alguna noxa, puede ser una infección, una inflamación, un trauma o muchas otras causas. En el caso del paciente debía prender las alarmas sobre una sepsis grave ya que el paciente presenta esplenectomía y además había recibido una aplicación de un corticoide de depósito que también incluso puede aumentar los leucocitos. Era indispensable descartar que estuviese cursando con una infección en este caso, solo se buscó en orina, pero no se evaluaron otros órganos.

45.- En el centro nivel I ESE punto Bordo, Cauca, al paciente se le ordenó y suministro tratamiento para la Leucocitosis.

Rta: La leucocitosis per se no es una enfermedad que deba tratarse. Se trata de una manifestación en el hemograma que debe prender las alarmas sobre que está

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



sucediendo algún fenómeno que está causando activación del sistema de defensa celular. En este caso una infección no identificada

46.- La sintomatología que presentó al momento del ingreso y durante el tiempo que estuvo en el centro hospitalario nivel I. permitía que los médicos tratantes emitieran el diagnóstico de neumonía necrotizante.

Rta: Al ingreso y por lo general los síntomas de una infección grave pueden ser inespecíficos y no orientar al diagnóstico, sin embargo, lo importante en este caso era el perfil del paciente, sus antecedentes personales de gran relevancia que junto con el hecho de haber sido tratado recientemente con un corticoide de depósito debía orientar a que estuviese con una complicación posiblemente infecciosa grave.

47.- Cómo se trata la neumonía necrotizante. En el caso concreto del paciente se puede establecer en qué estadio de la enfermedad se encontraba.

Rta: Se requiere realizar estudios de posibles órganos adicionalmente comprometidos, realizar imágenes de Rx y posiblemente TAC de tórax, hemocultivos, iniciar manejo antibiótico, oxígeno, profilaxis para coágulos sanguíneos y sangrado digestivo, terapia respiratoria y según el caso y complicaciones otras intervenciones

48.- El paciente según antecedentes de historia clínica anotados ya había padecido de neumonía, se puede determinar si una persona con este antecedente puede en la vida presentar varios episodios de neumonía.

Rta: Los pacientes con anemia falciforme y esplenectomizados en especial los que no cuentan con un seguimiento oportuno pueden desarrollar episodios repetidos de infecciones, incluso neumonías graves recurrentes debido a una disminución de la respuesta inmune a gérmenes encapsulados.

CONCLUSIONES

Basado en la historia clínica del paciente YESID LOAIZA LARRAHONDO y de acuerdo a los datos anotados y razonamiento expuesto se concluye que:

1. Se trata de un paciente de 27 años con antecedente de anemia de células falciformes con ingresos previos por crisis drepanocítica y con esplenectomía por hiperesplenismo, en el cual no se dispone de datos del esquema de vacunación del paciente.

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



2. El paciente ingreso a urgencias del Hospital de 1er Nivel de El Bordo el 02/06/2017 por cuadro sugestivo de crisis drepanocítica que evoluciono rápidamente a cuadro de sepsis grave con resultado final de fallecimiento luego de paro cardiorrespiratorio.
3. Al revisar la historia clínica de la atención se evidencia que en primer ingreso observa que el hecho más relevante es una atención no acorde a la lex artis con una evaluación inadecuada del perfil de riesgo del paciente y sin una adecuada gestión de la historia clínica lo que derivó en una decisión de un manejo no óptimo para el caso y ambulatorio.
4. El paciente requirió nuevo ingreso a urgencias debido a empeoramiento de síntomas continuando con una evaluación y clasificación inadecuada y no optima derivados de un interrogatorio e historia clínica incompletos lo que retrasa el proceso de diagnóstico adecuado y manejo con la subsecuente remisión necesaria a un nivel de atención superior para evaluación y tratamiento optimo por especialistas.
5. Adicionalmente a esto se toman conductas de manejo farmacológico que no están acordes a lo requerido para el caso y características del paciente.
6. Su asegurador no gestiona la disponibilidad de forma oportuna y acorde a la gravedad de su urgencia de un sitio de mayor nivel de complejidad que se encargara de continuar el manejo del paciente.
7. El resultado final es el fallecimiento del paciente con un nexo claro entre la evaluación y atención medica inadecuada y la demora en el traslado y atención optima que requería la gravedad del caso

ANEXOS

Con este dictamen pericial, estoy anexando mi hoja de vida y copia de documentos que me sirvieron de soporte para la elaboración del dictamen.

GLOSARIO

AINES: Antinflamatorios no esteroideos.

ASH: Sociedad americana de hematología.

Esplenectomía: Extracción quirúrgica del bazo

Esplenomegalia: Aumento del tamaño del bazo

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com



Secuestro esplénico: Ocurre cuando una gran cantidad de glóbulos rojos falciformes (con forma de hoz) quedan atrapados en el bazo. El bazo puede aumentar de tamaño y perder su función normal.

DECLARACIÓN JURAMENTADA: declaro bajo juramento que el presente informe es independiente y corresponde a mi real convicción profesional, así como también, que toda la información es la contenida en la historia clínica que se me puso de presente

BIBLIOGRAFIA

Múltiples artículos y capítulos de textos de la literatura médica respecto al diagnóstico tratamiento y evaluación de la anemia de células falciformes, manejo de la crisis y las complicaciones.

1. Enfermedad de Células Falciformes - P. Zúñiga C. et al Rev Chil Pediatr. 2018;89(4)
2. Management of sickle cell disease: summary of the 2014 evidence-based report by expert panel members". Jama 312(10), (2014):1033-48)
3. Alfonso J. Anemia de células falciformes: una revisión Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2016; 32 (3): 513-527)
4. Complicaciones y comorbilidades más frecuentes en la anemia drepanocítica Gilberto Soler Noda Revista Cubana de Medicina. 2021(Jul-Sept);60(3): e1641)
5. GUÍA DE ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES. Grupo de Eritropatología de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. 2021 Medea, Medical Education Agency S. L. ISBN: 978-84-09-34321-8.)
6. American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: management of acute and chronic pain - 23 JUNE 2020 x VOLUME 4, NUMBER 12 DOI 10.1182/bloodadvances.2020001851)

Atentamente:

Dr. José Luis Blanco Mosquera
Especialidad: medicina interna y neumología
Cedula de Ciudadania 10015193

TULUÁ VALLE DEL CAUCA

Cra 34 # 25-22 Contacto: 321 567 4724 - 311 655 3132

perimedicaldelvalle@gmail.com

www.perimedicaldelvalle.com