

Juzgado 45 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C.

De: Hugo Eliecer Martinez Cabeza - U. Básica Amazonas - Seccional Cundinamarca
<hugo.martinez@medicinalegal.gov.co>
Enviado el: lunes, 30 de agosto de 2021 1:16 p. m.
Para: Juzgado 45 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C.
Asunto: INFORME PERICIAL
Datos adjuntos: UBAMZ 428C 2021.pdf

¡Cordial saludo!

Adjunto informe pericial.

Atentamente,

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE
UBA AMAZONAS



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

UNIDAD BASICA AMAZONAS

DIRECCIÓN: Hospital Regional Leticia, LETICIA, AMAZONAS

TELÉFONO: 4069944 - 4069977 extensión 5853

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021

CIUDAD Y FECHA: LETICIA. 08 de agosto de 2021
NÚMERO DE CASO INTERNO: UBAMZ-DSC-00428-C-2021
OFICIO PETITORIO: No. 883 - 2021-08-02. Ref: Proceso 110013103045201700275 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: 45 CIVIL DEL CIRCUITO
JUZGADO
AUTORIDAD DESTINATARIA: 45 CIVIL DEL CIRCUITO
JUZGADO
CRA 10 14-30
BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C.
NOMBRE PACIENTE: LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO
IDENTIFICACIÓN: CC 1054556182
EDAD: 24 años
ASUNTO: Responsabilidad profesional

Metodología:

• La aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones medicolegales que deberán ser utilizados en el contexto específico de cada caso; como se establece en el procedimiento Abordaje medicolegal de casos relacionados con responsabilidad profesional en atención en salud DG-M-P-91 Versión: 01 de 29 de diciembre de 2017

DATOS DEL INVESTIGADO

- Institución: NUEVA EPS
- Municipio: La Dorada
- Nivel De Complejidad:

MOTIVO DE PERITACIÓN

De acuerdo a lo anterior, informo que con la solicitud se aportan 33 folios de historia clínica en medio físico. Se empleará la siguiente metodología: en primer lugar, se tomarán apartes textuales de las historias clínicas, Posteriormente, una breve ilustración bibliográfica sobre la enfermedad leucemia mieloide crónica para realizar un análisis y conclusión para, finalmente, dar respuesta a cada uno de los interrogantes planteados.

- a. Cuáles fueron las causas médicas y de atención que incidieron en el fallecimiento de LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO, acaecida el 22 de diciembre de 2016, en el Hospital ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A. determinando si se presentó alguna falla en la prestación del servicio médico a dicha paciente.
- b. Si la falta de suministro de medicamentos a la paciente de LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO por parte de la NUEVA EPS S.A. y concretamente el medicamento IMATINIB 400mg/día en forma oportuna como lo había ordenado el médico tratante, incidió en su fallecimiento.
- c. Si la atención, el tratamiento y los procedimientos médicos utilizados en la ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA y el Hospital ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A. era el adecuado para atender el cuadro clínico presentado por la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO o ella necesitó de una clínica que brindara un mayor nivel de atención a sus pacientes.
- d. Si la demora en la remisión de la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO de la ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA y el Hospital ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A.

HUGO ELIECER MARTÍNEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



y a la vez (sic) se(sic) ese hospital a uno de mayor complejidad, incidió en su fallecimiento.

e. Si la ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA y el Hospital ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A., disponían de la capacidad médica y tecnológica necesaria para brindar una adecuada atención médica a la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO, de acuerdo a su cuadro clínico.

f. Si la atención médica suministrada a la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO fue integral, adecuada y oportuna por parte de las entidades que le brindaron dicho servicio y por parte de NUEVA EPS S.A. a la cual se encontraba afiliada.

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA.

Documento aportado: RESUMEN HISTORIA CLINICA No. 1054556182 de Fecha. 2016/04/20 07:23 CONSULTA AMBULATORIA PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA (MEDICINA INTERNA). Profesional: Hernando Augusto Paternina Gon. Motivo de consulta: LEUCOCITOSIS. Enfermedad actual: Femenina de 24 años de edad referida por leucocitosis de 106.000/mm³ con linfocitosis, anemia con HB 10.7grs/dl, microcítica e hipocrómica -tromboci. Ecografía abdominal transvaginal con hipoplasia genital. Síndrome genético relacionado a estudiar. Refiere paciente dolor en hipocondrio izquierdo. Pérdida de peso 2 meses de evolución. Antecedentes: Patológicos: ¿Estreñimiento? Quirúrgico: Laparotomía exploratoria. ...Ginecológicos: FUM cuando tenía 14 años, anovulación crónica por hipotrofia ovárica. Citologías desde el año pasado. Planifica con pastas, vida sexual activa. Examen físico: Peso 68 kilos. Talla 165cm. Masa corporal: 24.98kg/mtr. Frecuencia cardíaca 76. Frecuencia respiratoria: 12/min. Temperatura: 37 °C. Presión arterial: 120/80. Sat. 98%. Estado general: buen estado músculo nutricional. Examen general: buen estado músculo nutricional. Tórax: normal. hemitórax simétrico. Ruidos cardíacos y respiratorios normales, no agregados. Abdomen: normal blando depresible, peristalsis presente. Extremidades: normal eutróficas, no edema. Neurológico normal sin déficit sensitivo o motor aparente. Análisis: Paciente con cuadro de amenorrea primaria con perfil hormonal que muestra progesterona baja. Al examen se aprecia mujer de talla alta con desarrollo mamario incompleto. Genitales: ausencia del útero, compatible con síndrome de Rokitanski. Se requiere practicar cariotipo para aclarar diagnóstico. Análisis: paciente con sospecha clínica y paraclínica de leucemia linfoblástica aguda. Se expide orden prioritaria por hematología para manejo. Se explica paciente y familiar que debe ser estudiada pero que dependiendo de los síntomas de alarma podría ingresar al servicio de urgencias para tramitar su traslado a mayor nivel de complejidad para estudios complementarios por el servicio de hematología. Actualmente afebril, tolerando la vía oral con adenomegalias submentonianas. Antes de iniciar el tratamiento se debe establecer qué tipo de enfermedad linfoproliferativa es. Tipo diagnóstico confirmado nuevo: leucemia aguda células de tipo no especificado. Ordenes médicas: consulta de primera vez por medicina especializada. Cita prioritaria por hematología.

Fecha y hora 20 de abril de 2016 10:13. Paciente se ingresa para toma de paraclínicos. ...Valoración por médico especialista en medicina interna a las 8:31 P.M. Enfermedad actual: paciente de 24 años de edad en estudio por parte de medicina interna con sospecha clínica y paraclínica de síndrome genético estudio más leucemia linfoblástica aguda por leucocitosis 106,000 con linfocitosis. Anemia: hemoglobina 10.6 asociado presenta esplenomegalia en ecografía hipoplasia genital anovulación crónica. Consulta por cuadro clínico de pérdida de peso de dos meses de evolución, dolor en hipocondrio izquierdo, fiebre subjetiva, malestar general astenia, adinamia y artralgias. Se solicitan paraclínicos de ingreso que reportan LDH 593 hemograma con leucocitos 127,000, neutrófilos 87, hemoglobina 11, hematocrito 33. FFSP: anisocitosis con predominio de microcitosis, hipocromía moderada, poiquilocitosis moderada con presencia de anulocitosis por lo que interconsultan. Análisis: paciente de 24 años de edad en estudio por parte de medicina interna con sospecha clínica y

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



paraclínica de Síndrome genético a estudio +leucemia linfoblástica por leucocitosis, trombocitosis, esplenomegalia dolorosa. Hemodinámicamente estable, se considera ampliar estudios de cuadro clínico condición patológica de base además se solicita remisión para valoración por medicina interna tercer nivel. Diagnóstico: leucemia linfoblástica aguda.

Evolución No.1 fecha 21 de abril de 2016, horas:16:05. Dígito: Acosta Echeverría Elkin Farid. **Evolución por medicina interna.** Diagnóstico: leucemia linfoblástica, esplenomegalia moderada, sospecha de síndrome de Kallman. Hipo gonadal Hipogonadismo, Amenorrea. Atrofia de genitales internos. Reporte de TAC abdominal esplenomegalia moderada. Reporte de ecografía abdominal: esplenomegalia, atrofia de genitales internos. Paciente tranquila despierta sin signos de dificultad respiratoria. Afebril hidratada tolerando la vía oral no sangrado activo. Paciente en estables condiciones generales afebril hidratada, no signos de dificultad respiratoria. Tolerando la vía oral, no sangrado activo, normo cefálica, pupilas isocóricas normo reactivas mucosas húmedas y rosadas cuello móvil central sin masas ni adenopatías. Tórax con hipotrofia de glándula mamaria. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Pulmones bien ventilados. Abdomen blando, hepatomegalia palpable palpa no signos de irritación peritoneal. Cicatriz hipocrómica línea media. Genitales externos de aspecto femeninos. Extremidades móviles sin edemas, adecuada perfusión distal, Neurológicos no signos de focalización, sin déficit sensitivo ni motor, aparentes. "Peso 61 kg, talla 167 cm, MC 21.87 kg por metro cuadrado. Frecuencia cardíaca 78, frecuencia respiratoria 19, temperatura 36°C, presión arterial 114/58, saturación 99. Análisis paciente de 24 años de edad con sospecha de leucemia linfocítica y síndrome genético Kallman en el momento en estables condiciones generales, afebril hidratada sin signos de dificultad respiratoria, no emesis, no sangrado activo. Reporte de laboratorios del día de ayer con leucocitosis a expensas de los polimorfo nucleares y trombocitosis 633,000. DHL 593 y ESP: anisocitosis con predominio de microcitosis, hipocromía moderada, poiquilocitosis moderada con presencia de anulocitosis Reporte de ecografía abdominal con esplenomegalia, atrofia de genitales internos y TAC abdominal con esplenomegalia compatible el examen físico. Paciente quien requiere manejo por mayor nivel de complejidad por el cual se había iniciado el trámite de remisión a medicina interna tercer nivel. Se informa parte de referencia aceptación de paciente en clínica Somer Rionegro. Se explica conducta médica a seguir, quien recibe refiere aceptar y entender (folio 24).

Evolución. Fecha 22/04/2016 14:03 Servicio: Hospitalización. Cama: Hosp. 2198. Estado: Vivo. Causa: Remisión. Destino: Remisión. Estadía: 2 días 5 horas(s). Diagnóstico. Tipo diagnóstico principal: Leucemia linfoblástica aguda. Impresión diagnóstica. Plan de manejo ambulatorio: paciente egresa del servicio por remisión a la clínica Somer de Rionegro, Antioquia, por el auxiliar Jonathan de referencia. Signos vitales de egreso: TA 120/70. FR: 16. FC: 89. SO2: 99%.

Nota de traslado: Fecha 2016-04-22 Hora 11:13. ...Hora de llegada al Hospital San Félix 08 horas del 22/04/2016. Después del traslado de paciente a la clínica Somer de Rionegro, Antioquia. Paciente durante el traslado en buenas condiciones generales, estable hemodinámicamente con signos vitales dentro de los parámetros normales. Paciente durante la entrega en Clínica Somer estable, sin complicación alguna, es recibida por la doctora Luisa Uribe (folio 24).

No se aporta la historia clínica relacionada con la atención a la Clínica Somer, donde fue recibida.

HISTORIA CLINICA ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE SAS (fue aportado un resumen de las historias clínicas)

Inicio de atenciones médicas desde el 20 de junio de 2016 a las 12+13 horas con signos vitales normales, sospecha de leucemia aguda por hiperleucocitosis, anemia, ecografía con evidencia de esplenomegalia, estudiada en la clínica Somer por hematología, a quien realizaron estudio medular, PCR/ABL 8.3% y cariotipo (46xy, t(9;22, q34, q11.2) (24). Se inició manejo

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



medico el 04/05/2016 con Imatinib 400 mg/día. Síntomas constantes: cefalea, osteomalgias en miembros inferiores, distermia, mareos, astenia y adinamia. Antecedentes: patológicos: hipoplasia genital, síndrome Swyer (disgenesia gonadal 46xy). quirúrgicos: laparoscopia exploratoria. fármacos: imatinib, acetaminofén y naproxeno a demanda. Examen físico: Buen estado general, leve palidez generalizada mucocutánea. Eupenia en reposo no adenopatías, esplenomegalia en polo inferior, peristaltismo (+). Extremidades sin edemas, bien perfundidas. SNC: afocal. Piel sin lesiones. Plan y tratamiento: 1. Fase crónica de leucemia mieloide. 2. Score Sokal bajo (escala para pronóstico en el momento del Dx de LMC, antes de iniciar tto y para riesgo clínico). 3. Buena respuesta clínica con regular tolerancia al Imatinib. 4. Ha logrado respuesta hematológica con leve toxicidad por anemia y trombocitopenia leve. 5. Inicia tto con ácido fólico. 6. Control en 1 mes. 7. Evitar consumo de AINES.

25/07/2016: Control LMC (leucemia mieloide crónica). Buena adherencia a imatinib

-presenta síntomas de cefalea ocasional, astenia y molestias osteomusculares en extremidades inferiores. no presenta fiebre. Hemograma con leucos 5.800, n: 2700, linf 2.800, Hb 11.4, VCM 82, LDH elevada 218 / resultado medula ósea (28/04/2016): aumento de línea granulocítica en todos los estadios de maduración mas basofilia, CMF: blastos 2.2%. Examen físico sin alteración. Hemograma con leucos 5800, N: 2700, linf 2800 Hb 11.4 VCM 8.2 * SS: PCR BCL/ABL, para valorar respuesta molecular temprana. Continuar tto Imatinib + ácido fólico. Control en 1 mes.

27/07/2016: Nota de llamada de seguimiento del programa de adherencia. Seguimiento de quimio oral. Paciente estable con persistencia de cefalea con ingesta de medicamento imatinib, sin embargo, actividad diaria normal. Tto quimio oral hace 3 meses (con medicamento actual), sin embargo, a espera de entrega de medicamento. Control hematólogo en agosto. Escala Morisky=4 puntos /adherente (son 8 ítems para detectar a los pacientes que no cumplen tratamiento y adherencia). Se dan signos de alarma y recomendaciones generales.

25/08/2016: Control LMC. Osteomalgias +dolor abdominal + estreñimiento, no fiebre.

Paraclínicos: 12/08/2016: hemograma: Plq 116000, Hb 10.9 resto sin alteración. PCR BCL/ABL: 0.21%. LDH 4778 elevada. Examen físico: palidez mucocutánea, resto sin alteraciones. Score Sokal bajo persiste con datos de leve toxicidad por anemia y trombocitopenia leve. Desaparición de esplenomegalia. Excelente respuesta en los 3 meses de tratamiento, alcanzando respuesta molecular temprana. Se adiciona Bisacodilo a tratamiento por estreñimiento. Control en 6 semanas.

20/10/2016: Nota llamada de seguimiento. Cefalea +parestias en miembros inferiores, mialgias, diarrea ocasional, no fiebre, no hemorragias, no vómito, no náuseas. Control hematólogo. 27/10/2016. Tratamiento entregado por EPS en Dorada Caldas/ médico de EPS transcribe formulación realizada por hematólogo. Morisky: adherente.

Fecha: 27/10/2016. Control LMC. Persiste con molestias osteomusculares+ mareo. Paraclínicos: hemograma Hb: 10.3, Hto 31, leuco 4.400, N: 1600, PLQ: 166.000. TGO 25.7 TGP 18.9. Ácido úrico 4.9. Amilasa 40.2. DHL: 625. Examen físico rectifican no presencia de lesiones purpúricas. Examen normal. SS/ aspirado de medula ósea, PCR BCL/ABL. Control en 1 mes.

HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA.

Atención 18/12/2016. Fecha historia: 18/12/2016 01:52 p.m. Lugar y Fecha: La Dorada, Caldas. Motivo de consulta: "Me siento débil con fiebre". Enfermedad actual: paciente de 24 años de edad, con antecedente de Leucemia mieloide- Imatib 400/mg/día consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución de sensación de astenia, mareo, cefalea holo craneana de intensidad moderada, náuseas y fiebre no cuantificada. Antecedentes: Patológicos: Leucemia mieloide Imatinib 400 mg/día. Examen físico: Signos vitales: Presión arterial sistólica 120. Presión arterial diastólica: 70. Presión arterial media 86. FC 75. FR: 18. Temperatura: 36.5°C. SO2 97. Peso:72 kg. Talla: 170 IMC: 24.91. COTAM: 0.33. Examen físico: aceptables condiciones generales, consciente y orientada en las tres esferas. (Resto del examen físico

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



normal) ...Diagnóstico de manejo: Fiebre no especificada. Dx. Relacionado 1. Leucemia crónica, células de tipo no especificado. Causa externa: Enfermedad general. Tipo de diagnóstico principal: Impresión diagnóstica. Análisis: paciente de 24 años de edad, con antecedente de Leucemia mieloide- Imatib 400/mg/día consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución de sensación de astenia, mareo, cefalea holo craneana de intensidad moderada, náuseas y fiebre no cuantificada. Se ordena manejo sintomático, se solicitan paraclínicos de control (folio 25).

Evolución: Ingreso a observación: Fecha 18/12/2016 Hora: 15:35. Historia: 1054556182. E. A.P.B: Municipio de La Dorada. Alcaldía municipal. Edad: 24 años. Nota de ingreso: Nota de revaloración de reporte de paraclínicos. Hemograma Leu 148.43. Hb 10.6. Pla. 68.000. Linf: 11%. Neu 85%. Marcada leucocitosis, anemia de volúmenes normales, trombocitopenia. BUN 2.1. Creatinina: 0.62. Función renal conservadas. S: paciente refiere astenia, adinamia, mejor al ingreso. O: SV: FC:100 LPM, Sat O2: 98%. TA:100/70. Paciente en aparente buenas condiciones generales. Afebril hidratada, palidez cutánea, sin signos de dificultad respiratoria, sin SIRS clínico. Otoscopia bilateral normal, orofaringe sana, mucosas húmedas y rosadas. Tórax simétrico normo expansible, sin tirajes ni retracciones, RsCsRs sin soplos, pulmones bien ventilados sin sobreagregados. Abdomen blando sin irritación peritoneal, sin visceromegalias no doloroso. Extremidades móviles simétricas sin edemas, adecuada perfusión distal, neurológicos sin déficit sensitivo ni motor aparente, Glasgow 15/15. A: paciente de 24 años antecedente de leucemia, consulta por cuadro de 4 días de evolución de astenia, adinamia, cefalea y fiebre. Se ingresa, se toman paraclínicos que reportan marcada leucocitosis, anemia de volúmenes normales y trombocitopenia. Trae hemograma de 12/12/2016 con Leu 7.8, Hb 11.2, Pla. 108.000. Me queda la duda ante marcada leucocitosis dado esto considero repetir hemograma, además solicito extendido de sangre periférica, LDH, se hospitaliza por medicina interna con sospecha de dengue sin signos de alarma, atento a su evolución. P: hospitalizar por medicina interna, hemograma, LDH. ESP. Líquidos endovenosos, antipirético. Diagnóstico principal: Fiebre no especificada. Dr. Gustavo Adolfo Rodríguez ...Especialidad: Medicina general (folio 25).

Evolución: Consulta especializada: Fecha 19/12/2016 Hora 07:49 a.m. Valoración por medicina interna. Dx: 1. Leucemia mieloide. 1.1. Recaída. Paciente refiere sentirse en buenas condiciones, no ha presentado nuevos episodios eméticos, niega sangrado. Objetivo: paciente, alerta, consciente, sin signos de dificultad respiratoria. C/C: escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda. C/P: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Pulmones: murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, no sobreagregados. Abd: blando, depresible, no doloroso. Ext: simétricas, móviles, no edema. SNC: Alerta consciente, orientada. Análisis: Paciente de 24 años de edad con antecedente de leucemia mieloide Imatinib 400mg/día, consulta por cuadro de 3 días de evolución de sensación astenia, mareo cefalea holocraneana de intensidad moderada, náuseas y fiebre no cuantificada. Paciente quien hace 5 días no toma medicación (Imatinib 400mg/día) debido a que la EPS no le ha suministrado. Se ordena manejo sintomático, se solicitan paraclínicos de ingreso. BUN 2.1, Creatinina 0.62. Urea 4.5. Hemograma: Leu 148.43, linf 11%, Neu 85%, Plt 68.000. Paraclínicos de control LDH 2865.6. Hemograma: Leu 144.01. Linf 80%, Nue 10%, Hb 10.4, Hto 31.3, Plt 65.000, Extendido de sangre periférica: anisocitosis moderada: ++, con predominio de hipocromía:+++, poiquilocitosis: ++, con presencia de discocitos, anulocitos, glóbulos blancos muy aumentado, con presencia de linfocitosis, plaquetas: morfología normal agregación normal, número disminuidas. Considero paciente cursando con recaída de enfermedad de base, indico de momento hospitalizar paciente, esta institución tampoco cuenta con medicamento. Solicito hemograma de control para el día de mañana. Plan de manejo: Hospitalizar en piso dieta común tapón heparinizado cuadro hemático control para mañana control de signos. Dr. Elkin Farid Acosta Echeverría Especialidad Medicina Interna.

Fecha: 20 diciembre del 2016 horas 17:07. Subjetivo: evolución medicina interna.

HUGO ELJECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



Diagnóstico: 1. Leucemia mieloide crónica 1.1 crisis leucémica. Manifiesta sentirse en regulares condiciones generales con múltiples episodios eméticos, sin picos febriles, buen patrón de sueño. Objetivo: frecuencia cardíaca 78/min, frecuencia respiratoria: 18, Tensión arterial 117/74, temperatura 36.3 °C. Alerta, afebril, hidratada, sin signos de dolor ni dificultad respiratoria. Normocéfala, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda. Cuello móvil, central, sin adenopatías. Tórax simétrico, normo expansible, campos pulmonares ventilados, sin sobreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, abdomen blando depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, sin edema, adecuada perfusión distal. Neurológico: déficit sin aparente. Análisis: paciente de 24 años quien cursa con leucemia mieloide crónica en manejo con Imatinib 400 mg por día, (palabras tachadas) por problemas administrativos con su EPS. Ingresa en regulares condiciones generales febril cefalea holocraneana y múltiples episodios eméticos, se realizan paraclínicos de ingreso del 18 de diciembre de 2016 que reportan: BUN: 2.1, creatinina: 0.62, urea 4.5, leucocitos 148,430, linfocitos 11%, Neutrófilos 85%, plaquetas 68,000, función renal conservada, sin disponibilidad de electrolitos en la institución. Paraclínicos del día 19 de diciembre de 2016: LDH 2865.6, hemograma: leucocitos 144.01, linfocitos 80%, neutrófilos 10%, hemoglobina 10.4, hematocrito 31.3, plaquetas 65,000. Extendido de sangre periférica: anisocitosis moderada++, con predominio de hipocromía +++, poiquilocitosis: ++, con presencia de discocitos, anulocitos, glóbulos blancos: número muy aumentado, con presencia de linfocitos, plaquetas: morfología normal, agregación normal, número disminuidas, con evidente actividad leucoblástica. Se realizan paraclínicos de control del día de hoy que reportan leucocitos: 200.000, hemoglobina 9, hematocrito 29.0, plaquetas 80,000, linfocitos 90%, monocitos 1%, neut % 9.0 con persistencia de bicitopenia, plaquetas en rango de seguridad, sin embargo, por presencia de síndrome mieloproliferativo no hay indicación de transfusión por riesgo inminente de urgencia tromboembólica; en el momento con función renal conservada, pero sin disponibilidad de electrolitos en la institución lo cual no descarta urgencia oncológica. Paciente quien se encuentra en regulares condiciones generales, vómito persistente, picos febriles aislados, con evidente actividad leucoblástica por lo que se inicia trámite de remisión de tercer nivel para iniciar terapia biológica; por ahora continúa con hidratación, se solicita función renal de control, se hablará con familiares para evaluar posibilidad de realizar electrolitos de forma particular. Atentos a evolución clínica. Plan: 1. continúa hospitalización. 2. Medicación según formulación 3. Pendiente trámite de remisión a tercer nivel. 4. Se solicitan paraclínicos 4 a.m. Doctor Elkin Farid Acosta Echeverría. Especialidad medicina interna.

Evolución: Fecha 20 de diciembre de 2016 Hora: 17:29. Nota médica revaloración: Paciente con historia clínica anotada quien en el momento presenta dolor intenso en zona lumbar derecha irradiada a hemiabdomen ipsilateral, se indica Hioscina a horario. Se continúa vigilancia médica. Doctora Sonia Patricia Gallego, medicina general.

Fecha 21 de diciembre de 2016 horas 13:10. Subjetivo: Diagnóstico: Leucemia mieloide crónica. 1.1 Crisis leucémica aguda. Paciente en regular estado general con dolor abdominal intenso, hemorragia conjuntival, hematuria franca. Objetivo: paciente en regular estado general hidratada, febril, no taquicárdica. FC:85, frecuencia respiratoria: 18, presión arterial 110/75, temperatura 40°C sin signos de dolor ni dificultad respiratoria. Normocéfala, escleras anictéricas, hemorragia subconjuntival, mucosa oral húmeda. Cuello móvil, central, sin adenopatías. Tórax simétrico, normo expansible, campos pulmonares ventilados, sin sobre agregados, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, sin edema, adecuada perfusión distal. Neurológico sin déficit aparente. Piel petequias generalizadas. Análisis: paciente hospitalizada por leucemia mieloide crónica en crisis aguda en regular estado general, en horas de la mañana presenta hematuria franca asociada a hemorragia subconjuntival y petequias generalizadas, febril, con dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho con puño percusión positiva derecha, no signos de rotación peritoneal, con control de función renal en BUN 5.4, creatinina 0.66 urea, 11.6, dentro de rangos de normalidad. Pendiente cuadro hemático control

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



del día de hoy, se indica Meperidina para manejo analgésico, antipirético, se habla con referencia quienes indican que paciente fue aceptada por oncología en ciudad de Manizales, se explica a madre quien refiere entender y aceptar. - Plan de manejo: remisión a mayor nivel de complejidad. Doctor Elkin Farid Acosta Echeverría, medicina interna.

Evolución fecha 21 de diciembre de 2016 15:46. Se atiende llamado de Sigifredo de referencia para traslado de la paciente siendo las 14 horas. Diagnóstico: 1. Leucemia mieloide crónica. 1.1 Crisis leucémica aguda. En el momento en regulares condiciones generales, se explica a familiares pronóstico reservado, por ahora se solicita cánula a 2 litros, por encontrarse saturación limitrofe, me manifiesta familiar traer historia clínica antes de salida. Doctora María Fernanda Rosero especialidad medicina general.

Fecha 22 de diciembre de 2016. Hora 01:57. Nota: se ingresa nuevamente al hospital siendo las 02:01. Durante traslado desde La Dorada Manizales, paciente algica, febril desaturada, por lo que se indicó cánula nasal a 3 litros para saturación entre 94-96%. Además, febril 39°C, sin mejoría a pesar de 2g de Dipirone, mejoró con medida de locales. ... 2. al ingreso a la ciudad de Manizales se entrega a paciente en Hospital Infantil, donde cuenta con servicio de Oncología de Occidente para adultos, sin ninguna complicación a la doctora Valentina Santa Coloma quien no solicita de manera especial que la próxima vez cuando nos pida de manera urgente hemograma, hacerlo llegar de manera prioritaria, debido que al igual que nosotros ellos no cuentan con unidad de hemoderivados las 24 horas, y en caso de requerirlos de urgencia, se encuentra en iguales condiciones que las nuestras.... doctora María Fernanda Rosero, especialidad medicina general.

Notas de enfermería de revisión y traslado.

Nota de enfermería: Fecha 20 de diciembre de 2016. Horas 14 40. Me comunico a oncólogo de occidente hablo con Diego Sosa le comento paciente, el me toma trámite de remisión y me comunica que paciente es aceptada por la doctora Ángela Sofía Esparza, oncóloga, pendiente traslado.

Nota de enfermería. Fecha: 20 de diciembre de 2016. Hora: 14:44. Recibo paciente en hospitalización para traslado a oncólogos de Manizales en aparentes regulares condiciones generales, con acceso venoso en miembro superior izquierdo con líquidos endovenosos Lactato de Ringer a 70 cc por hora, con tratamiento administrado y tolerado de acuerdo a las órdenes médicas, auxiliar de turno me entrega tratamiento para el traslado de acuerdo a las órdenes médicas, familiar firma consentimiento informado de traslado del paciente.

Nota de enfermería: Fecha 20 de diciembre de 2016 horas 20:30. Se ingresa paciente en Oncólogos de Occidente, en regulares condiciones generales, consciente, orientada con oxígeno por cánula a 3 l por minuto. El cual se le administra por orden médica de la doctora María Fernanda Rosero médico de traslado. Paciente que durante traslado se le administran 2 g de Dipirone por presentar fiebre de 39.7°C. Se ingresa la unidad, queda en compañía de familiar con paquete de traslado y reporte de paraclínicos. 02:30 llega del personal asistencial al hospital San Félix. Se escanea record de ambulancia y consentimiento informado de traslado de paciente.

HISTORIA CLINICA ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE SAS (fue aportado un resumen de las historias clínicas)

22/12/2016. Paciente remitida del Hospital San Félix La Dorada. Paciente de 24 años de edad en manejo de LMC con Imatinib e Hidroxiurea con adecuada respuesta ambulatoria. Con documentación de la no administración de medicamento por 5 días. Paciente presenta descompensación clínica. Paciente no regresó a controles desde el 27/10/2016 (casi dos meses). Consultó al Hospital San Félix -La Dorada por cuadro clínico de 5 días de evolución

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



consistente en malestar general, asociado a fiebre, cefalea, emesis a repetición y mialgias, y ausencia de consumo de Imatinib por la no dispensación del mismo por parte de la EPS. Paraclínicos con hiperleucocitosis 200.000 anemia Hb 9 y bicitopenia 80.000. Remiten para estabilizar y manejo. Ingres a en malas condiciones generales, desaturada con petequias generalizada + hemorragia conjuntival (hiposfagmia) + hematemesis + fiebre de 39°C ya quien le administran Dipirone durante traslado, no realizan toma de hemocultivos desde la clínica que remiten. Paciente ingresa al servicio de hemato-oncología. Signos vitales de ingreso: FC 92, TA: 110/60, FR: 26, T: 38.2°C, Sat: 90%. Examen físico: somnolienta, pero alertante. Mucosa oral con múltiples lesiones tipo purpura húmeda + Herpes labial + hiposfagmia bilateral. Murmullo vesicular bibasal disminuido. Abdomen con dolor generalizado, predominio en hipocondrio derecho, abdomen de difícil valoración por dolor, presencia de hepatomegalia. Extremidades sin edemas, pero con petequias. Se documenta en historia clínica alto riesgo de complicaciones fatales como delirium, hemorragia alveolar y muerte. Manejo con Cefepime, se solicitan hemocultivos + PCR + procalcitonina por riesgo de infección. Se sospecha diátesis hemorragia de presunto origen plaquetario y coagulopático, se realiza corrección con transfusión de plaquetas y plasma fresco 3 UI. con aumento de anemia quien requiere de transfusión. Se solicita traslado a UCI, quien es aceptada. 22/12/2016: Paciente con leucemia mieloide crónica. Filadelfia positiva-Imatinib dispensado con irregularidad. Ingres a en malas condiciones con diátesis hemorrágica de origen plaquetario y coagulopático y anemia quien requiere de transfusión tanto de glóbulos rojos como de plaquetas y plasma fresco. Ecografía de abdomen con hepato y esplenomegalia. TAC de cráneo sin alteración, sin sangrado. Hipokalemia severa con reposición por catéter central. Persistencia de fiebre por lo que se solicita hemocultivos y se inicia antibioticoterapia. SS PCR y se inicia proceso para traslado a UCI. Presenta delirium con deterioro clínico al momento de trasladar a UCI aumento de esfuerzo respiratorio por lo que se considera realizar IOT. Presenta paro cardiorrespiratorio, se activa cadena de emergencia (RCP), se inicia ventilaciones y compresiones, posterior se identifica fibrilación ventricular. Se inicia desfibrilación y 1 amp de Adrenalina, se continúa reanimación y posterior presenta asistolia por lo que durante manejo de reanimación se administran 8 ampollas de Adrenalina y 6 ampollas de Bicarbonato, posteriormente se evidencia por intubación orotraqueal la presencia de secreciones serohemáticas y además la presencia de epistaxis. Se realiza reanimación por 17 minutos, se inició reanimación a las 14+58 horas y paciente fallece a las 15+15 horas.

OTROS RECURSOS UTILIZADOS

Alvarado-Ibarra M, Cardiel-Silva M, García-Camacho A, et al. Consenso de leucemia mieloide crónica por hematólogos del ISSSTE. Rev Hematol Mex. 2016;17(1):34-62. Rodríguez José Antonio Marcos, Leucemia Mieloide Crónica

EXAMEN PATOLÓGICO

En este caso no se contó con un informe de autopsia clínica y se desconoce si ésta fue practicada.

RESUMEN DEL CASO

LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO, adulto de sexo femenino de 24 años de edad quien acudió al Hospital San Félix de La Dorada, a una primera consulta ambulatoria por la especialidad de Medicina Interna, el día 20 de abril de 2016 a las 07:23 horas. Fue referida por presentar una leucocitosis de 106.000/mm³ con linfocitosis, anemia microcítica e hipocrómica con hemoglobina de 10.7grs/dl. Con un cuadro clínico de 2 meses de evolución de pérdida de peso, dolor en hipocondrio izquierdo, fiebre subjetiva, malestar general, astenia, adinamia y artralgias. Como antecedente de importancia hipoplasia genital, síndrome genético a estudio. Al examen físico presentó estables condiciones generales, con una talla alta con desarrollo mamario incompleto, en genitales con ausencia del útero. Buen estado muscular nutricional,

HUGO ELIECER MARTÍNEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



afebril. Peso 68 kilos, Talla 165cm. IMC: 24.98. Fue hospitalizada ese mismo día 20 de abril de 2016 a las 10:13 horas en el Hospital San Félix de La Dorada con sospecha clínica y paraclínica de síndrome genético a estudio más leucemia linfoblástica aguda para la realización de exámenes complementarios y remisión a mayor nivel con consulta por la especialidad de Hematología. Se solicitaron paraclínicos de ingreso que reportaron LDH 593, hemograma con leucocitos 127.000, neutrófilos 87, hemoglobina 11, hematocrito 33, trombocitos 633.000. En el frotis de sangre periférica: anisocitosis con predominio de microcitosis, hipocromía moderada, poiquilocitosis moderada con presencia de anulocitosis. El reporte de TAC abdominal mostró una esplenomegalia moderada. Reporte de ecografía abdominal: esplenomegalia, atrofia de genitales internos. El 22 de abril de 2016 a las 14:03 horas fue remitida a la Clínica Somer de Rionegro. Duración de estadía en el Hospital San Félix de La Dorada: 2 días 5 horas.

No fue aportada la historia clínica de atención en la Clínica Somer de Rionegro, Antioquia y se desconoce la vía por la cual continúa su manejo en la Clínica Oncólogos del Occidente SAS, al parecer, a partir del 20 de junio de 2016.

Fue aportado un resumen de las historias clínicas de atención en la CLINICA ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE SAS a partir del 20 de junio de 2016 a las 12:13 horas (folios 32 y 33).

20 de junio de 2016 12:13 horas. Signos vitales normales, estudiada en la clínica Somer por hematología, con estudio medular, PCR/ABL 8.3% y cariotipo (46XY, t(9;22, q34, q11.2) (24). Se inició manejo médico el 04/05/2016 con Imatinib 400 mg/día. Presentó síntomas constantes de cefalea, osteomalgias en miembros inferiores, distermia, mareos, astenia y adinamia. Antecedentes: patológicos: hipoplasia genital, síndrome Swyer (disgenesia gonadal 46XY). Quirúrgicos: laparoscopia exploratoria. Fármacos: Imatinib, Acetaminofén y Naproxeno a demanda. Examen físico: Buen estado general, leve palidez generalizada muco cutánea. Eupenia en reposo no adenopatías, esplenomegalia en polo inferior, peristaltismo (+). Extremidades sin edemas, bien perfundidas. SNC: afocal. Piel sin lesiones. La paciente ingresó en fase crónica de leucemia mieloide con un Score Sokal bajo (escala para pronóstico en el momento del Dx de LMC, antes de iniciar tratamiento y para riesgo clínico) que es de buen pronóstico el porcentaje de supervivencia era alrededor del 62% a los 4 años, con buena respuesta clínica con regular tolerancia al Imatinib. La paciente había logrado respuesta hematológica con leve toxicidad por anemia y trombocitopenia leve. Fue iniciado tratamiento con ácido fólico.

25/07/2016: Control de leucemia mieloide crónica. Buena adherencia a Imatinib

-presenta síntomas de cefalea ocasional, astenia y molestias osteomusculares en extremidades inferiores. No presenta fiebre. Hemograma con leucos 5.800, N: 2700, linf 2.800, Hb 11.4, VCM 82, LDH elevada 218. Resultado medula ósea (28/04/2016): aumento de línea granulocítica en todos los estadios de maduración mas basofilia, CMF: blastos 2.2%. Examen físico sin alteración. Hemograma con leucos 5800, N: 2700, linf 2800 Hb 11.4 VCM 8.2 *. Se solicitó: PCR BCL/ABL, para valorar respuesta molecular temprana. Continuar tratamiento Imatinib + ácido fólico. Control en 1 mes.

27/07/2016: Nota de llamada de seguimiento del programa de adherencia. Seguimiento de quimio oral. Paciente estable con persistencia de cefalea con ingesta de medicamento imatinib, sin embargo, actividad diaria normal. Tratamiento quimio oral hace 3 meses (con medicamento actual), sin embargo, a espera de entrega de medicamento. Control hematólogo en agosto. Escala Morisky=4 puntos/adherente (son 8 ítems para detectar a los pacientes que no cumplen tratamiento y adherencia). Se dan signos de alarma y recomendaciones generales.

25/08/2016: Control LMC. Osteomalgias + dolor abdominal + estreñimiento, no fiebre.

Paraclínicos: 12/08/2016: hemograma: Plaquetas 116.000, Hb 10.9 resto sin alteración. PCR BCL/ABL: 0.21%. LDH 4778 elevada. Examen físico: palidez muco cutánea, resto sin alteraciones. Score Sokal bajo persiste con datos de leve toxicidad por anemia y trombocitopenia leve. Desaparición de esplenomegalia. Excelente respuesta en los 3 meses de tratamiento, alcanzando respuesta molecular temprana. Se adiciona Bisacodilo a tratamiento

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



por estreñimiento. Control en 6 semanas.

20/10/2016: Nota llamada de seguimiento. Cefalea + parestesias en miembros inferiores, mialgias, diarrea ocasional, no fiebre, no hemorragias, no vómito, no náuseas. Control hematólogo.

27/10/2016. Tratamiento entregado por EPS en Dorada Caldas/ médico de EPS transcribe formulación realizada por hematólogo. Morisky: adherente.

Fecha: 27/10/2016. Control LMC. Persiste con molestias osteomusculares+ mareo. Paraclínicos: hemograma Hb: 10.3, Hto 31, leuco 4.400, N: 1600, PLQ: 166.000. TGO 25.7 TGP 18.9. Ácido úrico 4.9. Amilasa 40.2. DHL: 625. Examen físico rectifican no presencia de lesiones purpúricas. Examen normal. SS/ aspirado de médula ósea, PCR BCL/ABL. Control en 1 mes.

En el resumen de la historia clínica aportada de la Clínica Oncólogos de Occidente SAS no hay registro de valoración médica en el mes de noviembre. Se desconocen los motivos por los cuales la paciente no acudió a consulta médica por la especialidad de hematología y si se practicó el aspirado de médula ósea y la prueba PCR BCL/ABL o si se constituía en un requisito para la renovación del medicamento, elemento a determinar por la autoridad de acuerdo los registros que disponga del mismo a través de la EPS cuestionada.

En la historia clínica aportada del HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA se encuentra un registro del **18 de diciembre de 2016 a las 01:52 pm**. Como motivo de consulta la paciente refiere "me siento débil y con fiebre". Refirió un cuadro clínico de 3 días de evolución de sensación de astenia, mareo, cefalea holo craneana de intensidad moderada, náuseas y fiebre no cuantificada. Al examen físico presentó como signos vitales: Presión arterial sistólica 120. Presión arterial diastólica: 70. Presión arterial media 86. FC 75. FR: 18. Temperatura: 36.5°C. SO2 97. Peso: 72 kg. Talla: 170 IMC: 24.91. COTAM: 0.33. Ingresó en aceptables condiciones generales, consciente y orientada en las tres esferas, con resto del examen físico normal. Se estableció un diagnóstico de manejo: 1. Fiebre no especificada. Diagnostico relacionado: 1. Leucemia crónica, células de tipo no especificado. Se ordenó manejo sintomático y se solicitaron paraclínicos de control (folio 25). Fue ingresada el **18/12/2016 Hora: 15:35** con paraclínicos: Hemograma Leu 148.43. Hb 10.6. Pla. 68.000. Linf: 11%. Neu 85%. Marcada leucocitosis, anemia de volúmenes normales, trombocitopenia. BUN 2.1. Creatinina: 0.62. Función renal conservadas. O: SV: FC: 100 LPM, Sat O2: 98%. TA: 100/70. Los paraclínicos fueron interpretados como marcada leucocitosis, anemia de volúmenes normales y trombocitopenia. La paciente aportó hemograma del 12/12/2016 con leucocitos 7.8, Hemoglobina 11.2, Plaquetas 108.000. **Ingreso a observación: Fecha 18/12/2016 Hora: 15:35** y fue hospitalizada en el servicio de medicina interna con sospecha de dengue sin signos de alarma. El **19/12/2016 a las 07:49** fue valorada por medicina interna con diagnóstico: Leucemia mieloide. Recaída. La paciente refirió sentirse en buenas condiciones generales, no presentó nuevos episodios heméticos y negó sangrado. La paciente manifestó que desde hacía 5 días no tomaba medicación (Imatinib 400mg/día) debido a que la EPS no se la había suministrado. Se ordenó manejo sintomático, se solicitaron paraclínicos de ingreso. BUN 2.1, Creatinina 0.62, Urea 4.5. Hemograma: Leu 148.43, linfocitos 11%, Neutrófilos 85%, Plaquetas 68.000. Paraclínicos de control LDH 2865.6. Hemograma: Leu 144.01. Linfocitos 80%, Neutrófilos 10%, Hemoglobina 10.4, Hematocrito 31.3, Plaquetas 65.000, Extendido de sangre periférica: anisocitosis moderada: ++, con predominio de hipocromía: +++, poiquilocitosis: ++, con presencia de discocitos, anulocitos, glóbulos blancos muy aumentados, con presencia de linfocitosis, plaquetas: morfología normal agregación normal, número disminuidas. Se consideró que la paciente estaba cursando con recaída de enfermedad de base, se indicó de momento hospitalizar a la paciente. En el resumen anotan que el Hospital San Félix tampoco cuenta con el medicamento Imatinib. El **19 de diciembre de 2016 a las 17:07** la paciente fue valorada por medicina interna. Se realizaron paraclínicos de control del día que reportaron **leucocitos: 200.000, hemoglobina 9, hematocrito 29.0, plaquetas 80.000, linfocitos 90%, monocitos 1%, neutrófilos 9.0%** con persistencia de bicitopenia, plaquetas en rango de seguridad, sin embargo, por presencia de síndrome mieloproliferativo no hay indicación de transfusión por

HUGO ELIECER MARTINEZ GABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



riesgo inminente de urgencia tromboembólica; con función renal conservada, pero sin disponibilidad de electrolitos en la institución lo cual no descarta urgencia oncológica. Paciente quien se encontraba en regulares condiciones generales, vómito persistente, picos febriles aislados, con evidente actividad leucoblástica por lo que se inicia trámite de remisión de tercer nivel para iniciar terapia biológica; por ahora continúa con hidratación, se solicita función renal de control. La paciente continuó hospitalizada, se indicó medicación según formulación. Estaba pendiente el trámite de remisión a tercer nivel. Se solicitan paraclínicos 4 a.m.

El 20 de diciembre de 2016 a las 17:29. Paciente presentó dolor intenso en zona lumbar derecha irradiada a hemi abdomen ipsilateral, fue indicada Hioscina a horario. La paciente se encontraba en regulares condiciones generales, vómito persistente, picos febriles aislados, con evidente actividad leucoblástica por lo que se inició trámite de remisión de tercer nivel para iniciar terapia biológica; Se continuó la hidratación, se solicitó función renal de control. Se contempló solicitar a los familiares realizar electrolitos de forma particular.

El 21 de diciembre de 2016 horas 13:10. Valoración por medicina interna. Paciente se encontraba en regular estado general hidratada, febril, no taquicárdica con frecuencia cardíaca de 85/min, con frecuencia respiratoria: 18, presión arterial 110/75, temperatura 40°C. La paciente se encontraba hospitalizada por leucemia mieloide crónica en crisis aguda en regular estado general, en horas de la mañana presentó hematuria franca asociada a hemorragia subconjuntival y petequias generalizadas, febril, con dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho con puño percusión positiva derecha, no signos de rotación peritoneal, con control de función renal en BUN 5.4, creatinina 0.66 urea, 11.6, dentro de rangos de normalidad. Se indicó Meperidina para manejo analgésico, antipirético, y se recibió información que la paciente fue aceptada por oncología en ciudad de Manizales.

El 22 de diciembre de 2016 la paciente ingresó a la clínica Oncólogos del Occidente. En el resumen aportado de la historia clínica se lee: "paciente de 24 años de edad en manejo de LMC con Imatinib e Hidroxiurea (se desconoce cuándo fue indicado) con adecuada respuesta ambulatoria. Con documentación de la no administración de medicamento por 5 días. Paciente presenta descompensación clínica. Paciente no regreso a controles desde el 27/10/2016 (casi dos meses)". Paraclínicos con hiperleucocitosis 200.000, anemia hemoglobina 9 y bicitopenia 80.000. Fue remitida para estabilización y manejo. Ingresó en malas condiciones generales, desaturada con petequias generalizada + hemorragia conjuntival (hiposfagmia) + hematemesis + fiebre de 39°C ya quien le administraron Dipirona durante traslado, no realizaron toma de hemocultivos desde la clínica que remitieron. La paciente ingresó al servicio de hemato-oncología con signos vitales: FC 92, TA: 110/60, FR: 26, T: 38.2°C, Sat: 90%. Al examen físico: somnolienta, pero alertante. Mucosa oral con múltiples lesiones tipo purpura húmeda + Herpes labial + hiposfagmia bilateral. Murmullo vesicular bibasal disminuido. Abdomen con dolor generalizado, predominio en hipocondrio derecho, abdomen de difícil valoración por dolor, presencia de hepatomegalia. Extremidades sin edemas, pero con petequias. Se documentó en historia clínica alto riesgo de complicaciones fatales como delirium, hemorragia alveolar y muerte. Manejo con Cefepime, se solicitaron hemocultivos + PCR + procalcitonina por riesgo de infección. Se sospechó diátesis hemorragia de presunto origen plaquetario y coagulopático, se realizó corrección con transfusión de plaquetas y plasma fresco 3 UI. con aumento de anemia que requirió transfusión.

22/12/2016. Paciente con leucemia mieloide crónica. Filadelfia positiva-Imatinib dispensado con irregularidad. Ingresó en malas condiciones con diátesis hemorrágica de origen plaquetario y coagulopático y anemia que requirió transfusión tanto de glóbulos rojos como de plaquetas y plasma fresco. Ecografía de abdomen con hepato y esplénomegalia. TAC de cráneo sin alteración, sin sangrado. Hipokalemia severa con reposición por catéter central. Persistencia de fiebre por lo que se solicitaron hemocultivos y se inició antibioticoterapia. Se solicitó PCR y se inició proceso para traslado a UCI. Presenta delirium con deterioro clínico al momento de trasladar a UCI aumento de esfuerzo respiratorio por lo que se considera realizar IOT. Presentó

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



paro cardiorrespiratorio, se activó cadena de emergencia (RCP), se iniciaron ventilaciones y compresiones, posterior se identificó fibrilación ventricular. Se inició desfibrilación y 1 amp de Adrenalina, se continua reanimación y posterior presentó asistolia por lo que durante manejo de reanimación se administran 8 ampollas de Adrenalina y 6 ampollas de Bicarbonato, posteriormente se evidenció por intubación orotraqueal la presencia de secreciones serohemáticas y además la presencia de epistaxis. Se realizó reanimación por 17 minutos, se inició reanimación a las 14+58 horas y paciente falleció a las 15+15 horas.

DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO MODO Y LUGAR. Se consultaron Alvarado-Ibarra M, Cardiel-Silva M, García-Camacho A, et al. Consenso de leucemia mieloide crónica por hematólogos del ISSSTE. Rev Hematol Mex. 2016;17(1):34-62. Rodríguez José Antonio Marcos, Leucemia Mieloide Crónica

La leucemia mieloide crónica pertenece al grupo de los síndromes mielo proliferativos. Se trata de un cáncer de la sangre (leucemia) de lenta evolución, que se caracteriza por una proliferación exagerada y anormal de un tipo de glóbulo blanco denominado mielocito en el interior de la médula ósea (la cavidad del interior de los huesos donde se fabrican los glóbulos blancos, los glóbulos rojos y las plaquetas). Las células mieloides (mielocitos) pasan en gran cantidad a la sangre sin haber madurado del todo (células inmaduras o células blásticas). La leucemia mieloide crónica afecta a personas de diferentes edades, entre los 20 y los 80 años, siendo más frecuente en las edades más avanzadas. Sin tratamiento, la leucemia mieloide crónica se transforma en una leucemia aguda en unos años (aproximadamente 4 años de media), lo que se denomina crisis blástica, que puede llevar a la muerte del paciente. Cada año aparecen entre 1 y 2 casos de esta enfermedad por cada 100.000 habitantes. **Causas.** Los genes son los encargados de producir las distintas proteínas de nuestro cuerpo. Estos genes están unidos constituyendo los cromosomas. Los pacientes con leucemia mieloide crónica, por motivos desconocidos, desarrollan una alteración de sus cromosomas consistente en que una parte de un cromosoma de una célula de la médula ósea se desplaza a otro cromosoma. Esto da lugar a un cromosoma muy corto y a otro muy largo que tiene adherido nuevo material genético, dando lugar a un nuevo gen llamado BCR-ABL. Este gen es el responsable de la producción de Tirosin-Kinasa, la cual favorece la multiplicación incontrolada de las células mieloides. Al cromosoma alterado se le denomina cromosoma Filadelfia. Esta anomalía citogenética llamada t(9;22)(q34;q11), implica la traslocación de la región ABL del cromosoma 9, que se fusiona a la región BCR del cromosoma 22. **SINTOMATOLOGÍA.** En muchas ocasiones el diagnóstico de la leucemia mieloide crónica se realiza al descubrir de forma casual un número muy aumentado de glóbulos blancos en un análisis de sangre realizado a una persona por cualquier motivo. En otras personas puede producir: Una serie de síntomas inespecíficos, como cansancio, pérdida de apetito, adelgazamiento, sudoración, malestar general, etc. Síntomas como consecuencia del crecimiento del bazo (esplenomegalia), como dolor o pesadez en el lado izquierdo del abdomen o saciarse enseguida al comer. Anemia. Trombopenia o trombocitosis. Las plaquetas pueden estar bajas o aumentadas, favoreciéndose el sangrado fácil o las trombosis. Los glóbulos blancos que se producen en los pacientes con leucemia mieloide crónica no suelen funcionar adecuadamente por lo que, a pesar de haber muchos en la sangre, estos pacientes tienen una mayor facilidad para adquirir infecciones que pueden ser graves. Uno de cada 10 pacientes es diagnosticado cuando ya se ha producido la transformación blástica y, en esas situaciones, hay fiebre sin causa aparente, cansancio extremo, pérdida de apetito y una importante alteración de la situación general. **DIAGNOSTICO.** El diagnóstico de la leucemia mieloide crónica se realiza al observarse un número muy aumentado de glóbulos blancos (leucocitos) a expensas de células inmaduras de la estirpe mieloide (mielocitos, metamielocitos y mieloblastos) en un análisis de sangre y se confirma con la realización de un aspirado de médula ósea o una biopsia de médula ósea. Suele haber una anemia (bajada de glóbulos rojos) moderada y un aumento de las plaquetas. La transformación en leucemia aguda (crisis blástica) se caracteriza por un aumento muy importante de los mieloblastos en sangre y por una anemia más intensa. En más del 90% de

HUGO ELIEZER MARTÍNEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



los pacientes con leucemia mieloide crónica, se detecta la presencia del cromosoma Filadelfia en los glóbulos blancos de la sangre. **PRONOSTICO:** El pronóstico de los pacientes con leucemia mieloide crónica ha cambiado radicalmente desde que se tratan con inhibidores de la tirosin-kinasa. Antes de la utilización de estos medicamentos, la supervivencia media tras el diagnóstico era de 4 años. El pronóstico es peor cuantos más blastos (las formas más inmaduras de estirpe mieloide) haya en la sangre en el momento del diagnóstico, a edades más avanzadas, a mayor tamaño del bazo y dependiendo del número de plaquetas.

TRATAMIENTO: Durante los últimos años, el tratamiento de la leucemia mieloide crónica ha cambiado de forma muy importante y es un tema en continua evolución. El objetivo final del mismo es: Hacer desaparecer las células anormales de la sangre y de la médula ósea (respuesta hematológica). Hacer desaparecer las células con cromosoma Filadelfia (respuesta citogenética). Idealmente, hacer desaparecer el gen anormal BCR-ABL (respuesta molecular).

TRATAMIENTOS DISPONIBLES: Inhibidores de la tirosina-kinasa: Imatinib, nilotinib, dasatinib, etc. Actualmente es el tratamiento de primera elección para todos los pacientes. Este tratamiento impide la proliferación exagerada de células generada por el gen anómalo BCR-ABL. El tratamiento permite la remisión de las alteraciones de la sangre (desaparición de las anomalías en los análisis) en más del 95% de los pacientes y la remisión de las alteraciones en los cromosomas en un porcentaje algo menor, disminuyendo el número de ellos que realizan transformación blástica. De momento, y a falta de los resultados de estudios que lo evalúen, el tratamiento debe ponerse de por vida. Presenta diversos efectos adversos (retención de líquidos, diarrea, calambres musculares y alteraciones de la piel) que a veces obligan a bajar algo la dosis. Este tratamiento no debe administrarse junto a algunas medicinas, sin embargo, es imprescindible que no se olvide de tomar dado que si no se toma adecuadamente se reducen las posibilidades de éxito. Cuando aparece resistencia a este fármaco o no se consiguen hacer desaparecer totalmente las alteraciones genéticas después de cierto tiempo, se pueden utilizar nuevas medicinas de esta misma familia que pueden favorecer la remisión. Actualmente es el tratamiento de elección para la mayoría de pacientes, dejándose el trasplante de médula ósea para aquellos que no responden o se vuelven resistentes a estos tratamientos. El tratamiento previo con imatinib no afecta al pronóstico del trasplante. **Trasplante de médula ósea.** El trasplante de médula ósea se suele realizar sólo cuando hay falta de respuesta a los inhibidores de la tirosina-kinasa o cuando la leucemia reaparece tras haber remitido con inhibidores de la tirosin-kinasa. Suele realizarse a partir de un donante compatible. Es el único tratamiento que puede curar completamente la enfermedad. **Otros tratamientos.** En general, si el número inicial de glóbulos blancos anormales en sangre es muy alto, puede necesitarse reducirlo de manera rápida; para ello pueden usarse medicinas inmunosupresoras como la Hidroxiurea, el interferón, etc. Existen estudios que evalúan la eficacia del interferón asociado a imatinib. La esplenectomía (extirpar el bazo) se reserva para pacientes con manifestaciones clínicas derivadas del crecimiento del bazo que no mejoran a pesar de los tratamientos previos. Estos tratamientos también pueden utilizarse cuando existen efectos secundarios intolerables de los inhibidores de la tirosin-kinasa o en situaciones donde no puedan ser administrados, como el embarazo. En los pacientes con transformación blástica o cerca de desarrollarla, una fase de la enfermedad que se denomina fase acelerada, el control de la enfermedad es más difícil. Se suelen emplear inhibidores de la tirosin-kinasa y se valora la posibilidad de trasplante de médula ósea.

La gran mayoría de los pacientes son diagnosticados en fase crónica. Habitualmente es el médico de atención primaria quien ve primero al paciente y tras un hallazgo causal en una analítica de control, observa una leucocitosis persistente e inexplicable. El paciente es derivado al especialista, el cual completará el estudio con las pruebas que mencionaremos a continuación y que tienen como objetivo confirmar el diagnóstico de la LMC y ayudar a decidir cuál es el tratamiento más adecuado para el paciente. 1. Examen físico: La finalidad será identificar los síntomas relacionados con la enfermedad, como es la aparición de fatiga, pérdida de peso, malestar general, saciedad precoz, sudoración, dolor en hipocondrio izquierdo además de la esplenomegalia característica de estos pacientes. 2. Hemograma y recuento leucocitario diferencial. Se observa una marcada leucocitosis (leucocitos $>25 \times 10^9/L$), que

HUGO ELIECER MARTÍNEZ GABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



puede llegar a superar los 100×10^9 /L dando lugar a leucostasis, basofilia, y eosinofilia. Es frecuente la aparición de granulocitos inmaduros, principalmente metamielocitos, mielocitos, y promielocitos, y ocasionalmente mieloblastos. Es frecuente presentar una disminución de la hemoglobina, que normalmente corresponde a una anemia que suele ser generalmente normocítica normocrómica. Las plaquetas pueden estar aumentadas o disminuidas. Existe un incremento en el tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa). 3. Bioquímica: Suelen estar aumentados parámetros como el ácido úrico, LDH y la vitamina B12 sérica. También se pueden presentar alteraciones en el calcio y fósforo. La fosfatasa alcalina granulocitaria permite diferenciar las leucocitosis producidas por la LMC (con niveles escasos o inexistentes) de otras producidas por síndromes mieloproliferativos y reacciones leucemoides. 4. Aspirado de médula ósea. Puesto que el lugar de origen de la LMC es la médula ósea, la primera exploración que debe hacerse para saber si un individuo cuyos leucocitos están aumentados tiene esta enfermedad, será realizar un aspirado de la médula ósea. Esta prueba consiste en obtener una pequeña muestra de la médula ósea mediante una punción en el hueso del esternón o en la cresta ilíaca a fin de examinar los precursores de las células sanguíneas, lo que permitirá determinar sus características y hacer un análisis citogenético de las mismas para determinar la presencia del cromosoma Ph, que confirmará el diagnóstico de LMC. Es muy importante cuantificar el porcentaje de blastos en médula ósea, para determinar la fase en la que se encuentra la enfermedad. 5. Biopsia de médula ósea. Se trata de obtener una pequeña muestra del hueso, no sólo de la médula. Hay que valorar el grado de fibrosis e infiltración leucémica. 6. Determinaciones analíticas. Además del análisis de los cromosomas de la médula se realiza habitualmente un análisis de biología molecular, es decir, un estudio de los genes de las células sanguíneas para comprobar si éstas presentan el oncogén BCR-ABL, lo que además de corroborar el diagnóstico de LMC, facilitará el seguimiento de la enfermedad y el control de su tratamiento. Este tipo de análisis puede realizarse en la médula ósea o en la sangre. 7. FISH o hibridación in situ fluorescente. En una pequeña proporción de pacientes con LMC no es posible demostrar la existencia del cromosoma Ph mediante los métodos convencionales de análisis de los cromosomas. En estos casos es imprescindible utilizar las técnicas de biología molecular o, alternativamente, emplear la técnica denominada de hibridación in situ fluorescente (FISH), que marca el oncogén BCR-ABL con una sustancia fluorescente. 8. Prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa. (RT-PCR). Estudio cualitativo-cuantitativo para identificar y medir el gen BCR-ABL. Esta prueba amplifica fragmentos de ARN, para que sea más fácil detectarlos y cuantificarlos. De este modo, la anomalía BCR-ABL puede detectarse incluso cuando está presente en un número muy bajo de células. 7.1. ESTADIFICACIÓN. El curso natural de la enfermedad presenta una fase crónica (FC) que evoluciona a una fase blástica o aguda (FB), con similitudes a una leucemia mieloide o linfóide. Entre estas dos fases puede darse una fase de aceleración (FA). FC @FA @FB **Fase Crónica.** Fase donde se encuentran la mayoría de los pacientes al diagnóstico. Caracterizada por un aumento del recuento de leucocitos y esplenomegalia, típicamente con un porcentaje muy bajo de blastos. Tiene una duración variable que oscila entre 1 y 4 años. Es una fase muy sensible a la terapia farmacológica. **Fase Acelerada.** No siempre se observa y sólo se presenta en un 40-45% de los pacientes tras la fase crónica. Aparece anemia, incremento de basófilos y blastos en médula ósea y sangre periférica, enfermedad extramedular (hueso, sistema nervioso central, mucosas, nódulos linfáticos y piel), exacerbación de la esplenomegalia, trombocitosis o trombocitopenia, dolores óseos, fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna. La duración de esta fase es de unos pocos meses, presenta una mediana de supervivencia en torno a 12-18 meses y es menos sensible a la farmacoterapia. A continuación, se describen los criterios que definen la fase acelerada según diferentes organismos internacionales: MD Anderson Cancer Center, Organización Mundial de la Salud y European LeukemiaNet: **Fase Blástica.** Se trata de una transformación a una leucemia aguda, que puede ser mieloide o linfóide. La sintomatología presente es la típica de una leucemia aguda y la duración de esta fase es de algunas semanas. El pronóstico es mucho más desfavorable por su resistencia al tratamiento. La mediana de supervivencia en esta fase es de 6 meses.

Factores pronóstico. Se han estudiado muchos factores pronóstico desfavorables, pero no se

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



ha encontrado ninguno con peso suficiente para definir una estrategia terapéutica específica al inicio. Entre los **factores pronóstico desfavorables**, podemos destacar: Edad avanzada (>60 años), gran tamaño del bazo, trombocitosis, elevado porcentaje de blastos y **anomalías citogenéticas adicionales**. En la actualidad disponemos de tres índices para identificar a los pacientes que pueden tener un peor pronóstico: a. **Índice de Sokal**: Desarrollado por J.E. Sokal en 1984, mide las siguientes variables: Edad del paciente al diagnóstico, tamaño del bazo en centímetros medido por palpación por debajo del reborde costal, recuento total de plaquetas y porcentaje de blastos en sangre periférica (SP) al diagnóstico. Grupos de riesgo: · Riesgo bajo < 0,8. Supervivencia a los 4 años del 62%. · Riesgo intermedio 0,8-1,2. Supervivencia a los 4 años del 43%. · Riesgo alto > 1,2. Supervivencia a los 4 años del 33%. b. Índice de Hasford (Euro Score) c. EUTOS Score.

TRATAMIENTO. Para los pacientes en tratamiento con ITC se han definido tres tipos de respuesta diferente. Los criterios de respuesta al tratamiento son los siguientes: **Respuesta Hematológica**: · Leucocitos < 10 x 10⁹ /L. · Plaquetas < 450 x 10⁹ /L. · Basófilos 35% metafases Ph+. **Respuesta Molecular**: Se evalúa de acuerdo con la Escala Internacional como la proporción de los transcritos de BCR/ABL y transcritos ABL. Se expresa en % de BCR-ABL en una escala logarítmica, donde el 10%, 1%, 0,1%, 0,01%, 0,0032% y 0,001% corresponden a una disminución de 1, 2, 3, 4, 4,5 y 5 logs respectivamente. · **Respuesta Molecular Mayor (RMM)**: Cociente de BCR-ABL respecto a ABL es 0,1% en la escala internacional. · **Respuesta Molecular Completa (RMC)**: Tradicionalmente se define como la no detección de ARNm BCR-ABL por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa. Este término empieza a ser sustituido por el término leucemia molecularmente indetectable, especificando el número de copias de genes control de transcripción. Según este criterio, se puede definir la respuesta molecular (RM) como: Respuesta Molecular 4 (RM4): Presenta alguna de estas características: - BCR-ABL en escala internacional (IS) 0,01%. - BCR-ABL es indetectable y el número de copias de ABL estudiadas es 10.000 o el número de copias de β -glucuronidasa (GUSB) estudiadas es 24.000. Respuesta Molecular 4.5 (RM4.5): Presenta alguna de estas características: - BCR-ABL en escala internacional (IS) 0,0032%. - BCR-ABL es indetectable y el número de copias de ABL estudiadas es 32.000 o el número de copias de GUSB estudiadas es 77.000. Respuesta Molecular 5 (RM5): Presenta alguna de estas características: - BCR-ABL en escala internacional (IS) 0,001%. - BCR-ABL es indetectable y el número de copias de ABL estudiadas es 100.000 o el número de copias de GUSB estudiadas es 240.000. **FÁRMACOS.** 1. **BUSULFÁN** Prácticamente no se utiliza en la actualidad por el perfil de efectos adversos desfavorable que presenta. La dosis inicial es de 0,06 mg/kg/día (máximo 4 mg/día) y de 0,5-2 mg/día para mantenimiento. Puede ser de interés en pacientes de edad avanzada con mala tolerancia a Hidroxiurea e imatinib. 2. **HIDROXIUREA.** Útil para producir una disminución del recuento leucocitario, especialmente si las cifras son excesivamente altas, antes de pasar a otras opciones terapéuticas. Puede ser una alternativa para pacientes que no toleran ITC, aunque no modifica la progresión de la enfermedad a fase blástica. La dosis inicial suele ser de 30-60 mg/kg/día, para pasar luego a dosis de 15-30 mg/kg/día, ajustándose posteriormente en función del recuento de leucocitos. 3. **INTERFERÓN ALFA.** Se utiliza a dosis de 4-5 MU/m² /día para administración subcutánea y su uso está limitado por el perfil desfavorable de reacciones adversas. Puede administrarse junto con citarabina a dosis bajas y puede considerarse el uso del derivado pegilado. Al igual que Hidroxiurea, puede ser útil para pacientes no tolerantes o resistentes a los ITC y que no son candidatos a trasplante alogénico, pero, a diferencia de ésta, interferón alfa produce un aumento de la supervivencia y puede alcanzar respuestas hematológicas y citogenéticas, retrasando la aparición de la fase blástica. 4. **IMATINIB.** Es el primer ITC que fue aprobado en 2002 por la agencia reguladora americana Food and Drug Administration (FDA). Está indicado en pacientes con LMC cromosoma Ph+ de diagnóstico reciente para los que no se considera como tratamiento de primera línea el trasplante de médula ósea y en fase crónica tras el fallo del tratamiento con interferón-alfa, o en fase acelerada o crisis blástica. Es un fármaco de administración oral, indicado en primera línea de la LMC en fase crónica a una dosis de 400 mg/día. Puede aumentarse la dosis a 600 mg/día ó 800 mg/día (administrados en

HUGO ELIECER MARTÍNEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



dosis de 400 mg dos veces al día) en determinadas situaciones como son: progresión de la enfermedad, no conseguir respuesta terapéutica adecuada, o pérdida de respuesta una vez alcanzada. A dosis más elevadas es más frecuente la aparición de eventos adversos, con lo que es recomendable la monitorización estrecha del paciente. **M** Si la CML está respondiendo bien al tratamiento, tres meses después de iniciar el tratamiento, el paciente debe tener: 1. Una respuesta hematológica completa (CHR), y 2. Algún tipo de respuesta citogenética, y/o 3. Una reducción del número de copias de *BCR-ABL* en la prueba de PCR en un 90% o más. 5. DASATINIB. 6. NILOTINIB 7. BOSUTINIB. 8. PONATINIB 9. OMACETAXINA.

MONITORIZACIÓN DE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA (ITC) SEGÚN LA EUROPEAN LEUKEMIANET. Se ha demostrado que la respuesta a los ITC es el factor pronóstico más importante. Por lo tanto, se han definido diferentes situaciones para ayudarnos a la toma de decisiones en función de la respuesta obtenida en los tiempos programados. 1. Respuesta óptima: Según los resultados actuales disponibles sobre la evolución de los pacientes con ese grado de respuesta, la supervivencia a largo plazo va a ser adecuada y no implica cambio en el tratamiento. 2. Signos de alarma, alerta o warnings: Sustituye a la antigua situación conocida como "respuesta subóptima". La aparición de estos signos indica que el ITC puede que no consiga una respuesta adecuada. Es imprescindible una monitorización más estrecha del paciente. 3. Fallo o fracaso: Continuar con el mismo tratamiento y misma dosis no es adecuado para el paciente. Se debe plantear un cambio en el tratamiento para evitar o limitar el riesgo de progresión o muerte. 8.3. **TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.** El único tratamiento con capacidad curativa hasta el momento para los pacientes con LMC es el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH). El alo-TPH consiste en la sustitución de los precursores de las células sanguíneas del paciente por los de un individuo sano compatible a nivel de los antígenos de histocompatibilidad (HLA), generalmente un hermano o, en caso de no ser posible, un donante voluntario no familiar pero que sea HLA compatible. Por otra parte, los precursores se pueden obtener de la médula ósea, de la sangre o de un cordón umbilical. Los pacientes jóvenes que reciben un alo-TPH de un donante familiar idéntico en la fase inicial de la enfermedad presentan una supervivencia libre de enfermedad a los cinco años del 60% al 85%. Existe entre un 5% y un 15% de recaídas tras el trasplante, pudiéndose tratar transfundiéndolo al paciente linfocitos del donante o con fármacos inmunomoduladores o inhibidores de tirosina cinasa. 8.4. **INMUNOTERAPIA** El control de la LMC por el sistema inmune, al igual que en otras hemopatías malignas, es bien conocido y tiene su mejor exponente en el trasplante de progenitores hematopoyéticos, cuya acción se basa en el efecto injerto contra leucemia. · Uno de los fármacos más conocidos y que se está estudiando en combinación con los ITC es el interferón-alfa. 8.5. **ADHERENCIA** El cumplimiento terapéutico tiene especial interés en aquellos tratamientos que se han de realizar indefinidamente y, sobre todo, si los pacientes sufren efectos secundarios, ya que con el transcurso del tiempo el grado de adherencia puede disminuir. En el caso de los pacientes con LMC, el estudio ADAGIO mostró que solamente un 14,2% de los pacientes fueron perfectamente adherentes al tomar el 100% de las dosis de imatinib prescritas y entre los pacientes con respuesta subóptima hubo más porcentaje de pacientes no adherentes que entre los que tenían respuesta óptima (23,2% vs 7,3% $p=0,005$)⁴⁵. Otro estudio demostró en pacientes con LMC tratados con imatinib durante algunos años que la mala adherencia puede ser la razón predominante para la incapacidad de obtener respuestas moleculares adecuadas. 8.6. **INTERRUPCIÓN DE TRATAMIENTO.** Actualmente no se recomienda la interrupción del tratamiento con ITC en ausencia de falta de eficacia o intolerancia al tratamiento. Se han realizado estudios con imatinib en los que a pacientes con RMC al menos durante dos años se les interrumpía el tratamiento. Se observó que aproximadamente un 40% de los pacientes mantenían el mismo grado de respuesta a un seguimiento de 1 a 4 años. Casi todos los que tuvieron alguna recaída molecular recuperaron el mismo nivel de respuesta cuando se volvió a instaurar imatinib. Los datos aún son insuficientes, pero puede ser importante en las mujeres fértiles, ya que el embarazo está contraindicado durante el tratamiento con los ITC.

Recomendaciones para el tratamiento en fase crónica. Primera línea: · Imatinib o nilotinib o dasatinib. · Buscar hermanos y pacientes HLA compatibles, solo en caso de

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



advertencias/kartings basales (alto riesgo, ruta mayor ACA/Ph+). **Segunda línea, intolerancia al primer ITC.** · Cualquiera de los otros ITC aprobados en primera línea (imatinib, nilotinib, dasatinib). Segunda línea, fracaso a imatinib en primera línea. · Dasatinib o nilotinib. Otras opciones pueden ser bosutinib o ponatinib (· Buscar hermanos y pacientes HLA compatibles. Segunda línea, fracaso a dasatinib/nilotinib en primera línea. · Nilotinib/dasatinib (respectivamente) o bosutinib o ponatinib. · Buscar hermanos y pacientes HLA compatibles; buscar donante no emparentado; considerar alo-TPH. Tercera línea, fracaso y/o intolerancia a dos ITC. · Cualquiera de los ITC restantes; se recomienda alo-TPH en todos los pacientes elegibles. Cualquier línea, mutación T315I. · Ponatinib. · Buscar hermanos y pacientes HLA compatibles; buscar donante no emparentado; considerar alo-TPH. **8.7. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA LMC EN FASE ACELERADA O CRISIS BLÁSTICA.** Nuevos diagnósticos en FA y FB, no tratados con ITC · Imatinib 400 mg/12 h o dasatinib 70 mg/12 h (también 140 mg/día). · A continuación, alo-TPH para todos los pacientes en FB y para aquellos en FA y que no han alcanzado una respuesta óptima. Puede ser necesario el empleo de quimioterapia antes del alo-TPH para el control de la enfermedad. Pacientes pretratados con ITC en fase crónica que han progresado a FA y FB · Cualquiera de los ITC que no han sido utilizados previamente (ponatinib, puede ser una alternativa en caso de estar presente la mutación T315I). · A continuación, alo-TPH en todos los pacientes. Frecuentemente es necesario el uso de quimioterapia para poder llevar a cabo el aloTPH. Nilotinib no dispone todavía de indicación en crisis blásticas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a la información disponible y aportada, en su mayoría de resúmenes de historia clínica, En el presente caso la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO, de 24 años, acudió a una primera consulta ambulatoria con el servicio de Medicina Interna del Hospital San Félix de La Dorada el día 20 de abril de 2016 a las 07:23, a donde fue referida por presentar una leucocitosis de 106.000/mm³ con linfocitosis, anemia micro citica e hipocrómica con hemoglobina de 10.7grs/dl, con un cuadro clínico de 2 meses de evolución de pérdida de peso, dolor en hipocondrio izquierdo, fiebre subjetiva, malestar general, astenia, adinamia y artralgias. La paciente fue ingresada al Hospital San Félix de La Dorada con sospecha clínica y paraclínica de síndrome genético a estudio más leucemia linfoblástica aguda para la realización de exámenes complementarios y remisión a mayor nivel de complejidad, con consulta por la especialidad de Hematología. Los paraclínicos de ingreso reportaron LDH 593, hemograma con leucocitos 127.000, neutrófilos 87, hemoglobina 11, hematocrito 33, trombocitosis 633.000. En el frotis de sangre periférica: anisocitosis con predominio de microcitos, hipocromía moderada, poiquilocitosis moderada con presencia de anulocitosis. El reporte de TAC abdominal mostró una esplenomegalia moderada, el reporte de ecografía abdominal: esplenomegalia, atrofia de genitales internos. El 22 de abril de 2016 a las 14:03 horas fue remitida a la Clínica Somer de Rionegro. Duración de la estadía en el Hospital San Félix de La Dorada: 2 días 5 horas.

Esta atención en el Hospital San Félix de La Dorada, se ajusta a la norma de atención, fue adecuada y oportuna para un cuadro clínico con leucocitosis mayor a 100.000/mm³ con linfocitosis, anemia microcítica e hipocrómica, esplenomegalia y síntomas inespecíficos. La paciente fue ingresada al Hospital San Félix de La Dorada para la realización de exámenes complementarios y la remisión a mayor nivel con consulta por la especialidad de Hematología. Fue oportuna la atención y el trámite de remisión a institución hospitalaria de tercer nivel (clínica Somer de Rionegro). La duración de la estadía en el Hospital San Félix de La Dorada: 2 días 5 horas.

La historia clínica de atención en la Clínica Somer no fue aportada. Fueron aportados resúmenes de las historias clínicas de la Clínica Oncólogos de Occidente SAS desde el 20 de junio de 2016 hasta el 22 de diciembre de 2016, fecha del fallecimiento de la paciente.

En el resumen de las historias clínicas de la Clínica Oncólogos de Occidente SAS en la fecha

HUGO ELIECER MARTINEZ GABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



20 de junio de 2016 12:13 horas se lee: "sospecha de leucemia aguda por hiperleucocitosis, anemia, ecografía con evidencia de esplenomegalia, estudiada en la clínica Somer por hematología, con estudio medular, PCR/ABL 8.3% y cariotipo (46XY, t9:22, q34, q11.2) (24). Se inició manejo médico el 04/05/2016 con Imatinib 400 mg/día". Antecedentes: patológicos: hipoplasia genital, síndrome Swyer (disgenesia gonadal 46XY). La paciente ingresó el 20 de junio de 2016 12:13 horas en buen estado general a la Clínica Oncólogos de Occidente SAS "en fase crónica de leucemia mieloide con un Score Sokal bajo con buena respuesta clínica con regular tolerancia al Imatinib. La paciente había logrado respuesta hematológica con leve toxicidad por anemia y trombocitopenia leve. Fue iniciado tratamiento con ácido fólico". *

La paciente asistió a tres controles mensuales desde el 25/07/2016 al 27/10/2016.

En el primer control de fecha 25/07/2016 se registró buena adherencia a Imatinib con cefalea ocasional, astenia y molestias osteo musculares en extremidades inferiores. Examen físico sin alteración. Cuadro hemático con hemoglobina 11.4, LDH elevada. Resultado medula ósea del (28/04/2016) aumento de línea granulocítica en todos los estadios de maduración más basofilia, CMF: blastos 2.2%. Se solicitó PCR BCL/ABL, para valorar respuesta molecular temprana. Se continuó tratamiento con Imatinib + ácido fólico. Control en 1 mes. En la llamada de seguimiento del programa de adherencia del 27 de julio de 2016 se menciona que la paciente está en tratamiento quimio oral 3 meses, sin embargo, a espera de entrega de medicamento. (no hay claridad si el medicamento se había terminado y si fuese así cuantos días estuvo la paciente sin medicamento o si estaba esperando la entrega del medicamento previendo que no se le acabara). Escala Morisky=4 puntos, el cual no se desagrega, es decir, no se indica las preguntas realizadas de tal manera que se logre determinar el denominador y si el único factor era el no suministro del medicamento por la EPS o, si se asociaban otros, tal como los descritos en la referida escala, esto es, derivados de la misma paciente. Las preguntas que incluye la Escala de Morisky son las siguientes: "1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces? Sí No 2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día? Sí No 3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decirselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba? Sí No 4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces? Sí No 5. ¿Se tomó sus medicinas ayer? Sí No 6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces? Sí No 7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento? Sí No 8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente.... Siempre". En el control del 25 de agosto de 2016 la paciente refirió dolor abdominal no especificado en el resumen de historia. Con cuadro hemático con plaquetas 116.000 y hemoglobina de 10.9 resto sin alteración. LDH elevada 4778. Examen físico: palidez muco cutánea, resto sin alteraciones. Score Sokal bajo persiste con datos de leve toxicidad por anemia y trombocitopenia leve. Desaparición de esplenomegalia. Excelente respuesta en los 3 meses de tratamiento, alcanzando respuesta molecular temprana.

En la nota de llamada de seguimiento del día 27 de octubre de 2019 se lee: "tratamiento entregado por EPS en Dorada, Caldas (médico de EPS transcribe formulación realizada por hematólogo). Morisky adherente".

En el resumen de historia clínica del control de fecha 27 de octubre de 2016 mencionan que la paciente persiste con molestias osteomusculares y mareo. El examen físico es normal. El hemograma muestra hemoglobina 10.3, hematocrito 31, leucocitos 4.400, Neutrófilos: 1600, plaquetas: 166.000. TGO 25.7 TGP 18.9. Ácido úrico 4.9. Amilasa 40.2. DHL: 625. Solicitan aspirado de médula ósea y PCR BCL/ABL con control en 1 mes.

De acuerdo a la información disponible en los resúmenes de historia clínica de la Clínica Oncólogos de Occidente la atención en los controles mensuales se ajusta a la norma de atención, fue adecuada y oportuna para un cuadro clínico de una leucemia mieloide crónica en la fase crónica. El tratamiento fue el adecuado, con un inhibidor de la tirosina-kinasa como el

HUGO ELIECER MARTÍNEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



Imatinib (medicamento de elección). Para el 25 de agosto de 2016 se menciona en los resúmenes aportados de la historia clínica que se obtuvo "Excelente respuesta en los 3 meses de tratamiento, alcanzando respuesta molecular temprana". En la valoración del 28 de octubre de 2016 se menciona que el examen físico fue normal y se solicitaron aspirado de médula ósea y PCR BCL/ABL con control en un mes.

En la documentación aportada hay un vacío en cuanto a la evolución clínica la paciente y se desconoce los motivos por los que la paciente no asistió al control del mes de noviembre de 2016 y si se practicó los exámenes solicitados. No hay información sobre la entrega del medicamento en los meses de noviembre y diciembre de 2016.

La paciente acude a consulta el 18 de diciembre de 2016 a las 01:52 pm al Hospital San Félix de La Dorada por cuadro clínico de 3 días de evolución de fiebre no cuantificada, sensación de astenia, mareo, náuseas y cefalea holocraneana. A las 15:35 horas fue ingresada al Hospital San Félix de La Dorada para práctica de exámenes paraclínicos de control. El hemograma mostró marcada leucocitosis de 148.430, anemia de volúmenes normales, trombocitopenia 68.000 con función renal conservada. La examinada aportó hemograma del 12/12/2016, es decir, seis días antes, con leucocitos en cantidad normal (7.8) por lo que se solicitó repetir hemograma, LDH, es hospitalizada por medicina interna con sospecha de dengue sin signos de alarma. El examen físico es descrito como normal. La paciente ingresó con leucocitosis y trombocitopenia en el hemograma en aceptables condiciones generales, afebril (36.5°C). La paciente fue valorada por medicina interna el 19 de diciembre a las 07:49 que estableció diagnóstico recaída de leucemia mieloide con anotación de 5 días sin recibir medicamento Imatinib y que el Hospital San Félix de La Dorada tampoco cuenta con dicho medicamento. El 20 diciembre del 2016 horas 17:07 fue valorada por medicina interna. La paciente se encontraba en regulares condiciones generales. El médico internista consideró que la paciente cursaba con leucemia mieloide crónica en manejo con Imatinib al parecer con suministro irregular del medicamento. Realizaron paraclínicos de control del día 20 de diciembre de 2016 que reportaron leucocitosis (aumento de leucocitos): 200.000, hemoglobina 9, hematocrito 29.0, plaquetas 80,000, linfocitos 90%, monocitos 1%, neutrófilos % 9.0 con persistencia de bicitopenia, plaquetas en rango de seguridad, sin embargo, por la presencia de síndrome mieloproliferativo no hay indicación de transfusión por riesgo inminente de urgencia tromboembólica; en el momento con función renal conservada, pero sin disponibilidad de electrolitos en la institución lo cual no descartaba urgencia oncológica. La paciente se encontraba en regulares condiciones generales, vómito persistente, picos febriles aislados, con evidente actividad leucoblástica por lo que se inicia trámite de remisión de tercer nivel para iniciar terapia biológica; Se continuó la hidratación, se solicitó función renal de control. Se contempló solicitar a los familiares realizar electrolitos de forma particular.

El 20 de diciembre de 2016 a las 17:29 la paciente presentó dolor intenso en zona lumbar derecha irradiada a hemiabdomen ipsilateral. El 21 de diciembre de 2016 a las 13:10 horas fue valorada por medicina interna. En horas de la mañana la paciente había presentado deterioro clínico, general con hematuria franca asociada a hemorragia subconjuntival y petequias generalizadas, febril, con dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho con puño percusión positiva derecha, no signos de irritación peritoneal, con control de función renal en BUN 5.4, creatinina 0.66 urea, 11.6, dentro de rangos de normalidad. La paciente se encontraba en regulares condiciones generales, vómito persistente, picos febriles aislados, en crisis aguda de la leucemia mieloide crónica. En el Hospital San Félix de La Dorada realizan maniobras de soporte con lo que se dispone acorde al nivel de atención y buscan remitir a nivel de mayor complejidad. Se logra la remisión el 21 de diciembre de 2016 a las 14:44 horas al segundo día del inicio de los tramites. La paciente es remitida y según nota de enfermería la paciente ingresa a Clínica Oncólogos de Occidente el 21 de diciembre de 2016 a las 20:30 horas en regulares condiciones generales.


HUGO ELIECER MARTÍNEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



De acuerdo a la información disponible en el resumen aportado de la historia clínica del Hospital San Félix de La Dorada, la examinada estuvo hospitalizada desde el 18 de diciembre de 2016 a las 15:45 hasta el 21 de diciembre de 2016 hasta las 14:44 aproximadamente (no está claro en los resúmenes la hora de salida), total de la estadía en el Hospital San Félix de La Dorada alrededor de 72 horas. No se contó con la historia completa de atención de la historia clínica del Hospital San Félix de La Dorada, fueron aportados resúmenes de la atención.

De acuerdo a la información aportada en los resúmenes de la historia clínica del Hospital San Félix de La Dorada la paciente acudió a consulta ambulatoria el día el 18 de diciembre de 2016 a las 01:52 pm y ese mismo día a las 15:35 horas fue hospitalizada por un cuadro clínico de 3 días de evolución de fiebre no cuantificada, sensación de astenia, mareo, náuseas y cefalea holocraneana. Durante su hospitalización fue valorada en varias ocasiones por la especialidad de medicina interna que estableció que la paciente presentaba una recaída de leucemia mieloide crónica con tratamiento irregular con Imatinib 400mg/día con un aumento progresivo de la leucocitosis (de 148430 a 200000) y trombocitopenia (68000 a 80.000). La paciente se encontraba en regulares condiciones generales, vómito persistente, picos febriles aislados, con evidente actividad leucoblástica por lo que se inició trámite de remisión de tercer nivel para iniciar terapia biológica el día 20 de diciembre de 2016.

En horas de la mañana del 21 de diciembre de 2016 la paciente había presentado deterioro clínico general con hematuria franca asociada a hemorragia subconjuntival y petequias generalizadas, febril, con dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho. No se pudo realizar transfusión por riesgo inminente de urgencia tromboembólica. La paciente fue remitida al día siguiente del inicio de los trámites de remisión a centro hospitalario de tercer nivel.

De acuerdo a la información aportada la paciente ingresó al Hospital San Félix con una recaída de leucemia mieloide crónica con tratamiento irregular con Imatinib 400mg/día con un aumento progresivo de la leucocitosis (de 148430 a 200000) y trombocitopenia (68000 a 80.000). La paciente se encontraba en regulares condiciones generales con vómito persistente, picos febriles aislados, con evidente actividad leucoblástica. De acuerdo a la norma de atención, la paciente requería medidas de soporte, practica de exámenes complementarios y el traslado a una institución hospitalaria de tercer nivel de atención especializada y de ser necesario traslado a la unidad de cuidados intensivos. De acuerdo a la información aportada en el resumen de historia clínica fue oportuna la atención y la remisión a la institución hospitalaria de tercer nivel. El deterioro clínico presentado por la paciente era predictor de mal pronóstico.

El cuadro clínico descrito en resumen aportado de la historia clínica con franco deterioro clínico general correspondería a una paciente que requiere tratamiento de emergencia y cuidados intensivos y deben ser atendidos en un tercer nivel. En el Hospital San Félix de La Dorada realizan maniobras de soporte con lo que se disponía acorde al nivel de atención y buscaron remitir a un hospital de un nivel mayor complejidad como es la Clínica Oncólogos de Occidente SAS. De acuerdo a la información aportada la paciente estuvo 72 horas aproximadamente en el Hospital San Félix de La Dorada, la atención fue oportuna a la norma para una paciente con leucemia mieloide crónica que ingresó con leucocitosis, trombocitopenia con franco deterioro de su estado clínico general y hematológico. La adherencia al tratamiento se sale del control por parte del médico tratante y, en este caso en particular, no se tiene información necesaria para afirmar que el único factor que incidió en ello fue el no suministro del Imatinib o si se asociaron otros factores derivados de la misma paciente.

Información tomada del resumen aportado de historia clínica de Clínica Oncólogos de Occidente:

Atención en Clínica Oncólogos de Occidente de Manizales. 22 de diciembre de 2016. Sin hora de ingreso anotada. Egreso: 22 de diciembre de 2016 hora: 15:15. La paciente ingresó con un cuadro clínico de 7 días de evolución consistente de malestar general, asociado a fiebre, cefalea, emesis a repetición y mialgias con "ausencia de consumo de Imatinib por la no dispensación del mismo por parte de la EPS" (folio 33). Con hiperleucocitosis 200.000, anemia (hemoglobina 9) y bicitopenia 80.000. Ingresó en malas condiciones generales, desaturada con

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



petequias generalizadas, hemorragia conjuntival, hematemesis y fiebre de 39°C a la cual administraron Dipirone durante traslado y no realizaron toma de hemocultivos en el Hospital San Félix de La Dorada. Al examen físico con signos vitales: FC 92, TA: 110/60, FR: 26, T: 38.2°C, Sat: 90%. Examen físico: somnolienta, pero alertante. Mucosa oral con múltiples lesiones tipo purpura húmeda + Herpes labial + hipofagmia bilateral. Murmullo vesicular bibasal disminuido. Abdomen con dolor generalizado, predominio en hipocondrio derecho, abdomen de difícil valoración por dolor, presencia de hepatomegalia. Extremidades sin edemas, pero con petequias. Se documenta en historia clínica alto riesgo de complicaciones fatales como delirium, hemorragia alveolar y muerte. Manejo con Cefepime, se solicitan hemocultivos + PCR + Procalcitonina por riesgo de infección. Se sospecha diátesis hemorrágica de presunto origen plaquetario y coagulopático, se realiza corrección con transfusión de plaquetas y plasma fresco 3 UI. con aumento de anemia quien requiere de transfusión. Se solicita traslado a UCI. 22/12/2016: Paciente con leucemia mieloide crónica. Filadelfia positiva-Imatinib dispensado con irregularidad. Ingresó en malas condiciones con diátesis hemorrágica de origen plaquetario y coagulopático y anemia quien requirió de transfusión tanto de glóbulos rojos como de plaquetas y plasma fresco. Ecografía de abdomen con hepato y esplenomegalia. TAC de cráneo sin alteración, sin sangrado. Hipokalemia severa con reposición por catéter central. Persistencia de fiebre por lo que se solicita hemocultivos y se inicia antibioticoterapia. Se solicita PCR y se inicia proceso para traslado a UCI. Presentó delirium con deterioro clínico al momento de trasladar a UCI aumento de esfuerzo respiratorio por lo que se consideró realizar IOT. Presenta paro cardiorrespiratorio, se activa cadena de emergencia (RCP), se inicia ventilaciones y compresiones, posterior se identifica fibrilación ventricular. Se inició desfibrilación y 1 amp de Adrenalina, se continuó reanimación y posterior presentó asistolia por lo que durante manejo de reanimación se administraron 8 ampollas de Adrenalina y 6 ampollas de Bicarbonato, posteriormente se evidenció por intubación orotraqueal la presencia de secreciones serohemáticas y además la presencia de epistaxis. Se realizó reanimación por 17 minutos, se inició reanimación a las 14:58 horas y paciente falleció a las 15:15 horas.

En los exámenes complementarios en la ecografía de abdomen se observaron hepatomegalia y esplenomegalia. El TAC de cráneo sin alteración, sin sangrado. Hipokalemia severa con reposición por catéter central. Debido a la persistencia de la fiebre se solicitaron hemocultivos y se inició antibioticoterapia. Se solicitó PCR y se inició proceso para traslado a UCI. Presentó delirium con deterioro clínico al momento de trasladar a la UCI aumento de esfuerzo respiratorio por lo que se consideró realizar intubación orotraqueal. Presentó paro cardiorrespiratorio, se realizaron maniobras de emergencia de resucitación cardio pulmonar durante 17 minutos y la paciente falleció a las 15:15 horas. En la intubación orotraqueal se observó la presencia de secreciones serohemáticas y además la presencia de epistaxis.

La paciente LIZETH MEJIA CUERVO ingresó en malas condiciones generales con deterioro clínico general con diátesis hemorrágica de origen plaquetario y coagulopático y anemia, que requirieron manejo con transfusión tanto de glóbulos rojos como de plaquetas y plasma fresco. El deterioro clínico presentado por la paciente era predictor de mal pronóstico. En el resumen de historia clínica se menciona el alto riesgo de complicaciones fatales como delirium, hemorragia alveolar y muerte. En la Clínica Oncólogos de Occidente se realizaron exámenes complementarios como ecografía abdominal, TAC cerebral, se solicitaron hemocultivos y se inició antibioticoterapia. Se solicitó PCR. Se inició traslado a la unidad de cuidados intensivos.

El análisis se hace con base en un resumen de la historia clínica y no de la historia completa ya que ésta, no se aportó. La atención en salud brindada en la Clínica Oncólogos de Occidente fue la esperada por la norma de atención para una paciente que ingresó en estado crítico en una paciente con leucemia mieloide crónica con diátesis hemorrágica de origen plaquetario y coagulopático. La paciente recibió atención en una institución hospitalaria de tercer nivel de atención especializada e iba a ser trasladada a la unidad de cuidados intensivos cuando presentó el paro cardiorrespiratorio. El deterioro clínico presentado por la paciente era predictor de mal pronóstico.

CONCLUSIÓN

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



De acuerdo a la información contenida en los resúmenes aportados de las historias clínicas del Hospital San Félix de La Dorada. El día 20 de abril de 2016 la paciente LIZETH MEJIA CUERVO de 24 años acudió a consulta ambulatoria con la especialidad de medicina interna por presentar síntomas inespecíficos, tener un hemograma de control con una leucocitosis mayor a 100.000/mm³ con linfocitosis, anemia microcítica e hipocrómica y esplenomegalia. Fue ingresada al Hospital San Félix de La Dorada con sospecha clínica y paraclínica de síndrome genético a estudio más leucemia linfoblástica aguda para la realización de exámenes complementarios y remisión a mayor nivel con consulta por la especialidad de Hematología. La atención se ajustó a la norma de atención, fue adecuada y oportuna para un cuadro clínico con leucocitosis mayor a 100.000/mm³ con linfocitosis, anemia microcítica e hipocrómica, esplenomegalia y síntomas inespecíficos. Fue oportuna la atención y el trámite de remisión a institución hospitalaria de tercer nivel (clínica Somer de Rionegro). La duración de la estadía en el Hospital San Félix de La Dorada: 2 días 5 horas.

No se aportó la historia clínica de la Clínica Somer de Rionegro. De acuerdo a la información contenida en el resumen aportado de la Clínica Oncólogos de Occidente, se extrae que la paciente fue estudiada en la clínica Somer por hematología, con estudio medular, PCR/ABL 8.3% y cariotipo (46XY, t(9;22), q34, q11.2) (24). Se inició manejo médico el 04 de mayo de 2016 con Imatinib 400 mg/día. Como antecedentes patológicos relevantes: hipoplasia genital, síndrome Swyer (disgenesia gonadal 46XY).

La paciente ingresó el 20 de junio de 2016 12:13 horas a la Clínica Oncólogos de Occidente SAS en buen estado general "en fase crónica de leucemia mieloide con un Score Sokal bajo con buena respuesta clínica con regular tolerancia al Imatinib. La paciente había logrado respuesta hematológica con leve toxicidad por anemia y trombocitopenia leve. Fue iniciado tratamiento con ácido fólico". Se desconoce el tiempo de hospitalización o atención en la Clínica Oncólogos de Occidente SAS. Fue citada para un control dentro de un mes. La atención se ajusta a la norma de atención, fue adecuada y oportuna para un cuadro clínico de una leucemia mieloide crónica en la fase crónica. El tratamiento fue el adecuado, con un inhibidor de la tirosina-kinasa como el Imatinib que es el medicamento de elección.

La paciente asistió a tres controles mensuales desde el 25 de julio de 2016 al 27 de octubre de 2016. De acuerdo a la información disponible en los resúmenes de historia clínica la atención en los controles mensuales se ajusta a la norma de atención, fue adecuada y oportuna para un cuadro clínico de una leucemia mieloide crónica en la fase crónica y al deber de cuidado como lo reflejan los controles mediante llamadas. El tratamiento fue el adecuado, con un inhibidor de la tirosina-kinasa como el Imatinib (medicamento de elección).

En la documentación aportada hay un vacío en cuanto a la evolución clínica de la paciente posterior al último control de octubre de 2016 y se desconoce las razones por las que la paciente no asistió al control del mes de noviembre de 2016 y si se practicó los exámenes solicitados. Hay un registro de entrega del medicamento por médico de la EPS en el 20 de octubre de 2016 (folio 32). No hay información sobre la entrega del medicamento en los meses de noviembre y diciembre hasta su ingreso al Hospital San Félix de La Dorada, lo cual se encuentra fuera del alcance de esta respuesta. En la información aportada no se encontró información acerca de la continuación el tratamiento en los meses de noviembre y diciembre de 2016.

De acuerdo a la información disponible en el resumen aportado de la historia clínica del Hospital San Félix de La Dorada, la examinada estuvo hospitalizada desde el 18 de diciembre de 2016 a las 15:45 hasta el 21 de diciembre de 2016 hasta las 14:44 aproximadamente, total de la estadía en el Hospital San Félix de La Dorada alrededor de 72 horas. No se contó con la historia clínica completa de atención del Hospital San Félix de La Dorada, ya que el material recibido para estudio, correspondieron a resúmenes de la atención.

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



De acuerdo a la información aportada la paciente ingresó al Hospital San Félix con una recaída de leucemia mieloide crónica con referencias al parecer de un tratamiento irregular con Imatinib 400mg/día. La paciente se encontraba en regulares condiciones generales con evidente actividad leucoblástica. De acuerdo a la norma de atención, la paciente requería medidas de soporte, practica de exámenes complementarios y el traslado a una institución hospitalaria de tercer nivel de atención especializada y de ser necesario traslado a la unidad de cuidados intensivos. De acuerdo a la información aportada en el resumen de historia clínica fue oportuna la atención y la remisión a la institución hospitalaria de tercer nivel. El deterioro clínico presentado por la paciente era predictor de mal pronóstico. Está por fuera del alcance de la actuación pericial determinar las razones de la adherencia al tratamiento (Imatinib), es decir, si fue suministrado regularmente o se asociaron otros factores que pudieron incidir en la descompensación.

El traslado de la paciente fue solicitado alrededor de las 48 horas de haber sido hospitalizado y fue realizado el 22 de diciembre de 2016 al día siguiente de haber sido solicitado según la información aportada en el resumen de la historia clínica de atención en el Hospital San Félix de La Dorada.

Atención en Clínica Oncólogos de Occidente de Manizales. 22 de diciembre de 2016. Sin hora de ingreso anotada. Egreso: 22 de diciembre de 2016 hora: 15:1. La paciente LIZETH MEJIA CUERVO ingresó en malas condiciones generales con deterioro clínico general. El deterioro clínico presentado por la paciente era predictor de mal pronóstico. En el resumen de historia clínica se menciona el alto riesgo de complicaciones fatales como delirium, hemorragia alveolar y muerte. En la Clínica Oncólogos de Occidente se realizaron exámenes complementarios como ecografía abdominal, TAC cerebral, se solicitaron hemocultivos y se inició antibioticoterapia. Se solicitó PCR. Se inició traslado a la unidad de cuidados intensivos.

El análisis se hizo con base en un resumen de la historia clínica y no de la historia completa. La atención en salud brindada en la Clínica Oncólogos de Occidente fue la esperada por la norma de atención para una paciente que ingresó en estado crítico con leucemia mieloide crónica con diátesis hemorrágica de origen plaquetario y coagulopático. La paciente recibió atención en una institución hospitalaria de tercer nivel de atención especializada e iba a ser trasladada a la unidad de cuidados intensivos cuando presentó el paro cardiorrespiratorio. El deterioro clínico presentado al ingreso por la paciente era predictor de mal pronóstico.

En el presente caso llama la atención que, según la información aportada, la paciente tenía excelente respuesta en los 3 meses de tratamiento (de mayo a agosto de 2016), alcanzando respuesta molecular temprana. La paciente no se presentó al parecer al control de noviembre de 2016 y acude hasta el 18 de diciembre de 2016 al Hospital San Félix de La Dorada (casi dos meses después del último control) a donde ingresa con un cuadro febril de 4 días de evolución, al parecer sin toma de la medicación cinco días antes, y con hemograma con leucocitosis y trombocitopenia con posterior deterioro clínico y hematológico con una recaída de la leucemia mieloide crónica en crisis aguda.

En los resúmenes aportados se encontraron registros con menciones que la paciente estaba "a la espera del medicamento" (27/07/2016), "Con documentación de la no administración de medicamento por 5 días (22/12/2016). Paciente no regreso a controles desde el 27/10/2016 (casi dos meses)". En la documentación aportada de los resúmenes de las historias clínicas del Hospital San Félix de La Dorada y la Clínica Oncólogos de Occidente no hay la información necesaria para establecer el tiempo que la paciente estuvo sin la entrega del medicamento y los motivos por los cuales no asistió al control del mes de noviembre de 2016.

Otro aspecto importante es la adherencia al tratamiento. El Imatinib presenta diversos efectos adversos (retención de líquidos, diarrea, calambres musculares y alteraciones de la piel) que a veces obligan a bajar algo la dosis. Es imprescindible que el paciente no olvide de tomar el medicamento Imatinib, dado que si no se toma adecuadamente se reducen las posibilidades de

HUGO ELIECER MARTÍNEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



éxito. En la información aportada hay registros de llamadas de seguimiento del programa de adherencia. En el control del 25/07/2016 se registra buena adherencia al Imatinib con 4 puntos en la Escala de Morisky (son 8 ítems para detectar a los pacientes que no cumplen tratamiento y adherencia). En el control del 27 de octubre de 2016 registran "Morisky: adherente". No se cuenta como fue la adherencia en el mes de noviembre de 2016. El cumplimiento terapéutico tiene especial interés en aquellos tratamientos que se han de realizar indefinidamente y, sobre todo, si los pacientes sufren efectos secundarios, ya que con el transcurso del tiempo el grado de adherencia puede disminuir. En el caso de los pacientes con LMC, el estudio ADAGIO mostró que solamente un 14,2% de los pacientes fueron perfectamente adherentes al tomar el 100% de las dosis de imatinib prescritas y entre los pacientes con respuesta subóptima hubo más porcentaje de pacientes no adherentes que entre los que tenían respuesta óptima (23,2% vs 7,3% $p=0,005$)⁴⁵. Otro estudio demostró en pacientes con LMC tratados con imatinib durante algunos años que la mala adherencia puede ser la razón predominante para la incapacidad de obtener respuestas moleculares adecuadas.

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

a. Cuáles fueron las causas médicas y de atención que incidieron en el fallecimiento de LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO, acaecida el 22 de diciembre de 2016, en el Hospital ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A. determinando si se presentó alguna falla en la prestación del servicio médico a dicha paciente. RESPUESTA: La paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO con leucemia mieloide crónica Philadelphia positivo ingresó a la Clínica Oncólogos de Occidente SAS en malas condiciones generales con deterioro clínico general con sospecha de diátesis hemorrágica de presunto origen plaquetario y coagulopático, anemia (hemoglobina de 9) con hiperleucocitosis de 200.000. La paciente ingresó desaturada somnolienta, pero alertante, con petequias generalizadas, hemorragia conjuntival, hematemesis, fiebre de 39°C. En la mucosa oral con múltiples lesiones tipo púrpura, herpes labial y hemorragias conjuntivales bilaterales, abdomen con dolor generalizado de predominio en hipocondrio derecho con presencia de hepatomegalia. En el resumen de la historia clínica registran alto riesgo de complicaciones fatales como delirium, hemorragia alveolar y muerte). Se requirió transfusión de glóbulos rojos, plaquetas y plasma fresco. En la ecografía de abdomen se observó hepato y esplenomegalia, el TAC de cráneo sin alteración sin sangrado. Hipokalemia severa. Persistencia de fiebre, solicitan hemocultivos e inician antibioticoterapia. Presentó delirium con deterioro clínico al momento de trasladar a UCI (El delirium es un estado de confusión mental que a veces tienen los pacientes de cáncer, en especial de cáncer avanzado. Este estado también se llama síndrome agudo de confusión). Presentó paro cardiorrespiratorio y no respondió a las maniobras de resucitación cardiopulmonar y falleció. En el presente caso se desconoce si fue practicada una autopsia clínica. Las diátesis hemorrágicas son un conjunto de desórdenes en diferentes patologías donde ocurre un trastorno de la coagulación de la sangre que se manifiesta principalmente por una ausencia de coagulación y por hemorragias importantes que pueden causar la muerte. Por lo tanto, se infiere que la probable causa de muerte sea una hemorragia derivado de la agudización o fase blástica de la leucemia mieloide crónica. El deterioro clínico presentado por la paciente era predictor de mal pronóstico.

b. Si la falta de suministro de medicamentos a la paciente de LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO por parte de la NUEVA EPS S.A. y concretamente el medicamento IMATINIB 400mg/día en forma oportuna como lo había ordenado el médico tratante, incidió en su fallecimiento. RESPUESTA: En la información aportada de resúmenes de las historias clínicas del Hospital San Félix de La Dorada y la Clínica Oncólogos de Occidente, hay algunos registros de que el medicamento Imatinib fue dispensado con irregularidad. Según la información aportada, la paciente tenía excelente respuesta en los 3 meses de tratamiento (de mayo a agosto de 2016), alcanzando respuesta molecular. Hay un vacío en la información aportada sobre la evolución clínica de la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO desde el 27 de octubre de 2016 hasta el 18 de diciembre de 2016 y se desconocen las razones por las que la

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

Nº.: UBAMZ-DSC-00430-2021



paciente no asistió al control del mes de noviembre de 2016 y si se practicaron los exámenes solicitados. No hay información sobre la entrega del medicamento en los meses de noviembre y diciembre de 2016, así como la adherencia al tratamiento durante esos últimos meses. De acuerdo a la información aportada en los resúmenes de las historias clínicas del Hospital San Félix de La Dorada y la Clínica Oncólogos de Occidente, no hay claridad sobre cuál fue el tiempo exacto o la duración de los intervalos en que la paciente no contó con el medicamento Imatinib ya que para el reingreso del 18 de diciembre de 2016 se registra no ingesta del mismo, cinco días antes. Por este motivo no es posible pronunciarse sobre la incidencia del suministro oportuno del medicamento Imatinib en el fallecimiento de la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO. Las recomendaciones de la European Leukemia Net sugieren un tratamiento indefinido con los inhibidores de la Tirosin Kinasa (ITK). No obstante, las guías americanas, (National Comprehensive Network 2019), reconocen que un subgrupo de pacientes cuidadosamente seleccionado, que logra **respuesta molecular profunda** y sostenida y cumple con los criterios propuestos por dichas recomendaciones, podría interrumpir el ITK, manteniendo remisión libre de tratamiento.

c. **Si la atención, el tratamiento y los procedimientos médicos utilizados en la ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA y el Hospital ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A, era el adecuado para atender el cuadro clínico presentado por la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO o ella necesitó de una clínica que brindara un mayor nivel de atención a sus pacientes.** RESPUESTA: De acuerdo a la información disponible en el resumen aportado de la historia clínica del Hospital San Félix de La Dorada, la examinada estuvo hospitalizada en dos ocasiones desde el día 20 de abril de 2016 hasta el 22 de abril de 2016 (duración de la estadía 2 días y 5 horas). Fue ingresada al Hospital San Félix de La Dorada con sospecha clínica y paraclínica de síndrome genético a estudio más leucemia linfoblástica aguda para la realización de exámenes complementarios y remisión a mayor nivel con consulta por la especialidad de Hematología. La atención se ajustó a la norma de atención, fue adecuada y oportuna para un cuadro clínico con leucocitosis mayor a 100.000/mm³ con linfocitosis, anemia microcítica e hipocrómica, esplenomegalia y síntomas inespecíficos. Fue oportuna la atención y el trámite de remisión a institución hospitalaria de tercer nivel (clínica Somer de Rionegro). La paciente ingresó el 20 de junio de 2016 12:13 horas a la Clínica Oncólogos de Occidente SAS en buen estado general "en fase crónica de leucemia mieloide con un Score Sokal bajo con buena respuesta clínica con regular tolerancia al Imatinib. La paciente había logrado respuesta hematológica con leve toxicidad por anemia y trombocitopenia leve. Fue iniciado tratamiento con ácido fólico". Se desconoce el tiempo de hospitalización o atención. Fue citada para un control dentro de un mes. La atención se ajustó a la norma de atención, fue adecuada y oportuna para un cuadro clínico de una leucemia mieloide crónica en la fase crónica. El tratamiento fue el adecuado, con un inhibidor de la tirosina-kinasa como el Imatinib que es el medicamento de elección. La paciente asistió a tres controles mensuales desde el 25 de julio de 2016 al 27 de octubre de 2016. En el control del 25 de agosto de 2016 se registró que la paciente tenía excelente respuesta en los 3 meses de tratamiento, alcanzando respuesta molecular temprana. PCR: BCL/ABL: 0.21%. En el control del 27 de octubre de 2016 se solicitó aspirado de medula ósea y PCR BCL/ABL con control en un mes. En los controles mensuales se hacía un seguimiento de la patología con los resultados de exámenes complementarios como hemogramas, LDH, aspirados de medula ósea, transaminasas, ácido úrico y amilasa, PCR BCL/ABL. De acuerdo a la información disponible en los resúmenes de historia clínica la atención en los controles mensuales se ajusta a la norma de atención, fue adecuada y oportuna para un cuadro clínico de una leucemia mieloide crónica en la fase crónica. El tratamiento fue el adecuado, con un inhibidor de la tirosina-kinasa como el Imatinib (medicamento de elección). En el control del 25 de agosto de 2016 se registró que la paciente tenía excelente respuesta en los 3 meses de tratamiento, alcanzando respuesta molecular temprana. En los resúmenes aportados se lee: "22/12/2016 ... Paciente no regreso a controles desde el 27/10/2016 (casi dos meses) (folio 33)". De acuerdo a la información disponible en el resumen aportado de la historia clínica del Hospital San Félix de La Dorada, la examinada estuvo hospitalizada desde el 18 de diciembre de 2016 a las 15:45 hasta el 21 de diciembre de 2016 hasta las 14:44

HUGO ELIECER MARTÍNEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



aproximadamente, total de la estadía en el Hospital San Félix de La Dorada alrededor de 72 horas. No se contó con la historia clínica completa de atención del Hospital San Félix de La Dorada, fueron aportados resúmenes de la atención. De acuerdo a la información aportada la paciente ingresó al Hospital San Félix con una recaída de leucemia mieloide crónica con tratamiento irregular con Imatinib 400mg/día con un aumento progresivo de la leucocitosis (de 148430 a 200000) y trombocitopenia (68000, 80.000). La paciente se encontraba en regulares condiciones generales con vómito persistente, picos febriles aislados, con evidente actividad leucoblástica. De acuerdo a la norma de atención, la paciente requería medidas de soporte, práctica de exámenes complementarios y el traslado a una institución hospitalaria de tercer nivel de atención especializada y de ser necesario traslado a la unidad de cuidados intensivos. De acuerdo a la información aportada en el resumen de historia clínica fue oportuna la atención y la remisión a la institución hospitalaria de tercer nivel. El deterioro clínico presentado por la paciente era predictor de mal pronóstico. El cuadro clínico descrito en resumen aportado de la historia clínica con franco deterioro clínico general correspondería a una paciente que requiere tratamiento de emergencia y cuidados intensivos y deben ser atendidos en un tercer nivel. En el Hospital San Félix de La Dorada realizan maniobras de soporte con lo que se disponía acorde al nivel de atención y buscaron remitir a un hospital de un nivel mayor complejidad como es la Clínica Oncólogos de Occidente SAS. De acuerdo a la información aportada la paciente estuvo 72 horas aproximadamente en el Hospital San Félix de La Dorada, la atención fue oportuna a la norma para una paciente con leucemia mieloide crónica que ingresó con leucocitosis, trombocitopenia con franco deterioro de su estado clínico general y hematológico. El traslado de la paciente fue realizado el 22 de diciembre de 2016 al día siguiente de haber sido solicitado según la información aportada en el resumen de la historia clínica de atención en el Hospital San Félix de La Dorada. Atención en Clínica Oncólogos de Occidente de Manizales, 22 de diciembre de 2016. Sin hora de ingreso anotada. Egreso: 22 de diciembre de 2016 hora: 15:15. Información tomada del resumen aportado de historia clínica de Clínica Oncólogos de Occidente: La paciente ingresó en malas condiciones generales, desaturada con petequias generalizadas, hemorragia conjuntival, hematemesis y fiebre de 39°C, con hiperleucocitosis 200.000, anemia (hemoglobina 9) y bicitopenia 80.000. En el resumen aportado se lee "ausencia de consumo de Imatinib por la no dispensación del mismo por parte de la EPS" (folio 33). La paciente LIZETH MEJIA CUERVO ingresó en malas condiciones generales con deterioro clínico general con diátesis hemorrágica de origen plaquetario y coagulopático y anemia, que requirieron manejo con transfusión tanto de glóbulos rojos como de plaquetas y plasma fresco. El deterioro clínico presentado por la paciente era predictor de mal pronóstico. En el resumen de historia clínica se menciona el alto riesgo de complicaciones fatales como delirium, hemorragia alveolar y muerte. En la Clínica Oncólogos de Occidente se realizaron exámenes complementarios como ecografía abdominal, TAC cerebral, se solicitaron hemocultivos y se inició antibioticoterapia. Se solicitó PCR. Se inició traslado a la unidad de cuidados intensivos. El análisis se hizo con base en un resumen de la historia clínica y no de la historia completa. La atención en salud brindada en la Clínica Oncólogos de Occidente fue la esperada por la norma de atención para una paciente que ingresó en estado crítico con leucemia mieloide crónica con diátesis hemorrágica de origen plaquetario y coagulopático. La paciente recibió atención en una institución hospitalaria de tercer nivel de atención especializada e iba a ser trasladada a la unidad de cuidados intensivos cuando presentó el paro cardiorrespiratorio. El deterioro clínico presentado al ingreso por la paciente era predictor de mal pronóstico.

d. Si la demora en la remisión de la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO de la ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA y el Hospital ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A. y a la veza (sic) se(sic) ese hospital a uno de mayor complejidad, incidió en su fallecimiento. RESPUESTA: Esta pregunta fue resuelta en el análisis y conclusión, pero, se reitera que, de acuerdo a los documentos aportados en el resumen de la historia clínica, se realizaron los trámites administrativos necesarios para su traslado a un mayor nivel de complejidad cerca a las 48 horas de su ingreso y, de acuerdo al deterioro clínico con el que evolucionó. De acuerdo a la información aportada en los resúmenes de la historia clínica de la

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBAMZ-DSC-00430-2021



Clínica Oncólogos de Occidente de Manizales. 22 de diciembre de 2016. Sin hora de ingreso anotada. Egreso: 22 de diciembre de 2016 hora: 15:15. Fallecimiento. La atención en salud brindada en la Clínica Oncólogos de Occidente fue la esperada por la norma de atención para una paciente que ingresó en estado crítico con leucemia mieloide crónica con diátesis hemorrágica de origen plaquetario y coagulopático. La paciente recibió atención en una institución hospitalaria de tercer nivel de atención especializada e iba a ser trasladada a la unidad de cuidados intensivos cuando presentó el paro cardiorrespiratorio. El deterioro clínico presentado al ingreso por la paciente era predictor de mal pronóstico y falleció en menos de 24 horas de estar hospitalizada.

e. **Si la ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA y el Hospital ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A., disponían de la capacidad médica y tecnológica necesaria para brindar una adecuada atención médica a la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO, de acuerdo a su cuadro clínico.** RESPUESTA: De acuerdo a la información aportada en los resúmenes de las historias clínicas, el Hospital San Félix de La Dorada identificó la necesidad de una atención con mayor nivel de complejidad como la que brindó la Clínica de Oncólogos de Occidente. El Hospital San Félix de La Dorada y la Clínica de Oncólogos de Occidente actuaron acorde al cuadro clínico y a los recursos disponibles.

f. **Si la atención médica suministrada a la paciente LIZETH VANESSA MEJIA CUERVO fue integral, adecuada y oportuna por parte de las entidades que le brindaron dicho servicio y por parte de NUEVA EPS S.A. a la cual se encontraba afiliada.** RESPUESTA: Esta pregunta fue resuelta en el análisis y conclusión del presente informe pericial. De acuerdo a la información aportada en los resúmenes de las historias clínicas, el Hospital San Félix de La Dorada identificó la necesidad de una atención con mayor nivel de complejidad como la que brindó la Clínica de Oncólogos de Occidente. El Hospital San Félix de La Dorada y la Clínica de Oncólogos de Occidente actuaron acorde al cuadro clínico y a los recursos disponibles. Otros servicios que pudiera requerir la paciente, como el suministro regular del Imatinib está por fuera del alcance de este informe pericial.

COMENTARIOS

1. Se sugiere preguntar a los familiares si tienen copias de la totalidad de la historia clínica o registros de atención médica de la paciente LIZETH MEJIA CUERVO y como parte del material de análisis de la instancia pertinente respecto al suministro regular, los registros de entrega del medicamento Imatinib e Hidroxiurea por parte de la EPS.
2. De acuerdo a los recursos disponibles por su despacho, de manera respetuosa, dejo a consideración identificar las razones por las que en el mes de noviembre y hasta el 18 de diciembre de 2016, la paciente no acudiera al control y, si a pesar de ello, contaba con la renovación de las fórmulas para la entrega o suministro de medicamentos.

Atentamente,

HUGO ELIECER MARTINEZ CABEZA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

Ciencia con sentido humanitario, un mejor país

NOTA: Al solicitar cualquier información relacionada con el presente informe pericial, cite el número de caso interno. Este informe pericial fue elaborado a solicitud de autoridad competente con destino al proceso penal indicado en el oficio de remisión, no reemplaza ni homologa a la incapacidad laboral. Para un próximo reconocimiento es indispensable traer nuevo oficio petitorio.

26/08/2021 15:16

Pag. 27 de 27



JUZGADO CUARENTA Y CINCO CIVIL DEL CIRCUITO
j45cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., siete (7) de octubre de 2021

Verbal No. 2017 – 00275

1.- Del informe pericial [47InformeMedicinaLegal] de clínica forense proveniente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se le corre traslado a las partes por el por el término de tres (3) días, para los fines del artículo 234 del C. G. del Proceso.

Con todo, se requiere a la parte actora para que informe lo propio acerca de lo señalado por dicha entidad:

COMENTARIOS

1. Se sugiere preguntar a los familiares si tienen copias de la totalidad de la historia clínica o registros de atención médica de la paciente LIZETH MEJIA CUERVO y como parte del material de análisis de la instancia pertinente respecto al suministro regular, los registros de entrega del medicamento Imatinib e Hidroxiurea por parte de la EPS.

2.- Como quiera que para la fecha señalada para evacuar la audiencia de que tratan los artículos 372 y 373 *ibidem*, esto es, el 11 de octubre de 2021, la contradicción de la pericia anteriormente mencionada no se había suscitado, se hace necesario reprogramar dicha audiencia para el **1 de marzo de 2022 a las 9:00 a.m.**

NOTIFÍQUESE,

GLORIA CECILIA RAMOS MURCIA

Jueza

NOTIFICACIÓN POR ESTADO:

La providencia anterior es notificada por anotación en estado No. 098, del 8 de octubre de 2021.

MÓNICA TATIANA FONSECA ARDILA
Secretaria

Se pone de presente a las partes que el expediente se encuentra escaneado en su integridad y podrán acceder al mismo, enviando solicitud al correo electrónico de esta sede judicial en ese sentido.