

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOYACÁ
SALA DE DECISIÓN No. 01

Magistrado Ponente FABIO IVÁN AFANADOR GARCÍA

Tunja, 14 de Mayo 2018

REFERENCIAS

ACCIÓN: REPARACIÓN DIRECTA
 DEMANDANTE: JOAQUIN AVILA DOMINGUEZ Y OTROS
 DEMANDADO: UNIDAD ADMINISTRATIVA CENTRO DE SALUD
 ZETAQUIRA, MUNICIPIO DE ZETAQUIRA, E.S.E.
 HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES Y E.S.E.
 HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
 RADICACIÓN: 150012331000200401412-01

=====

Procede la Sala a resolver lo que en derecho corresponda respecto del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra de la sentencia proferida por el Juzgado Segundo Administrativo de Tunja, el diez (10) de marzo de dos mil diecisiete (2017).

I. ANTECEDENTES

I.1. DEMANDA. (Fls. 34-48)

Los señores Joaquín Ávila Domínguez y Blanca Flor Cruz Domínguez, obrando en nombre y representación de sus hijos menores Rolfe Albeiro, Fabián Edilson Ávila Cruz, Flor Nely Avila, Omar Arlex Ávila y Henry Arnulfo a través de apoderado judicial, solicitan se declare a la Unidad Administrativa Especial – Centro de Salud Zetaquira, el Municipio de Zetaquira, el Hospital Regional de Milaflores E.S.E y al Hospital San Rafael de Tunja E.S.E, extracontractualmente responsables de los daños ocasionados

como consecuencia de la falla del servicio médico en que incurrieron y que ocasionaron la muerte del menor Didier Duván Ávila Cruz, el 20 de enero de 2003.

Como consecuencia de lo anterior, solicitan se pague la indemnización por perjuicios morales.

Los enunciados fácticos que soportan las pretensiones son los siguientes:

__ Que Joaquín Ávila Domínguez y Blanca Flor Cruz Domínguez, contrajeron nupcias el 1 de julio de 1980 y de dicho matrimonio nacieron sus seis hijos Omar Arlex (23 años), Flor Ney (20 años), Henry Arnulfo (19 años), Rolfe Alverio (16 años), Fabian Edilson (14 años) y Didier Duván Ávila Cruz (4 años).

__ Que el 25 de octubre de 2002, la señora Blanca Flor Cruz Domínguez acude por primera vez a la Unidad Administrativa Especial – Centro de Salud de Zetaquirá, con su hijo Dider Duván Ávila Cruz de 4 años de edad, para que fuera examinado, pues presentaba una fiebre muy alta y prolongada, razón por la cual fue atendido por consulta externa.

__ Que la doctora Yomaira Bermúdez (RM 3648) atendió al menor y le diagnosticó un cuadro de más o menos cinco (5) días de evolución, con fiebre no cuantificada e hiporexia, así mismo presentaba un malestar general, síntomas característicos de una amigdalitis aguda, por lo cual se le recetó antibióticos y orden de reposo.

__ Que el día 8 de noviembre de 2002, el menor fue examinado nuevamente, pues seguía presentando fiebre y el mismo malestar general, ante lo cual la doctora Yomaira Bermúdez le ordenó unos exámenes de laboratorio y lo citó nuevamente a control.

__ Que por tercera vez, el menor fue llevado al Centro de Salud de Zetaquirá, el día 22 de noviembre de 2002, para cumplir con la cita de control antes mencionada. El menor es atendido por el Doctor Juan Carlos Castillo quien estudió los resultados de los exámenes en los cuales se hallaron especialmente uncinarias, por lo cual le formuló unos medicamentos y lo citó para control en quince (15) días siguientes.

__ Que el día 20 de diciembre de 2002, la madre y el paciente acudieron por cuarta ocasión al centro ya referido, en atención al grave estado de salud del menor, quien fue remitido al Hospital

Regional de Miraflores E.S.E. donde se le determinó un mes de evolución con fiebre intermitente, deshidratado y con marcada palidez mucocutánea. Fue dejado en observación.

___ Que el día 22, al parecer se observó una posible presencia de hepatomegalia (hígado grande) que se presentó hasta el 27 de diciembre.

___ Que el 27 de diciembre de 2002, el paciente Didier Duván Ávila Cruz fue remitido al Hospital San Rafael de Tunja donde ordenaron la hospitalización. Luego de practicarse los respectivos exámenes al menor, los médicos llegaron a la conclusión que la sintomatología que presentaba el paciente era compatible con LEUCEMIA.

___ Que el día 2 de enero de 2003, el menor fue ingresado al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E (I.N.C.) en Bogotá, donde llegó en pésimas condiciones generales, razón por la cual fue hospitalizado.

___ Que luego de los estudios y exámenes pertinentes, el 3 de enero de 2003, se reportó un informe preliminar de LEISHMANIASIS VICERAL, es decir un proceso infeccioso de tipo parasitario.

___ Que posteriormente, Didier Duván Ávila Cruz reingresó al Hospital San Rafael de Tunja, el día 9 de enero de 2003, donde se hospitalizó por segunda vez.

___ Que finalmente, el día 16 de enero de 2003, el Hospital San Rafael de Tunja decidió remitir al paciente a la Fundación Hospital la Misericordia en Bogotá donde el día 18 de enero de 2003 fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Permaneció hasta el 20 de enero de 2003 fecha en la cual falleció.

I.2. OPOSICIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. (fol. 101-108)

Se opuso a las pretensiones de la demanda, considerando que con fundamento en la historia clínica, se observa que la conducta desplegada por cada uno de los galenos y demás personal que atendieron al menor Didier Duván Ávila, fue adecuada y oportuna, por tanto, no representó ningún hecho generador de responsabilidad, tales como la impericia, la negligencia o imprudencia.

Sustentó su defensa argumentando que la atención prestada al paciente fue adecuada y oportuna, no obstante, el cuadro clínico que presentaba el paciente y las condiciones clínicas en que llegó contribuyeron a que no fuera posible diagnosticar la enfermedad con anterioridad.

Así las cosas, no puede ser atribuida la causa del fallecimiento a la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, ya que en la institución se le realizaron todos los exámenes tendientes a esclarecer el diagnóstico del paciente y fue remitido debidamente para que se le practicaran los demás exámenes. Finalmente, recalcó que una vez se aclaró el diagnóstico del menor se continuó con el tratamiento indicado para la enfermedad diagnosticada. Sin embargo, el paciente no reaccionó al tratamiento indicado, desmejorando su condición clínica que lo llevó al fallecimiento.

I.3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA. (fol. 544-566)

Mediante sentencia emitida el 10 de marzo de 2017, el Juzgado Segundo Administrativo de Tunja negó las pretensiones de la demanda, con base en los siguientes argumentos:

El A quo señaló que en el presente asunto se encuentra demostrado el daño antijurídico, el cual consistió en la muerte del menor Didier Duván Ávila Cruz como consecuencia de una histoplasmosis diseminada, tratada parcialmente.

Sin embargo, las pruebas obrantes en el expediente no lograron demostrar que el fallecimiento de la víctima se generara como consecuencia de la negligencia médica, sino que, por el contrario, el fallecimiento del menor fue consecuencia directa del desarrollo del curso natural de la enfermedad que presentó. Por tanto, no existe elemento de juicio que permita atribuir la causa de la muerte a la atención médica recibida en las instituciones donde fue atendido, pues según el dictamen médico aportado al expediente la atención fue adecuada, oportuna y conforme al deber de cuidado para el cuadro clínico presentado.

I.4. RECURSO DE APELACIÓN. (fl. 569-591)

Señaló que el A quo efectuó una valoración equivocada de las pruebas periciales, ya que dio por admitido que el paciente falleció como consecuencia de una histoplasmosis sistemática y descartó de plano la presencia de la Leishmaniasis visceral, siendo que el

dictamen pericial del Instituto Nacional de Salud no fue concluyente al respecto.

A juicio del apelante, el ad quem, al valorar la totalidad de las pruebas obrantes en el proceso, debe concluir que existió responsabilidad estatal de las entidades demandadas, por cuanto el diagnóstico de Leishmaniasis Visceral lo obtuvo el Instituto Nacional de Cancerología, el cual es una institución que, por su trayectoria histórica, tecnológica y de conocimiento altamente especializado, goza de credibilidad.

Indicó que existió un dictamen pericial erróneo, debido a que el experto no tuvo en cuenta que en el Departamento de Boyacá existe un mapa de riesgo para la leishmaniasis, en el cual el municipio de Miraflores se encontraba catalogado como una zona de alto riesgo.

Frente a la valoración rendida por el perito en relación con la atención que se le dio al menor, manifestó que no existió una prestación adecuada del servicio en Zetaquirá, Miraflores y Tunja, ya que estas entidades no tuvieron en cuenta la guía de atención de enfermedades prevalentes en la infancia; tal guía explica que cuando se trata a un paciente menor de 5 años se debe hacer de manera integral y completa, situación que no se vio reflejada en el caso en concreto.

Alegó que no se puede negar la existencia de leishmaniasis visceral y afirmar que la única consecuencia de la muerte fue la presencia de histoplasmosis diseminada, cuando se tiene un examen de aspirado de médula ósea practicado por una institución de cuarto nivel de atención (Instituto Nacional de Cancerología), el cual confirma la existencia de histiocitos que eran compatibles con leishmaniasis visceral, tal error resulta grave y determinante para la conclusión del peritaje.

De igual forma, aclaró que en el momento de expedir el dictamen pericial existió una discusión para determinar si el cuadro clínico del paciente correspondía a Histoplasmosis Generalizada o a una Leishmaniasis Visceral, situación que confirmó el Instituto Nacional de Salud.

I.5. ALEGATOS DE SEGUNDA INSTANCIA. (fl. 601)

El apoderado de la E.S.E Centro de Salud Zetaquirá manifestó que en razón a las pruebas aportadas y en el estudio de fondo que se

realizó a las mismas por parte del Juzgado de primera instancia, se logró constatar la inexistencia de nexo de causalidad de la E.S.E Centro de Salud de Zetaquirá, es decir, no se configuró la falla en el servicio médico alegada por la parte demandante.

La apoderada de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores señaló que, conforme al material probatorio allegado al proceso y en especial los dictámenes de Medicina Legal y Ciencias Forenses y del Instituto Nacional de Salud, se logra demostrar que la E.S.E Hospital Regional de Miraflores brindó la atención oportuna y acorde al menor Didier Duván Ávila Cruz.

La parte demandante señaló que se debe realizar un estudio detallado del material aportado, toda vez que, en asuntos relacionados con responsabilidad médica, las entidades demandadas deben demostrar su actuar idóneo, oportuno y diligente. De igual forma, recalcó que se ha demostrado la falla del servicio médico en razón de que el menor, presentaba un caso confirmado de Leishmaniasis Visceral el cual fue diagnosticado tardíamente, razón por la cual no se pudo tratar y curar de manera oportuna.

El apoderado de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja reiteró lo expuesto en la contestación de la demanda e indicó que no puede endilgársele ningún tipo de responsabilidad, toda vez que se obró con diligencia y se garantizó la correcta aplicación de los protocolos y guías establecidas.

II. CONSIDERACIONES

Con el fin de exponer un razonamiento claro y lógico de la temática de la discusión, la sala abordará, en su orden *i.* la formulación del problema jurídico *ii.* La relación de los hechos probados, y, finalmente, *iii.* El estudio y la solución del caso en concreto.

II.1.- PROBLEMA JURÍDICO.

Conforme al recurso de apelación presentado contra la sentencia de fecha diez (10) de marzo de dos mil trece (2017), corresponde a la Sala determinar si el Centro de Salud Zetaquirá, el Hospital Regional de Miraflores E.S.E y el Hospital San Rafael de Tunja

E.S.E, emitieron o no, un diagnóstico acertado y oportuno frente a la situación médica del menor Didier Duván Ávila Cruz.

Igualmente, la Sala deberá determinar si el menor falleció de Leishmaniasis visceral o, si la causa de su muerte fue un padecimiento diferente.

Con el fin de resolver los problemas jurídicos planteados, la Sala analizará los siguientes aspectos: i). los hechos probados, ii) la responsabilidad del Estado por los daños causados en la atención médico hospitalaria. Error en el diagnóstico y, iii). El análisis probatorio en el caso concreto.

II.2.- DE LAS AFIRMACIONES SOBRE LOS HECHOS.

Cuestión previa.

El Instituto de Medicina Legal presentó dictamen pericial con fundamento en las historias clínicas de los centros médicos en donde estuvo atendido el menor Didier Duván, así como, la naturaleza, evolución y gravedad de la enfermedad que sufría el paciente y la atención, el tratamiento y el diagnóstico médico brindado.

Entre las inconformidades expuestas en el recurso de alzada, el apelante manifestó que el dictamen pericial fue emitido de manera errónea, teniendo en cuenta que, existieron conclusiones equivocadas respecto a la enfermedad que presentaba el menor (Leishmaniasis visceral) y el diagnóstico emitido por las entidades accionadas.

Al respecto, es dable señalar que para objetar un dictamen pericial se debe acreditar la existencia de equivocaciones en el mismo, a fin de llevar al juez a no tenerlo en cuenta en la sentencia. Sobre la objeción por error grave, la H. Corte Suprema de Justicia ha señalado:

"(...) si se objeta un dictamen por error grave, los correspondientes reparos deben poner al descubierto que el peritazgo tiene bases equivocadas de tal entidad o magnitud que imponen como consecuencia necesaria la repetición de la diligencia con intervención de otros peritos..." pues lo que caracteriza desaciertos de ese linaje y permite diferenciarlos de otros defectos imputables a un peritaje, **"...es el hecho de cambiar las cualidades propias del objeto examinado, o sus atributos, por otras que no tiene; o tomar como objeto de**

observación y estudio una cosa fundamentalmente distinta de la que es materia del dictamen, pues apreciando equivocadamente el objeto, necesariamente serán erróneos los conceptos que se den y falsas las conclusiones que de ellos se deriven...¹.

El dictamen pericial que tiene como objeto la lectura de una historia clínica representa la prueba más relevante para determinar la responsabilidad de la institución médica demandada. Al respecto, esta Corporación ha indicado lo siguiente:

*"La historia médica representa una prueba de primer orden en los procesos de responsabilidad en los que se reclame la indemnización de perjuicios por posibles fallas médicas, teniendo tanta importancia como el dictamen pericial, ya que, **este último siempre tiene como base y fundamento toda la información obrante en la historia clínica.** La historia médica es un medio probatorio que se caracteriza por su objetividad y amplitud y de ella depende el probar la responsabilidad de la administración, o por el contrario, demostrar el adecuado procedimiento ejercido por los galenos que atendieron al paciente. En dicho documento se encuentran descritos los actos y procedimientos médicos llevados a cabo y, la forma en que se aplicaron, por parte de los galenos, todos los conocimientos y medios asistenciales que se brindaron al paciente, de conformidad con el lugar, las circunstancias, la evolución científica que acontecieron al momento de prestar asistencia.*

Los actos médicos allí descritos se caracterizan por poseer contenido técnico y científico relacionado con la Lex Artis, el cual reposa en toda la historia clínica del paciente. La información allí descrita no es del conocimiento común, sino que, contiene aspectos que se relacionan con una ciencia particular y especial como lo es la medicina. La historia clínica es de aquellas pruebas que resultan obligatorias para una de las partes, es decir, su existencia en el proceso depende necesariamente de la parte demandada".

Es necesario señalar que el dictamen pericial junto con la historia clínica se constituye en medios probatorios más importantes para determinar si la atención médica suministrada a Didier Duvan Ávila Cruz se llevó a cabo en cumplimiento de la lex artis.

En el presente caso, el peritaje aportado por Medicina Legal tuvo como objeto las historias clínicas del paciente Didier Duvan Ávila Cruz en el Centro de Salud de Zetaquirá, en el Hospital Regional de Miraflores, en el Hospital San Rafael de Tunja, en el Instituto de Cancerología de Bogotá y en el Hospital Infantil La Misericordia, por

¹ Corte Suprema de Justicia, Auto de 8 de septiembre de 1993, Exp. 3446, M.P. Carlos Esteban Jaramillo.

tanto, no existió error sobre el objeto del dictamen y tampoco sobre los documentos que fueron base del mismo. A juicio de la Sala, el dictamen practicado en primera instancia abarcó todos los aspectos y cuestionamientos emitidos en la solicitud probatoria de la parte demandante.

En efecto, el dictamen pericial aportado, el médico forense Pedro Emilio Morales Martínez (fl. 220), manifestó que *"la patología forense se ocupa de la aplicación de la ciencia y de los métodos de la patología a la solución de problemas legales". Según Bernard Knight, la patología forense "se ocupa principalmente de la patología de las lesiones, en oposición a las enfermedades, aunque muchos procesos morbosos tienen importancia médico legal, especialmente cuando se relacionan con lesiones previas, accidentes industriales y otras causas que puedan tener un aspecto civil o penal. La función principal del patólogo forense consiste en la investigación de las muertes repentinas, inesperadas, sospechosas o francamente criminales". Por lo anterior, puede definirse a la patología forense como la subespecialidad de la patología general que auxilia a la administración de justicia penal determinando con sólida probabilidad la causa y circunstancias de la muerte, mediante el estudio macro y microscópico de las alteraciones estructurales... Para ser Patólogo Forense se requiere se médico, especialista en Patología y experiencia y estudios específicos de Patología Forense".*

Lo anterior, permite concluir la idoneidad del perito para rendir el dictamen solicitado. Igualmente, resulta claro que en la prueba mencionada se llevó a cabo la resolución de cada uno de los aspectos planteados y solicitados, razón por la cual, es dable señalar que las precisiones indicadas por el apelante no tienen ánimo de prosperar, toda vez que, las mismas no controvierten aspectos de tal magnitud que permitieran inferir que las conclusiones a las que se llegó en el peritaje principal se pudiesen desestimar, y más aún cuando, los fundamentos expuestos por la parte demandante no iban encaminados a señalar errores en las cualidades del objeto del peritaje.

En este sentido, el dictamen pericial aportado por el perito goza de coherencia en relación con la descripción de los antecedentes de la historia clínica y las conclusiones a la que llegó el experto, así mismo, se constató que el médico forense tenía a su cargo analizar, leer y traducir las historias clínicas de las entidades de salud mencionadas, por tanto, se demostró su idoneidad y experiencia para rendir el dictamen solicitado.

Por otra parte, dentro del expediente se encontraron demostradas las siguientes afirmaciones sobre los hechos:

___ A folios 5 y 6 del expediente obra registro civil de nacimiento y de defunción de Didier Duvan Ávila Cruz, quien nació el 02 de agosto de 1998 y, falleció el 20 de enero de 2003.

___ Se constató que los señores Blanca Flor Cruz Domínguez y Joaquín Ávila Domínguez eran los padres de Didier Duvan Ávila Cruz, así mismo, Omar Arlex (23 años), Flor Ney (20 años), Henry Arnulfo (19 años), Rolfe Alverio (16 años), Fabian Edilson (14 años), eran los hermanos del menor fallecido. (fls.7 -14).

___ En el cuaderno de anexo 3 obra la historia clínica del paciente Didier Ávila en el Hospital Regional de Miraflores.

___ En el cuaderno de anexo 5 obra la historia clínica del paciente Didier Ávila en el Hospital San Rafael de Tunja.

___ En el cuaderno de anexo 2 obra la historia clínica del paciente Didier Ávila en la Fundación Hospital de la Misericordia.

___ En el cuaderno de anexo 4 obra copia del estatuto del Centro de Salud de Zetaquirá (Acuerdo No. 009 del 21 de septiembre de 2005).

___ En el cuaderno de anexo 6 y 9 obra copia de historia clínica del Instituto Nacional de Cancerología.

___ Obra en el expediente copia de autorización N°18832 del 30 de diciembre de 2002, mediante la cual se autoriza la remisión del paciente a el Instituto Nacional de Cancerología. (fls.15)

___ En el cuaderno de anexo 01 obra la respuesta emitida por la Gobernación de Boyacá sobre la prevención y el control de Leishmaniasis, con sus respectivos anexos.

___ En el anexo 7 obra la Guía Integral de Manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores del Ministerio de la Protección Social.

___ En el cuaderno de anexo 8 obra la Guía para la Atención Clínica Integral del Paciente con Leishmaniasis del Ministerio de Protección Social.

___ Se allega también copia de autorización N°0708 del 16 de enero de 2003, mediante la cual se autoriza la remisión del paciente a el Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia. (fls.16)

___ Obra en el expediente copia de la certificación expedida por la Pagadora del Hospital San Rafael en la cual consta que la señora Blanca Flor Cruz Dominguez, adeuda la suma de \$268.100,00 a la E.S.E Hospital San Rafael. (fls. 14 y 16)

___ Se aporta también derecho de petición presentado por el señor Jairo Calderón Gámez, por medio del cual se solicita al doctor Fernando Flores Espinosa, Gerente de Salud de Boyacá, lo siguiente:

- "1. Que se me indique con toda claridad si el Departamento de Boyacá está catalogado o no como una zona endémica de la enfermedad llamada LEISHMANIASIS.*
- 2. Que se certifique con toda claridad si la región de Lengupá en Boyacá y en específico el municipio de Zetaquirá está catalogado o no como una zona endémica de LEISHMANIASIS.*
- 3. Que se me indique cuál es el nivel de atención que en nuestro Departamento presta el CENTRO DE SALUD DE ZETAQUIRA U.A.E., EL HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E Y EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA E.S.E y si los profesionales adscritos a éstas instituciones de salud están en capacidad o no de diagnosticar y tratar la LEISHMANIASIS.*
- 4. Que se certifique si este instituto en el año 2002 adelantó en la región de Lengupá, y más especialmente en el municipio de Zetaquirá, algún programa para la prevención y control de la enfermedad de la LEISHMANIASIS..." (fls 18)*

___ Se adjuntó respuesta emitida por el doctor Jairo Calderón Gámez en nombre de ISALUB, mediante la cual da contestación al oficio radicado el día 23 de abril de 2004, referente a algunos aspectos generales sobre la Leishmaniasis en el Departamento de Boyacá, al respecto se informó lo siguiente:

- "...1. Que el Departamento de Boyacá, tiene un mapa de riesgo para la Leishmaniasis, donde muestra los municipios de mediano y alto riesgo, de acuerdo a la presencia o no de vectores transmisores de esta patología, de lo cual anexo mapa, encontrándose el municipio de Zetaquirá en bajo riesgo.*
- 2. El Municipio de Zetaquirá en los últimos cinco años no ha reportado caso alguno de leishmaniasis cutánea, mucosa o visceral. (...)" (fls 19-21)*

___ Se allegó copia de la guía de atención de la Leishmaniasis y guía integral de manejo de las enfermedades transmitidas por vectores. (fls 32-33)

___ A folios 277-298, obra copia del Acuerdo 002 del 30 de enero de 2001, mediante el cual se creó la Unidad Administrativa Especial – Centro de Salud de Zetaquirá y copia del Acuerdo 001 del 1 de enero de 2008, a través del cual se transformó la Unidad Administrativa Especial – Centro de Salud de Zetaquirá en Empresa Social del Estado Centro de Salud de Zetaquirá, como entidad descentralizada del orden municipal.

___ Se allegó dictamen pericial emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses con fundamento en la Historias Clínicas del menor Didier Duvan Ávila Cruz (fls 199- 220):

Resumen de las historias clínicas:

"El caso se puede resumir como el de un niño de 4 años de edad quien consulta al centro de salud de Zetaquirá por presentar fiebre no cuantificada y hiporexia. El día 25 de Octubre de 2002. Se medica con TMT sulfa y se cita a control. El día 8 de noviembre de 2002, consulta nuevamente por presentar fiebre, al examen no encuentran fiebre ni alteraciones que llamen la atención. Se le ordenan exámenes de laboratorio. El día 22 del mismo mes asiste a control con los laboratorios y se encuentran que tiene una anemia significativa, que se clasifica como ferropénica y una infestación por Uncinarias. Se hace diagnóstico de Síndrome anémico ferropénico y de uncinariasis. Es manejado con Pamoato de Pirantel y Sulfato Ferroso. Estos diagnósticos se soportaron en resultados de Cuadro Hemático que muestran HB: de 12.6 y HTO: de 38 y presencia de Huevos de uncinarias en la materia fecal.

El día 20 de diciembre de 2002, consulta nuevamente al Puesto de Salud por presentar fiebre, emesis y deshidratación. Es remitido al Hospital Regional de Miraflores para tratamiento y manejo.

En el Hospital de Miraflores permanece desde el día 20 hasta el 27 de diciembre de 2002. Con el diagnóstico de Síndrome febril prolongado es sometido a estudios de Laboratorio Clínico y de Rayos X y se hace diagnóstico de una neumonía adquirida en la comunidad. Es manejado con antibióticos, líquidos parenterales y oxígeno. Mejora de su cuadro respiratorio pero notan persistencia de anemia, hepato y esplenomegalia por lo cual resuelven remitir al Hospital San Rafael de Tunja. Lo envían para estudio de las megalias y del cuadro de anemia. Se interroga la presencia de una neoplasia. En estudio de sangre periférica encuentran dianocitos, ovalocitos, poiquilocitos. Y presencia de htipocromía moderada.

En el Hospital San Rafael de Tunja permanece hospitalizado en un primer lapso entre el 27 de diciembre de 2002 y el 2 de enero de 2003. Desde el comienzo se piensa en la remisión a otro nivel con la impresión diagnóstica de Síndrome mieloproliferativo dada la

presencia de hepato y esplenomegalia. El día 30 de diciembre de 2002, se le hace una presunción diagnóstica de leucemia, con base en estudios paraclínicos. Estos estudios no hacen parte de la Historia Clínica aportada por el Despacho. Es manejado con medidas de soporte y finalmente es remitido al Instituto Nacional de Cancerología. No se realiza ningún tipo de estudios de hematología para confirmar o descartar este diagnóstico.

En el Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá, permanece entre el día 2 de enero de 2003 y el 9 de enero del mismo año. Durante su hospitalización se hace patente una profundización de su sintomatología, el agravamiento del cuadro de anemia que obliga a la administración de sangre. Es valorado y manejado por Oncología Pediátrica y sometida a numerosos estudios de Laboratorio y otros paraclínicos. En especial es sometida a estudios de hematología entre ellos citometría de flujo en médula ósea, mielograma, pruebas de citogenética. A más de ecografías y radiografías. Estos estudios comprueban la presencia de crecimiento del bazo, del hígado y de los ganglios linfáticos. Los diversos estudios de hematología y oncología descartan la presencia de una leucemia o de otro tipo de entidad linfoproliferativa. En mielograma 0006-03 y biopsia de médula ósea 0011-03 con número de registro interno 336252, se encuentra la presencia de histiocitos reactivos con formas intracelulares compatibles con leishmania."

Con este estudio se soporta el diagnóstico de una leishmaniasis visceral y se remite el paciente al Hospital San Rafael de Tunja para tratamiento de la Leishmaniasis con recomendaciones de medicación. Se inicia tratamiento con anfotericina.

De vuelta al Hospital San Rafael, en donde permanece entre el día 10 al 16 de enero de 2003, se comienza tratamiento para Leishmaniasis visceral con Glucantime y Alloperinol, se suspende la administración de anfotericina. El paciente a pesar de la medicación comienza a presentar un deterioro progresivo en especial se acentúa la anemia y hay signos francos de disminución de las proteínas del plasma, en especial hipoalbuminemia.

Por el deterioro progresivo y la imposibilidad técnica de corregir los problemas nutricionales, es remitido al Hospital Infantil de la Misericordia.

En el Hospital de La Misericordia permanece hasta el día 20 de enero de 2003, cuando fallece. Permanece durante su hospitalización en la UCI, y es sometido a numerosos estudios de Laboratorio y paraclínicos. Es manejado con soporte nutricional, líquidos parenterales, ventilación mecánica y monitoreo invasivo. A pesar de los esfuerzos médicos fallece en un cuadro de choque refractario.

En el Hospital de la Misericordia al examen encuentran lesiones dérmicas muy importantes y generalizadas de tipo purpúrico y a los RX de tórax se encuentra un infiltrado intersticial difuso en ambos campos pulmonares. Con estos hallazgos es valorado por oncología y se plantea la presencia de una histiocitosis polisistémica. Se solicita la revisión del material de biopsias y de mielograma efectuados en el Instituto Nacional de Cancerología.

En la revisión del material de Histopatología se encuentra: Los cortes muestran médula ósea con celularidad del 60%, representada por todas las líneas celulares, que maduran adecuadamente. En espacios vacíos, histiocitos y en algunas células gigantes que se observan hay gran cantidad de microorganismos esféricos y ovalados que miden en promedio 1 a 3 micras y son positivos con las tinciones de grocott y PAS. se hace diagnóstico de Histoplasmosis. Este reporte se hace verbal primero y luego por escrito. El día 19 de enero de 2003, con este hallazgo se le hace al paciente el diagnóstico de Histoplasmosis Sistémica, pero al día siguiente fallece. Ante este hallazgo se propone a la madre la realización de autopsia clínica, que esta rechaza".

Concepto de las enfermedades diagnosticadas al paciente:

"Los conceptos básicos sobre tres enfermedades son indispensables de conocer como base para el análisis: la leucemia, la leishmaniasis sistémica y la histoplasmosis sistémica. Por supuesto que sobre estas tres enfermedades hay numerosos tratados y artículos en la Literatura Mundial. Establecer un estado del arte actualizado sobre ellas sobrepasa las posibilidades de este informe pericial. Revisaremos los conceptos esenciales.

1. SOBRE LEISHMANIASIS VISCERAL.

La leishmaniasis visceral o kala-azar (Fiebre negra) se conoce desde los albores del siglo XX. En 1900 Sir William Leishman descubrió el parásito en el bazo de un soldado muerto en el África por la llamada fiebre Dum-Dum La primera publicación de la entidad data de 1903 cuando Donovan descubrió el parásito en un aspirado esplénico.

(...)

Corredor y Ronderos, quienes insisten sobre la presencia de la entidad, muestran su real incidencia y presentan las características para reconocerla como un problema de salud pública. La enfermedad es más frecuente en regiones como el valle del alto Magdalena, Tolima, Huila, Cundinamarca, Santander y en áreas aisladas de Sucre.

El kala-azar es una clásica zoonosis producida por un microorganismo unicelular leishmania donovani, el cual es un parásito intracelular obligado de células presentadoras de antígeno como macrófagos y células dendríticas, capaz de transmitirse de un individuo a otro por artrópodos.

El kala-azar es una enfermedad de países tropicales y subtropicales que poseen condiciones propicias tales como alturas entre 800 y 1200 metros, clima seco, vegetación boscosa y ubicada entre 19 y 29 grados de latitud norte y sur respectivamente. Estos hechos favorecen el desarrollo del vector es decir, la Lutzomia que por sus características domiciliarias y antropofílicas promueven la enfermedad.

La L donovani puede afectar varios huéspedes vertebrados como los cánidos, roedores e inclusive al hombre. El ciclo de vida del parásito incluye:

La forma intracelular llamada amastigote, es pequeña de 2-3 mm de diámetro, con un núcleo céntrico y ovalado que posee un cinetoplasto. Tiene una gran capacidad de multiplicación que realiza a través de fisión binaria, generando fácilmente la desintegración de la célula infectada, liberando así nuevos amastigotes que parasitan otras células perpetuando el proceso.

La forma promastigota que se encuentra en el vector es más grande y posee un flagelo que le permite migrar al tubo digestivo del mosquito para infectar a los huéspedes.

Las características clínicas de esta entidad de curso crónico, dependerán de la severidad del compromiso de los órganos que contienen las células permisivas a la multiplicación del parásito como el hígado, bazo y médula ósea, los que resultan frecuentemente afectados. Lo anterior explica la hepatoesplenomegalia y la disfunción medular observadas en los pacientes con leishmaniasis visceral. Las alteraciones causadas a la médula ósea facilitan la aparición de complicaciones secundarias como anemia e inmunosupresión, lo que conlleva a sobreinfecciones en piel, tracto respiratorio o digestivo.

Es importante destacar que no todos los individuos que entran en contacto con la leishmania desarrollarán la enfermedad, lo cual actualmente puede explicarse por factores genéticos, que incluyen al complejo mayor de histocompatibilidad u otros genes como el generador de la síntesis de la proteína asociada con la resistencia natural del macrófago (NRAMP1), cuyo locus se ubica en el cromosoma 2 humano.

Diagnóstico

El diagnóstico de la Leishmaniasis requiere la visualización directa del parásito en improntas del sitio de la lesión, las cuales se tiñen con Giemsa o tinción de Romanowsky o por medio de biopsias. Otras posibilidades de diagnóstico, consisten en el cultivo del protozoo o el uso de técnicas moleculares como la PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) para amplificar e identificar el ADN del parásito. Entre los métodos indirectos de diagnóstico se encuentran métodos serológicos tradicionales como inmunofluorescencia y ELISA.

La prueba de Montenegro o Leishmanina es la más usada en el mundo y consiste en la inoculación de extractos parasitarios en la piel. Si el paciente es positivo a Leishmania, se genera una reacción de hipersensibilidad de tipo celular (IV), caracterizada por el rubor y tumefacción del área inoculada. Esta prueba es semejante a la tuberculina usada para el diagnóstico de tuberculosis.

El tratamiento de la Leishmaniasis es complicado y la enfermedad presenta una morbilidad sustancial por lo que a menudo se requieren terapias expeditivas.

Tratamientos de Primera Línea

El tratamiento de primera línea son fármacos basados en antimonio pentavalente (SbV) tales como estibogluconato sódico (Pentostam) usado principalmente en Europa y el antimoniato de meglimina

(Glucantime) en el nuevo mundo. La adherencia de los pacientes al tratamiento presenta dificultades dada la toxicidad de la droga y lo doloroso de éste, pues consiste de 20 inyecciones de material oleoso.

Sin embargo, cada vez son más frecuentes los reportes de falla terapéutica, lo cual se traduce en la resistencia del parásito al antimonio, áreas como la de Bihar en la India, reportan resistencia en el 70% de los casos tratados para Leishmaniasis visceral.

Tratamientos de segunda línea

Tratamientos de segunda línea como el isotionato de pentamidina, la anfotericina B (en particular la formulación en liposomas) pueden representar cura clínica a pesar de su toxicidad. La Anfotericina B es el tratamiento de elección en la leishmaniasis visceral en regiones en las que se presenta alta resistencia al tratamiento con estibogluconato sodico (algunas regiones de India), aunque recientemente se esta estudiando el uso de la paramomicina, el cual ha demostrado una eficacia similar y es más económico. Recientemente se descubrió una nueva droga, la Miltefosina, que tiene ventajas sobre las demás, ya que esta es de administración oral; se han realizado ensayos clínicos en humanos para determinar la seguridad y eficacia de este prometedor fármaco. Miltefosina no puede ser usada en mujeres embarazadas dadas sus propiedades teratogénicas, razón por la cual el uso de esta droga es desestimulado.

2. SOBRE HISTOPLASMOSIS.

La histoplasmosis es una micosis sistémica que afecta al hombre y a los animales, causada por el hongo *Histoplasma capsulatum*.

Epidemiología

La histoplasmosis tiene una amplia distribución geográfica, predominando en América y África. En América se extiende desde el sur de Canadá a las regiones centrales de Argentina. Las zonas endémicas de mayor importancia corresponden a los valles de los ríos Mississippi, Missouri y Ohio en América del Norte y a la cuenca del Río de la Plata en América del Sur. En Europa se han descrito pocos casos autóctonos. También se han diagnosticado casos en otros países.

*Se aísla de la naturaleza en las zonas templadas y tropicales húmedas, cuyos suelos son ácidos, ricos en nitrógenos, fosfatos e hidratos de carbono. **Los histoplasmas se relacionan especialmente con el guano de las aves y las cuevas habitadas por murciélagos Patogenía.***

*La infección por *Histoplasma capsulatum* habitualmente se produce por vía respiratoria. Cuando los gérmenes llegan al alvéolo pulmonar son fagocitados por los macrófagos. Se reproducen localmente, luego siguen la vía linfática hacia los ganglios hiliares y mediastinales y a través del conducto torácico invaden el torrente sanguíneo diseminando en los distintos tejidos y órganos. Parasitan especialmente los órganos del sistema mono-histiocitario (pulmón, hígado, bazo, ganglios linfáticos, estructuras linfáticas del aparato digestivo).*

El organismo virgen de infección reacciona inicialmente mediante una respuesta inflamatoria inespecífica a polimorfonucleares y luego con linfocitos y macrófagos. Estos fagocitan los gérmenes sin destruirlos y permitiendo su desarrollo.

Ante la presencia de los gérmenes el organismo desarrolla inmunidad específica de tipo celular que determina la formación de granulomas y conduce al control de la infección. Los hongos que persisten en estado latente, tardíamente pueden reactivarse si por cualquier causa se deteriora la inmunidad celular.

Si el paciente es un inmunodeprimido la infección primaria no puede ser controlada y evoluciona le directamente a enfermedad la que puede adoptar diferentes grados de gravedad.

Raramente la puerta de entrada es cutánea produciéndose una lesión local y adenopatías regionales. Clínica

Se describen diferentes cuadros clínicos que varían en relación a la edad del paciente, la masividad del inóculo inhalado, la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica previa y el estado inmunitario del enfermo.

*En el hospedero normal la primoinfección suele ser asintomática pero si el nivel de exposición fue importante puede producirse una infección aguda severa, después de un período de incubación de 1 a 3 semanas. La infección generalmente es reconocida por el viraje de la prueba intradérmica con histoplasmina. Raramente se detecta por el hallazgo de un infiltrado pulmonar y adenomegalias hiliares, o más tardíamente por la presencia de nódulos calcificados en pulmón, ganglios, bazo o suprarrenales. Cuando la primoinfección es sintomática (5-10% de los infectados) la severidad del cuadro se relaciona con la magnitud del inóculo. **Puede manifestarse con síntomas que simulan una gripe o bajo la forma de una neumonitis aguda.** Los patrones radiológicos son variables: infiltrados intersticiales uni o bilaterales, generalmente parahiliares, o imágenes nodulares únicas o múltiples diseminadas, con adenomegalias hiliares y/o mediastinales, con o sin derrame pleural. Puede acompañarse de artralgias, eritema nodoso o multiforme. Muchos de estos pacientes se recuperan espontáneamente en pocos días a semanas, quedando secuelas pulmonares y extrapulmonares calcificadas. Astenia y disminución de fuerzas pueden persistir varias semanas.*

En personas con antecedentes de EPOC comunmente se observa la forma crónica cavitaria. Los síntomas respiratorios y generales son inespecíficos. Radiológicamente se observan infiltrados pulmonares con retracción de lóbulos superiores, casquetes pleurales, cavidades, desviación traqueal, nódulos calcificados. El principal diagnóstico diferencial es con la tuberculosis. Es rara la diseminación extra pulmonar. La evolución es hacia la insuficiencia respiratoria y la caquexia. La patogenia de esta forma estaría determinada por una respuesta deficiente del huésped frente a la primo infección.

En pacientes con deterioro inmune moderado (edad avanzada, desnutrición, diabetes, alcoholismo, tratamientos corticoideos, enfermedades malignas) se observan formas diseminadas crónicas

que se manifiestan por síntomas generales, lesiones cutáneas ulceradas, o úlcero-vegetantes mucosas, hepatoesplenomegalia, infiltrados pulmonares, insuficiencia suprarrenal.

Las formas diseminadas agudas, antes consideradas como las formas clínicas de los niños pequeños (menores de 1 año) hoy se observan en los pacientes con deterioro grave de su inmunidad celular: leucemia, linfoma y especialmente SIDA. Predominan las manifestaciones generales graves, fiebre, pérdida de peso, síntomas digestivos, respiratorios, neurológicos, óseos, lesiones cutáneas y mucosas, hepato-espleno y adenomegalias. En algunos la progresión de la enfermedad es rápida en horas o días. El patrón radiológico es de un infiltrado intersticial difuso o micronodular simulando una tuberculosis miliar. La radiografía de tórax puede ser normal en la primera evaluación, en aproximadamente la mitad de pacientes.

Diagnóstico

El diagnóstico se fundamenta en los estudios micológicos y pruebas inmunológicas. El diagnóstico micológico se hace por observación del germen en el estudio directo y se confirma por identificación del hongo en cultivo a partir de muestras obtenidas de: esputo, fluido del lavado broncoalveolar, raspado de las lesiones cutáneas, aspirado de médula ósea, biopsia de hígado o ganglios, sangre (de acuerdo a la forma clínica y accesibilidad de las lesiones). Los anticuerpos detectados por estudios serológicos se hacen evidentes en las formas progresivas y 3 o 4 semanas después de la infección. Pueden observarse falsos negativos en enfermos inmunodeprimidos. En nuestra experiencia tienen muy escasa sensibilidad en SIDA. Los test para detectar antígeno en sangre y orina son altamente sensibles y específicos por lo que se consideran de gran utilidad para un diagnóstico rápido de las formas diseminadas en SIDA. Un test en orina negativo prácticamente excluye una histoplasmosis diseminada aguda.

Tratamiento específico

Varía según la forma clínica y las condiciones del huésped.

La primoinfección sintomática en personas normales habitualmente no requiere tratamiento específico ya que en la mayoría de los casos es auto limitada. La indicación de tratamiento está dada por la persistencia de los síntomas por más de 2 a 3 semanas o si el enfermo tiene alguna causa de inmunodepresión, con el fin de evitar la evolución progresiva. Los pacientes con adenopatías mediastinales a menudo deben ser tratados, especialmente si hay síntomas de obstrucción. El tratamiento de elección es anfotericina B 0.5 a 0.8mg/k/d durante 2-4 semanas o itraconazol oral 400 11011 mg/d por 6 meses o ketoconazol 400 mg/d por no menos de 3 meses.

En las formas pulmonares crónicas o crónicas diseminadas, se aconseja itraconazol 400 mg/d durante 6-9 meses, o ketoconazol 400 mg/d por 6-12 meses. Si ese tratamiento falla se recurre a anfotericina B i/v hasta una dosis acumulativa de 35 mg/k.

En las formas diseminadas agudas está indicada anfotercina B hasta lograr una dosis acumulativa de 40 mg/k, o itraconazol 400

mg/d por 12 meses si la forma es menos grave Histoplasmosis y SIDA.

La histoplasmosis diseminada es frecuente en infectados por el VIH que viven en zonas donde la infección por este hongo es endémica.

En el SIDA la histoplasmosis se caracteriza por ser multisistémica, con elevada frecuencia de lesiones cutáneomucosas y pulmonares, baja rentabilidad de los métodos inmunológicos de diagnóstico, frecuente aislamiento del hongo de médula ósea y sangre y mala respuesta al tratamiento. El mecanismo patogénico puede ser tanto la reactivación de una infección latente crónica como la progresión a enfermedad de una infección recientemente adquirida. El paciente con SIDA tiene riesgo de esta enfermedad cuando el nivel de linfocitos CD4 es de 75 cel/mm³ o menos. La sintomatología es inespecífica y puede manifestarse solamente por fiebre y repercusión general. En 10 a 20% de los casos se manifiesta por shock séptico, falla hepática y/o renal, distrés respiratorio y coagulopatía. El pulmón casi siempre está afectado aunque la radiografía puede ser normal. Los patrones radiológicos pulmonares pueden ser variados: infiltrados pulmonares o siembras miliares, con o sin adenomegalias hiliares y/o mediastinales (ver rx torax). Es frecuente la hepato y esplenomegalia. Las lesiones cutáneas (ver fotografías) pueden ser la primera manifestación y en muchos de los enfermos se asocian a las lesiones pulmonares, orientando hacia su etiología. Aunque no son específicas, el raspado o biopsia de las mismas es útil para el diagnóstico micológico. Con menos frecuencia se observan lesiones en mucosa nasal, sinusal, de paladar, laringe, intestino, de las que hay experiencia en nuestro medio (ver fotografías).

El tratamiento conduce a la remisión de los síntomas, luego de lo cual debe continuarse con una terapia supresiva de por vida para prevenir la recaída. La droga específica de elección es la anfotericina B la que se administra a la dosis de 0,6 a 0,8 mg/quilo/día en infusión i/v lenta, en 1 dosis diaria. Es una droga especialmente nefrotóxica por lo que debe hacerse monitoreo renal bisemanal. El mantenimiento del equilibrio hídrico y del nivel de sodio protegen contra la toxicidad renal. La hipopotasemia es frecuente y resulta de la alteración de la función tubular renal. La anemia es prácticamente constante luego de un tratamiento prolongado. Efectos colaterales frecuentes son el chuco de frío con ascenso térmico y la flebitis local: Pueden prevenirse con dipirona antes de la infusión y agregando heparina sódica 1.000 U a la misma. La anfotericina B puede emplearse durante todo el tratamiento hasta lograr una dosis acumulativa de 35 mg/k o durante las primeras dos semanas, continuando luego con itraconazol 400 mg/d v/o en 1-2 dosis, por 6 a 8 semanas más. Las formas poco severas pueden tratarse solo con itraconazol 400 mg/d por 12 semanas. En personas con SIDA la respuesta al tratamiento específico puede ser mala, con evolución rápidamente progresiva.

Terminado el tratamiento de la enfermedad, se continúa con tratamiento supresivo o profilaxis secundaria para evitar recaídas. Para ello se administra itraconazol a la dosis de 200 mg/día de por vida. Una alternativa es anfotericina B 1 mg/k una vez semanal.

Ketoconazol no es efectivo para prevenir recaídas. Fluconazol es menos efectivo que itraconazol.

3. LEUCEMIAS AGUDAS. Definición y clínica

Son enfermedades malignas clonales de la médula ósea, caracterizadas por predominio de blastos, que sustituyen progresivamente el tejido hematopoyético normal, ocasionando un descenso progresivo de las células normales de las tres series hematopoyéticas. Esto conlleva síndrome anémico, neutropenia progresiva con infecciones de repetición y trombopenia progresiva con hemorragias.

Esta panmielopatía se caracteriza por una mutación de la célula germinal pluripotencial, que se expresa como incapacidad de las células precursoras para madurar, con la consiguiente persistencia de estadios en forma de blastos.

Otro conjunto de características clínicas derivan de la infiltración provocada por las células leucémicas en diferentes tejidos.

Así podemos encontrar hepatoesplenomegalia, adenopatías, dolor óseo, infiltración del sistema nervioso central (fundamentalmente en las leucemias agudas linfoblásticas y las variantes M4 y M5), masa mediastínica por crecimiento del timo (sobre todo en la leucemia aguda linfoblástica T), infiltración de piel y encías (básicamente en las variantes M4 y M5) e infiltración testicular en las leucemias agudas linfoblásticas.

Datos de Laboratorio

Hay que tener en cuenta que, inicialmente, hasta el 10% de las leucemias pueden presentar un hemograma normal. A veces no se objetivan blastos en sangre periférica (leucemia aleucémica). Lo habitual es que encontremos un número progresivamente mayor de blastos en sangre periférica y médula ósea.

El diagnóstico se basa en la punción medular, objetivando la infiltración por blastos superior a 120% de la celularidad medular.

Clasificación de las leucemias agudas.

Desde el punto de vista morfológico, existe una subdivisión entre leucemias agudas mieloblásticas o no linfoides y leucemias agudas linfoblásticas.

CLASIFICACIÓN DE LA FAB. LEUCEMIAS AGUDAS MIELOBLÁSTICAS.

- *M0: Leucemia aguda mieloblástica con mínima diferenciación.*
- *M1: Leucemia aguda mieloblástica sin maduración.*
- *M2: Leucemia aguda mieloblástica con maduración mieloblástica.*
- *M3: Leucemia aguda promielocítica.*
- *M4: Leucemia aguda mielomonocítica.*

LEUCEMIAS AGUDAS LINFOBLÁSTICAS.

- *L1: Leucemia aguda de blastos pequeños.*
- *L2: Leucemia aguda de blastos grandes.*

- L3: Leucemia aguda tipo Burkitt, con citoplasma vacuolado.
-

Alteraciones citogenéticas en leucemias agudas.

Hasta en el 80% de los casos se pueden objetivar alteraciones cromosómicas en las leucemias agudas, y lo más frecuente son las translocaciones que provocan activación de proto-oncogenes. Como características: t (8;21), propia de la leucemia aguda mieloblástica M2; t (11;14) es propia de la leucemia aguda linfoblástica T; t (8;14) es propia de la leucemia tipo Burkitt y la t (15;17) es propia de la leucemia aguda promielocítica.

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

La leucemia linfoblástica aguda (ALL) es el cáncer más común en niños y representa aproximadamente un cuarto de todos los cánceres entre personas menores de 15 años.

Se trata de un cáncer de la sangre y la médula ósea (el tejido esponjoso al centro del hueso). En la ALL, demasiadas células madre de la médula ósea se convierten en un tipo de glóbulos blancos llamado linfocitos. Estos linfocitos anormales son incapaces de combatir bien las infecciones. Además, a medida que aumenta la cantidad de linfocitos, se reduce el espacio para los saludables glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas. Esto puede ocasionar infecciones, fatiga y sangrados que ocurren fácilmente. El ejemplar del 21 de marzo de 2007 de JAMA incluye un artículo sobre el aumento en la cantidad de cánceres secundarios más de 30 años después del tratamiento exitoso de la ALL. Los resultado sugieren que se requiere seguimiento de por vida para las personas que sobreviven a la ALL.

SÍNTOMAS DE LA LEUCEMIA

- *Fatiga*
- *Fiebre*

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Hemograma (CBC), un análisis de sangre que verifica a cantidad de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

Aspiración de médula ósea, se inserta una aguja en el hueso de la cadera o en el esternón y se toma una muestra de médula ósea, la cual es analizada en busca de señales de cáncer.

Análisis citogenético, células linfocíticas de la sangre o de la médula ósea se analizan para ver si hay cambios en sus cromosomas (material genético).

Inmunofenotipo, una prueba para determinar si los linfocitos cancerosos se originaron a partir de linfocitos B o de linfocitos T. Esta información es útil para el tratamiento de la ALL.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

El pronóstico (posibilidad de recuperación) de la ALL infantil usualmente es muy bueno. Sin embargo, tanto el pronóstico como el tratamiento dependen de:

- *la edad y el conteo de glóbulos blancos al momento del diagnóstico*
- *la respuesta al tratamiento inicial*
- *el origen de las células de leucemia (a partir de linfocitos B o*

- T)
- ciertos cambios en los cromosomas de los linfocitos
 - involucramiento del cerebro y la médula espinal

Existen diferentes tipos de programas de tratamiento. Algunos programas son estándar (se utilizan actualmente) y algunos están siendo probados en ensayos clínicos (son experimentales). La mayoría usan quimioterapia (terapia con fármacos). Además, algunos pacientes pueden requerir radioterapia (uso de rayos X de alta energía) o trasplante de médula ósea.

(...)

4. UNCINARIASIS.

La uncinariasis es una enfermedad producida por los parásitos helmintos nematodos *Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*, transmitida a través del contacto con el suelo contaminado. **Es una de las infecciones crónicas más comunes, con 740 millones de personas infectadas en áreas rurales pobres, tropicales y subtropicales.** El mayor número de casos de uncinariasis se registra en Asia, seguido por el Africa subsahariana. *Necator americanus* es la especie más común en todo el mundo, mientras que *A. duodenale* tiene un área geográfica más restringida. Tres especies zoonóticas son causas menores de enfermedad en seres humanos. *Ancylostoma ceylanicum* infecta perros y gatos y puede también provocar infección en seres humanos, pero no se considera un patógeno importante; *Ancylostoma caninum* infecta perros y provoca enteritis eosinofílica en seres humanos en el nordeste de Australia, y *A. braziliense* produce larva migrans cutánea.

Fisiopatología y características clínicas

Los seres humanos adquieren esta parasitosis cuando las larvas infectantes en el tercer estadio, que se encuentran en el suelo, penetran a través de la piel (*N. americanus* y *A. duodenale*) o son ingeridas (sólo *A. duodenale*). Cuando se encuentran en el suelo las larvas están en un estadio del desarrollo detenido y recién cuando ingresan en el huésped, reciben una señal que provoca que reinicien su desarrollo y maduración. Luego, se produce la migración de las larvas a través de la vasculatura y el transporte por la circulación aferente al corazón derecho y luego a los vasos pulmonares. A partir de allí las larvas atraviesan los capilares y penetran en el parénquima pulmonar, ascienden por los alvéolos, bronquiolos; bronquios y tráquea. Al toser el paciente las deglute y las larvas penetran en el tracto gastrointestinal, donde mudan dos veces y alcanzan el estadio adulto. Transcurren aproximadamente seis a ocho semanas desde que las larvas infectan a los seres humanos hasta que alcanzan la madurez sexual y se aparean. Cada hembra produce miles de huevos diariamente. En el huésped comienza la pérdida de sangre intestinal justo antes de la producción y liberación de los huevos y continúa durante toda la vida del parásito. Los huevos se eliminan con las heces. Cuando son depositados en el suelo, con adecuadas condiciones de calor, humedad y sombra, los huevos se incuban en 24 a 48 horas y maduran al primer estadio larvario. Estas larvas mudan dos veces y maduran hacia el tercer estadio. Las larvas no se alimentan y viven por varias semanas en el suelo hasta que agotan sus reservas metabólicas. La transmisión al huésped es más prevalente

en áreas con elevada humedad y condiciones apropiadas en el suelo, como las regiones costeras con suelos arenosos.

En las áreas prevalentes, la repetida exposición a las larvas de N. americanus y A. duodenale en su tercer estadio provoca una erupción local, papular, eritematosa, pruriginosa. Si bien toda la superficie corporal es vulnerable, la erupción aparece con más frecuencia en manos y pies, que son los sitios principales de penetración de las larvas. Ancylostoma braziliense en el tercer estadio larvario produce la larva migrans cutánea, una afección dermatológica autolimitada, serpiginosa, de 1 a 5 cm de longitud, que se localiza más frecuentemente en pies (39%), nalgas (18%) y abdomen (16%) y menos comúnmente en miembros inferiores, brazos y cara. Se trata con éxito con ciclos cortos de albendazol o ivermectina. En los seres humanos, la entrada a través de la piel es seguida dentro de los 10 días por la migración larvaria a los pulmones, lo que provoca tos y dolor de garganta. La infección en los pulmones se asemeja al síndrome de Löffler por su asociación con eosinofilia pulmonar. En raros casos, la larva migrans cutánea puede acompañarse de neumonitis, que generalmente no es grave, aunque puede durar más de un mes hasta que la larva abandona el pulmón e ingresa en el tracto gastrointestinal.

Cuando la infección por A. duodenale se produce por la vía oral, las primeras migraciones de las larvas en su tercer estadio provocan un síndrome conocido como enfermedad de Wakana, que se caracteriza por náuseas, vómitos, irritación faríngea, tos, disnea y disfonía. Se produce un aumento de los niveles circulantes de IgG en respuesta a las migraciones larvarias en pulmones e intestinos. La principal lesión en seres humanos debida a las uncinarias se produce cuando los parásitos adultos provocan hemorragia intestinal. El término uncinariasis se refiere especialmente a la anemia por deficiencia de hierro secundaria a la infección moderada o grave. La pérdida de sangre se produce cuando los vermes usan su aparato bucal para fijarse a la mucosa y submucosa intestinales y contraen su musculatura esofágica para crear presión negativa y succionar una porción de tejido dentro de sus cápsulas bucales. Los capilares y arteriolas se rompen no sólo mecánicamente sino por acción de enzimas hidrolíticas. Para asegurarse el flujo de sangre, los parásitos adultos liberan sustancias anticoagulantes.

Las manifestaciones clínicas principales de la uncinariasis son consecuencia de la hemorragia intestinal crónica. Se produce anemia por deficiencia de hierro e hipoalbuminemia cuando la pérdida de sangre excede la ingesta y las reservas de hierro y proteínas del huésped. La infección por A. duodenale provoca mayor hemorragia que la causada por N. americanus. Cuando se produce la depleción de las reservas de hierro en el huésped se observa una correlación directa entre la intensidad de la infección parasitaria (medida por la cantidad de huevos en la materia fecal) y la reducción en los niveles de hemoglobina, ferritina sérica y protoporfirina. La mayoría de los signos físicos de la uncinariasis crónica reflejan la anemia por deficiencia de hierro. El anasarca, secundario a la hipoproteinemia grave, se asocia con edema de cara y miembros inferiores y distensión abdominal.

La piel se vuelve cerosa y adquiere color amarillento. Además de la anemia microcítica e hipocrómica, el hallazgo de laboratorio más importante es la eosinofilia. El pico de aumento de eosinófilos se

produce 5 a 9 semanas después del comienzo de la infección, período que coincide con la aparición de los vermes adultos en el intestino.

Los pacientes con una carga parasitaria leve son generalmente asintomáticos. Las cargas parasitarias moderadas a intensas se relacionan con dolor y sensibilidad epigástricas recurrentes, náuseas, disnea por ejercicio, dolor en las extremidades inferiores, palpitaciones, dolor esternal y articular, cefalea, fatiga e impotencia; en los adultos puede verse afectada la capacidad para trabajar. Algunas personas presentan hábito de pica.

La prevalencia global e intensidad de la parasitosis es más alta en hombres en comparación con las mujeres, en parte porque los primeros tienen una exposición más alta a la infección. Sin embargo, las mujeres y los niños son más vulnerables a la pérdida de sangre crónica debido a que tienen menores reservas de hierro. En los niños, la uncinariasis provoca retardo del crecimiento y, según datos recientes, efectos adversos sobre la memoria, capacidad para razonar y comprensión de la lectura. La mayoría de estos efectos probablemente se deban a la anemia por deficiencia de hierro. Los lactantes y niños preescolares son particularmente vulnerables a los déficit conductuales y madurativos provocados por la anemia ferropénica.

Diagnóstico

*El examen microscópico de heces no concentradas es adecuado para identificar los huevos y diagnosticar una infección clínicamente importante. Hay diversas técnicas cuantitativas para estimar la producción de huevos que son útiles en los estudios epidemiológicos ya que permiten medir indirectamente la carga parasitaria. Los huevos de *A. duodenale* y *N. americanus* son indistinguibles, aunque la reacción en cadena de polimerasa y el examen morfológico del cultivo de la larva en su tercer estadio pueden diferenciar las dos especies. La infección parasitaria zoonótica no produce huevos en seres humanos.*

Tratamiento

El tratamiento específico de elección para la remoción de las uncinarias de los intestinos es la administración de dosis únicas de agentes antihelmínticos benzimidazólicos como albendazol (400 mg) o mebendazol (500 mg). Cada agente reduce la carga de infección a un nivel debajo del necesario para producir enfermedad.

La Asamblea Mundial de la Salud instó a los países al control de la esquistomiasis y otras helmintiasis transmitidas por el suelo contaminado (ascariasis, tricuriasis y uncinariasis). La meta global para el año 2010 es brindar tratamiento de rutina para al menos el 75% de los niños en edad escolar en riesgo de infección, mediante el uso de un antihelmíntico benzimidazólico solo o en combinación con praziquantel. La base racional para esta estrategia recae en que los niños en edad escolar tienen las tasas más altas de infecciones por áscaris, trichuris y esquistosoma y que la escuela constituye un ámbito adecuado para administrar los antihelmínticos. En las comunidades donde las infecciones parasitarias son comunes, los médicos indican el tratamiento para todos los niños sin investigar la presencia de vermes. Los programas de desparasitación realizados en las escuelas brindan

beneficios para la salud de los niños y ventajas para la comunidad, como la reducción de la transmisión de las helmintiasis y una menor carga de enfermedad, especialmente para la ascariasis y la tricuriasis. Sin embargo, los beneficios de estos programas son menos evidentes en el caso de la uncinariasis debido a que la carga de la enfermedad se concentra más a menudo entre la población adulta, incluidas las mujeres en edad reproductiva, y porque los niños preescolares son particularmente vulnerables a los efectos de la deficiencia de hierro. De este modo, pueden pasarse por alto poblaciones vulnerables importantes con riesgo de uncinariasis y es poco probable que se reduzca la transmisión y carga de la enfermedad. Además, en áreas donde la uncinariasis es endémica, la reinfección a menudo se produce unos pocos meses después de la desparasitación con un agente antihelmíntico benzimidazólico.

En algunos casos, se requiere la realización de tratamientos tres veces por año para mejorar las reservas de hierro de los huéspedes. Datos adicionales indican que la eficacia terapéutica de los antihelmínticos benzimidazólicos disminuye con la terapia periódica.

Estos problemas, junto con la preocupación teórica acerca de la aparición de resistencia a los antihelmínticos benzimidazólicos, llevó a dirigir los esfuerzos de las investigaciones hacia la búsqueda de nuevas herramientas para el control de la uncinariasis. Hasta la fecha, la reducción de la pobreza y el incremento del desarrollo económico hicieron más por la eliminación de la infección por uncinarias en las naciones industrializadas que cualquier otra medida como las mejoras sanitarias, la administración de antihelmínticos, el uso de calzado y la educación para la salud. Hasta que estas reformas socioeconómicas puedan tener alcance masivo, la implementación de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud para reducir la infección y la elaboración de una vacuna podrían contribuir al control de la uncinariasis.

(...)

III. ANALISIS.

La solicitud del Despacho se centra en que analicemos la norma de atención en el caso del niño Didier Duvan Avila Cruz.

La norma de atención o Lex Artix, hace relación a la calidad de atención médica prestada a un paciente en unos eventos definidos, la norma de atención es establecida por las autoridades de salud y por el desarrollo científico-técnico de la medicina en una localidad. Es decir la norma de atención no es general, depende de las condiciones de acuerdo a tiempo, modo y lugar. Podemos afirmar que la norma de atención establece que para un conjunto de signos y síntomas hay un diagnóstico y concreto y este genera una conducta y /o tratamiento. La norma de atención está consignada en textos y publicaciones científicas.

A mayor especialización la norma de atención deviene más sofisticada y universal. La norma de atención en las especialidades se establece de manera global, es decir la especialidad debe tener igual desarrollo en Colombia que en el resto del mundo.

Universalmente se ha aceptado por diversas legislaciones, entre ellas la colombiana, que existen unos elementos estructurales de la Lex Artis:

1. *La competencia profesional, entendida como el lleno de las condiciones de formación profesional y entrenamiento necesarios para brindar un servicio específico.*
2. *Los registros médicos: debe haber una evaluación completa del paciente y constancia de los hallazgos en los registros básicos, (dentro de ellos el fundamental: la Historia Clínica).*
3. *Empleo de procedimientos de aceptación por parte de instituciones científicas reconocidas legalmente, lo cual excluye utilización de técnicas desconocidas. Los procedimientos médicos utilizados en esta paciente se deben analizar en dos tiempos de atención distintos:*
4. *Consentimiento del paciente.*

DE LA NORMA DE ATENCIÓN O LEX ARTIX Elementos estructurales:

1. *En cuanto a la idoneidad profesional:*

El menor fue atendido en los diversos Hospitales por personal médico especializado o no según el caso:

En el Centro de Salud de Zetaquirá por Médicos Generales, de acuerdo al nivel de complejidad este es el personal adecuado.

En el Hospital de Miraflores fue atendido por Médicos Generales, dado el nivel de dicho Hospital y según la reglamentación del Ministerio de Protección Social, los hospitales de II Nivel basan su atención en médicos generales y tienen disponibilidad de médicos especialistas de acuerdo a los requerimientos de la práctica médica y a los servicios habilitados ante los entes territoriales. De acuerdo a la Historia Clínica, ante los hallazgos del examen físico y la sospecha de enfermedad neoplásica se derivó la atención del paciente a un mayor nivel.

En el Hospital San Rafael de Tunja el niño fue manejado por médicos especialistas en pediatría. Estos tienen la competencia para atender enfermos con las entidades que el enfermo presentaba.

En el Instituto Nacional de Cancerología, al niño se le prestó atención por especialistas en oncología pediátrica y oncohematología. A más de pediatras generales. Este personal era adecuado a las circunstancias clínicas del enfermo.

En el Hospital Universitario de la Misericordia el paciente fue atendido por médicos pediatras, médicos especialistas en oncología pediátrica, oncohematólogos, patólogos pediatras, especialistas en Cuidados Intensivos Pediátricos. Personal adecuado para el manejo de la situación clínica del enfermo.

En cuanto a la evaluación completa del paciente y la constancia de los hallazgos en los registros básicos de la Historia Clínica: La Historia Clínica de esta enferma cumple con los parámetros de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud. Veamos:

En todas las Historias Clínicas estudiadas hay registros adecuados de la evolución del enfermo, hay coherencia en fechas y horas de cada evolución, la actuación de cada uno de los especialistas y médicos es clara; no hay omisiones de importancia salvo la señalada para el día 30 de diciembre de 2002, en el Hospital San

Rafael sobre la ausencia de los paraclínicos. Las Historias del Instituto Nacional de Cancerología y del Hospital de La Misericordia son muy detalladas y completas.

Es claro además, por la documentación aportada, que las Historias estaban disponibles a la investigación, elemento esencial en la resolución 1995.

De los procedimientos:

Los procedimientos en este caso se refieren a la realización de la valoración clínica del niño, a los métodos de diagnóstico utilizados y al tratamiento médico administrado. Es indispensable separar el manejo en cada una de las Instituciones involucradas en la atención.

En el Puesto de Salud de Zetaquirá. El niño consulta al Puesto de Salud por presentar un cuadro de fiebre no cuantificada y de hipopirexia, no encuentran fiebre pero solicitan exámenes de Laboratorio que muestran un estado de anemia y presencia de uncinarias en la meterla fecal. La uncinariasis es una parasitosis de climas medios que produce de manera muy característica anemia en el enfermo. Al atribuir en principio la anemia a la presencia de uncinarias fue acertado y lógico. El tratamiento acorde a la sintomatología y a la etiología. Cuando el niño de nuevo consulta por complicaciones de su cuadro inicial, fiebre y vómito, es remitido al hospital de segundo nivel. Hospital de Miraflores.

En el Hospital de Miraflores encuentran que el niño tiene una neumonía adquirida en la comunidad y se le trata para dicho evento. Ante la persistencia de un cuadro de anemia, acentuada en cifras en relación a los hallazgos del Puesto de salud, y comprobando un crecimiento del hígado y del bazo es remitido al Hospital San Rafael de Tunja, se solicita valoración y manejo. Hay sospecha clínica de enfermedad linfoproliferativa.

En el Hospital San Rafael de Tunja hay dos hospitalizaciones. En la primera hospitalización se estudia un cuadro de fiebre prolongada, anemia y hepato-esplenomegalia. **Se sospecha por clínica y resultados de Laboratorio, la presencia de una leucemia aguda.** Una vez estabilizado el paciente, es remitido al Instituto Nacional de Cancerología, por carencia de especialistas en oncohematología y en especial en oncología pediátrica. El paciente va al instituto Nacional de Cancerología y regresa con diagnóstico de Leishmaniasis visceral y con recomendaciones de manejo. El servicio de Pediatría del Hospital san Rafael procede en consecuencia a la administración del tratamiento indicado para la enfermedad diagnosticada.

Durante siete días se administran los medicamentos, según los protocolos aceptados para dicha enfermedad. Ante la no mejoría y el agravamiento de su cuadro de salud general y vista la necesidad de UCI. Es remitido al Hospital de La Misericordia. Es claro en la primera hospitalización que en el Hospital San Rafael de Tunja, en la que no se contaba con los recursos técnicos ni de personal para hacer el diagnóstico y manejo de la enfermedad en sospecha clínica, es decir para el diagnóstico y manejo de una leucemia aguda en niños. Ante la carencia de recursos era imperativo remitir al paciente. En la segunda hospitalización se manejo al paciente

según las recomendaciones del Instituto Nacional de Cancerología. Como ya dijimos se siguió la recomendación y en consecuencia el niño fue tratado. Ante una evolución tórpida con buen criterio se decide la remisión. Por supuesto que persistían las limitaciones para profundizar en el diagnóstico y manejo del enfermo.

En el Instituto Nacional de Cancerología el paciente es hospitalizado para el diagnóstico y manejo de una leucemia. Consecuentes con esta impresión diagnóstica se le realizan numerosos- estudios que buscan confirmar o descartar dicha entidad. En estudios de extendido de médula ósea y de biopsia de médula ósea se encuentra la presencia de Histiocitos cargados con elementos pequeños y rodeados que se consideran compatibles con leishmania.

No obstante el uso de la palabra COMPATIBLE por parte de Patología, se hace el diagnóstico de Leishmaniasis Visceral. No se recurre, como era lo indicado por provenir de un área no endémica, a ninguno de los procedimientos útiles para confirmar el diagnóstico, con la mera biopsia y con las coloraciones de rutina se da por hecho la existencia de la Leishmaniasis visceral.

En los estudios posteriores sobre el mismo material de biopsia en el Hospital de La Misericordia se hace el diagnóstico de una Histoplasmosis sistémica.

Surge, ya con el paciente fallecido, la discusión de si el cuadro clínico correspondía a una Histoplasmosis generalizada o a una Leishmaniasis visceral. En un caso similar estudiado por el profesor Gerzain Rodríguez Toro de la Universidad de La Sabana, en un soldado profesional enfermo de SIDA, se presentó el mismo dilema, para solucionarlo se recurrió a estudios de inmunohistoquímica que confirman o descartan de manera fehaciente la presencia de Leishmania.

En el reporte clínico de dicho caso, revista Biomédica Vol. 26, No.4, Bogotá. Dec. 2006 los autores expresan: El diagnóstico diferencial histopatológico de la leishmaniasis cutánea difusa es la histoplasmosis diseminada, con consideraciones secundarias para la micosis por *Penicillium marneffeii*, no descrita en América, para la tripanosomiasis y la toxoplasmosis. La histoplasmosis y la leishmaniasis cutánea difusa muestran enorme número de microorganismos fagocitados por los macrófagos y la histoplasmosis diseminada asociada con el sida es común en nuestro país. Los hongos tienen 2 a 5 micras de diámetro, son redondeados y con un halo a su alrededor que sugiere una cápsula, de donde proviene su nombre; son PAS positivos y con la coloración de plata metenamina se tiñen de negro, en conglomerados o en cadenas con gemación, características que no tienen los amastigotes, los cuales no se tiñen con la coloración de Gomory; pero en este caso, los núcleos de los amastigotes se impregnaron con el nitrato de plata ($AgNO_3$) por algún artificio de la técnica histológica, prestándose la confusión con Histoplasma. Los amastigotes tienen cinetoplasto fácil de visualizar con la coloración de hematoxilina-eosina y con la de Giemsa, no forman conglomerados sino que tienden a permanecer adosados a la membrana del fagosoma que los alberga y no presentan gemación.

El diagnóstico histopatológico de leishmaniasis cutánea difusa, leishmaniasis visceral o histoplasmosis se debe confirmar con otras técnicas tales como el examen directo, la inmunohistoquímica, el cultivo, / los títulos de anticuerpos y técnicas de biología molecular, lo cual excluye toda posibilidad de error. No, es rara la confusión entre histoplasmosis y leishmaniasis visceral en el ganglio linfático o en las y biopsias del hígado, lo cual puede tener consecuencias catastróficas para el paciente. Algunos casos de leishmaniasis en pacientes con sida se han interpretado inicialmente como histoplasmosis y, para coccidioidomycosis.

Una vez confirmado el diagnóstico de leishmaniasis cutánea difusa era necesario excluir que el paciente tuviera leishmaniasis visceral, aunque no presentara esplenomegalia ni hepatomegalia, lo cual es posible hasta en cerca del 20% de los enfermos con sida y leishmaniasis visceral, aunque la clínica de los pacientes con coinfección leishmaniasis visceral-sida no es muy diferente de la clásica. La biopsia de médula ósea no mostró amastigotes. Es útil recordar que si bien la zona de procedencia del enfermo no es un área epidemiológica para *L. chagasi*, agente etiológico de la leishmaniasis visceral en Colombia, en los pacientes con sida cualquier especie de *Leishmania* que afecte la piel puede generalizarse y originar compromiso visceral y parasitar cualquier célula del sistema de macrófagos, en cualquier tejido u órgano, inclusive en el sistema nervioso central. En otras palabras, la localización de las lesiones no depende de la especie del parásito sino del estado inmune del hospedero

En el caso que nos ocupa, dada la procedencia del paciente de una zona no endémica para leishmaniasis visceral, era indispensable la PRÁCTICA DE PRUEBAS DE INMUNOHISTOQUIMICA, DE BIOLOGIA MOLECULAR, DOSIFICACION DE ANTICUERPOS, ESTUDIOS DE EXAMEN DIRECTO, que precisaran el diagnóstico antes de instaurar un tratamiento. Estas pruebas están disponibles en Colombia en algunos hospitales universitarios y en el INS.

De nuevo el paciente en el Hospital San Rafael de Tunja, se procede a la administración de tratamiento para Leishmaniasis, sin mejoría y con deterioro progresivo del estado de salud del enfermo. Ante esta situación clínica se opta por la remisión al Hospital de La Misericordia.

En el Hospital Universitario de la Misericordia, ante la evolución tórpida del enfermo, su anemización progresiva, la persistencia de hepato-esplenomegalia, la presencia de infiltrados alveolares en las radiografías de tórax, se revisa todo el caso y se reexaminan los estudios de histopatología a men de realizar numerosos estudios clínicos y paraclínicos. **Se establece el día ante de la muerte del enfermo la posibilidad de que presente una Histoplasmosis generalizada. Con esta sospecha se interroga la posibilidad de un SIDA como enfermedad de base, hipótesis que no se pudo confirmar y la realización de autopsia clínica, no autorizada por la madre.**

Ante la dificultad diagnóstica en este caso debemos señalar que estamos ante dos entidades poco frecuentes en nuestro medio. De

Leshsmaniasis visceral se reporta un promedio de 50 casos al año en Colombia; de Histoplasmosis sistémica no hay un reporte confiable, pero se han reportado en los últimos 20 años brotes de la enfermedad que comprometieron a 188 personas, es decir unas 9 a 10 personas con cuadro clínico de Histoplasmosis. No obstante el contacto de los colombianos con el Histoplasma da una frecuencia de pruebas de inmunología positivas de cerca del 45% de la población. En nuestra experiencia profesional y en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, hemos realizado tres autopsias de pacientes con Histoplasmosis sistémica en los últimos 29 años.

Nos encontramos en este caso con un error médico, en general, los errores médicos se dividen en errores de diagnóstico y de prescripción o tratamiento; La percepción errada es mucho más frecuente en el error de diagnóstico, dado que este es la apreciación misma de las condiciones del paciente. El error de diagnóstico generó un manejo médico inadecuado.

El error médico por otra parte, se define como una falsa interpretación y representación mental de un hecho real, es decir, es una situación en la cual, frente a la salud del paciente, se puede llegar a tener un concepto falso; Los errores médicos se enmarcan en la definición general de error: "consiste en una falta de correspondencia entre lo que existe en el campo de nuestra conciencia y lo que hay en el mundo exterior; tratase, pues, de una equivocada valoración de la realidad. La ignorancia, en cambio, es aquel estado intelectual que implica inexistencia de conocimiento sobre algo. Quien ignora no tiene conocimiento alguno del hecho, quien yerra posee un conocimiento equivocado sobre él"

RESPUESTA A LOS CUESTIONARIOS.

1. Estudiaran, en primer lugar, los galenos las historias Clínicas de DIDIER DUVAN AVILA CRUZ y presentarán al proceso un relato claro, detallado y cronológico de lo ocurrido entre el día 25 de octubre de 2002 fecha en que se comenzó la atención al paciente y el 20 de enero de 2003 a las 7 de la noche, fecha y hora en que este falleció. En ese recuento se servirán indicar con toda precisión los procedimientos médicos realizados, los medicamentos ordenados, suministrados y sus cantidades.

R/ Por favor remitirse al cuerpo del informe pericial en donde está contenido lo solicitado Dictaminarán sobre la naturaleza, evolución y gravedad de la enfermedad que sufría la víctima desde cuando fue inicialmente atendida en la UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL CENTRO DE SALUD DE ZETAQUIRA hasta cuando lo fue por la FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA. Al menor Didier Duvan se le comprobó en el Centro de Salud de Zetaquirá una Uncinariasis, dicha enfermedad es de origen parasitario, no pone en general en peligro la vida y su evolución es crónica. En el Hospital de Miraflores se le comprobó la presencia de una neumonía adquirida en la comunidad, dicha enfermedad es de origen infeccioso, grave y puede poner en peligro la vida del enfermo, puede evolucionar a la muerte a pesar del tratamiento médico, constituye hoy una de las principales causas de muerte en el mundo. **En el Hospital san Rafael de Tunja, en su primera Hospitalización no se hizo ningún diagnóstico etiológico. Fue**

remitido para estudio. Desde antes de la remisión el paciente presentaba una Histoplasmosis sistémica, que no fue comprobada sino un día antes de la muerte. LA histoplasmosis sistémica es una enfermedad de origen micótico, generalmente asociada a inmunosupresión o incompetencia inmunológica y de extrema gravedad. Los pacientes con esta enfermedad fallecen por la misma a pesar del tratamiento médico. Como ya se expreso al paciente se le trato para una Leishmaniasis visceral que no padecía.

Dictaminaran si la atención, diagnóstico y tratamiento médico, clínico y farmacéutico que le suministró LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL CENTRO DE SALUD ZETAQUIRA, EL HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA E.S.E. EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E. Y LA FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, fue el apropiado, oportuno, suficiente, eficaz e idoneo para contrarrestar la leishmaniasis visceral que padecía el paciente y que a la postre le causó la muerte.

El concepto médico científico aquí solicitado debe rendirse en capitulo aparte y explicito para cada una de la Instituciones citadas, y en lo referente al Hospital San Rafael de Tunja se hará especial especial a la primera y segunda hospitalización (ingreso y reingreso).

Como ya lo expresamos por los estudios realizados en el Hospital de la Misericordia se estableció que--; el niño Avila Cruz, no padecía de una Leishmaniasis Visceral sino de una Histoplasmosis sistémica. Esto no es obice para analizar si fue correctamente tratado con relación al diagnóstico que mantuvo hasta un día antes de la muerte.

En el Centro de Salud de Zetaquirá como ya lo dijimos fue manejado de manera correcta para la entidad que tenía y se le diagnosticó: uncinariasis. No tenían los médicos tratantes, los recursos técnico-científicos que les permitieran siquiera sospechar la existencia de una leishmaniasis visceral y mucho menos una histoplasmosis sistémica. De igual manera en el Hospital Regional de Miraflores, allí se hizo el diagnóstico de una neumonía adquirida en la comunidad. Fue tratado de manera adecuada y oportuna para dicha entidad. No tenían los medicos de dicho hospital recursos para lograr otro diagnóstico, ante el cuadro de hepato-esplenomegalia y fiebre es remitido al Hospital San Rafael de Tunja.

En la primera hospitalización en Tunja con el cuadro clínico, se sospecha una leucemia. No había lugar a sospechar la presencia de una leishmaniasis visceral pues dicha enfermedad no tiene incidencia epidemiológica en Boyacá y en la zona de procedencia del menor. Es indudable que en zonas de alta incidencia, como por ejemplo el valle del bajo magdalena y en el Hospital Leonardo Moncaleano de Neiva... dada su alta frecuencia en niños de esa región del país, **en Boyacá era un diagnóstico muy exótico.** Con la sospecha de leucemia es remitido al Instituto Nacional de Cancerología por la carencia en el Hospital San Rafael de un departamento de Hematooncología pediátrico. El manejo moderno de las leucemias requiere de recursos técnicos y de personal altamente especializados.

En el reingreso al Hospital San Rafael el enfermo tenía un diagnóstico hecho en el Instituto Nacional de Cancerología acompañado de unas recomendaciones terapéuticas. El Hospital se limitó a seguir dichas recomendaciones y no puso en duda el diagnóstico. El manejo dado correspondía al de una Leishmaniasis visceral, que se hizo de manera correcta y adecuada a la situación del menor. Ante su evolución desfavorable fue remitido al hospital de la Misericordia. Las dosis de Glaucantime administradas fueron las indicadas en las recomendaciones.

En el Instituto Nacional de Cancerología el paciente fue estudiado para una leucemia aguda; en los estudios de médula ósea se encuentran histiocitos con formas esféricas ensu interior que son compatibles con leishmania, se sugiere el diagnóstico de Leishmaniasis visceral sin otros medios confirmatorios. Dada la procedencia del menor y de acuerdo a lo reportado por Patología, como a lo dijimos, era imperativo realizar las pruebas confirmatorias antes de hacer la remisión con recomendaciones de tratamiento al Hospital San Rafael.

En el Hospital de la Misericordia, se sospecha una enfermedad de base distinta de la leishmaniasis visceral y es sometido a numerosos estudios. Es manejado para las severas complicaciones sistémicas en la UCI. Se establece el diagnóstico de la enfermedad como una histoplasmosis sistémica. El tratamiento dado en el Hospital de La Misericordia, fue óptimo.

Indicaran los peritos si la sintomatología del paciente AVILA CRUZ permitía al Hospital San Rafael de Tunja, en su primer ingreso u hospitalización, diagnosticar médica y científicamente que este padecía de Leucemia, es decir si existieron serios fundamentos para emitir tal diagnóstico o si por el contrario este diagnóstico fue infundado, equivocado o erróneo.

R/ La sintomatología del menor en la primera hospitalización de fiebre, hepato-esplenomegalia, hiporexia, adenopatías generalizadas, adeinamia y anemia progresiva, era sugestiva de una entidad del tipo de leucemias (...) esta fue una impresión diagnóstica, no un diagnóstico definitivo. Para establecer el diagnóstico de leucemia se requiere de numerosas pruebas de hematología, citogenética, inmunología y citometría de flujo no disponibles en el Hospital San Rafael de Tunja. La remisión con fines de establecer diagnóstico fue correcta.

Se dictaminará, si los diagnósticos de la Leucemia y de la Leishmaniasis Visceral son tan idénticos que eventualmente llegue a permitir un diagnóstico equivocado sobre cada una de estas y si un hospital como el San Rafael de Tunja atendiendo el nivel de atención que presta, debe estar o no en capacidad médico científica de diagnosticar tanto la leucemia como la leishmaniasis visceral.

R/ Nos permitimos aclarar que no son Idénticos los diagnósticos sino los cuadros clínicos de las -enfermedades, el diagnóstico en la medicina moderna no se hace tan solo sobre cuadros clínicos, sino sobre el conjunto de la clínica del paciente, su evolución y los resultados de los estudios de Laboratorio o de otros paraclínicos a más del medio en que se desarrolla la enfermedad: clima, situación geográfica, ancestro racial. Por supuesto que todas las enfermedades contempladas en el caso del niño Didier Duvan Avila,

tienen sintomatología similar. Entre ellos el crecimiento del hígado y el bazo, las adenomegalias, la fiebre, la anemia, son algunos de los signos y síntomas comunes. La diferenciación se hace a partir de los estudios complementarios.

Por lo aportado en la Historia Clínica del Hospital San Rafael de Tunja, en el 2002, no había en ese hospital los servicios de hematología ni de oncología pediátricos. Carecía el hospital de los recursos de citometría de flujo, de citogenética y de inmunología. En esas condiciones era imposible hacer un diagnóstico de leucemia con los parámetros que requiere el tratamiento de dicha enfermedad. El diagnóstico de Leishmaniasis visceral nunca se contempló como posibilidad diagnóstica en la primera hospitalización, dada la situación geográfica y la procedencia del enfermo.

Un segundo cuestionario solicita:

Con que probabilidad un médico general, un médico especialista en pediatría, un médico infectólogo y un médico oncólogo ante un cuadro clínico de fiebre, adenomegalias periféricas, con citopenias hematológicas piensa en primera instancia antes del diagnóstico confirmatorio en leishmaniasis visceral, en un paciente procedente de área no endémica.

R/ La pregunta implica un hipotético imposible, mal podría este perito establecer las probabilidades sobre el pensamiento de los médicos. Los médicos en el proceso de establecer un diagnóstico a más de pensar tienen otras herramientas semiológicas, entre ellas la procedencia del enfermo. En áreas de alta incidencia, la leishmaniasis visceral se debe contemplar como la primera posibilidad diagnóstica en un niño con síndrome febril prolongado y hepato-esplenomegalias. En áreas no endémicas esta enfermedad constituye un diagnóstico de descarte después de haber desechado otras muchas etiologías para este cuadro clínico, en especial deben descartarse las enfermedades de origen tumoral.

Ante la sintomatología de un paciente, nuestros profesores de semiología de la Universidad Nacional de Colombia, siempre nos recordaba: "cuando oigan pisar cascos piensen en caballos y no en cebras".

Cuál es el rendimiento operativo diagnóstico de la sumatoria de fiebre, adenomegalias periféricas y hepatoesplenomegalia con citopenias hematológicas para el diagnóstico de leishmaniasis visceral.

El "rendimiento operativo diagnóstico" se aplica a pruebas específicas, no a conjuntos de sintomatología. Debemos tener en cuenta que los riesgos de padecer una enfermedad en pacientes asintomáticos se conoce como riesgo basal pre-prueba y hace relación a la prevalencia de una enfermedad en una población dada. En pacientes sintomáticos depende de la especificidad y sensibilidad de la prueba aplicada. Dado que los signos y síntomas referidos no son cuantificables, salvo la fiebre, es imposible medir el rendimiento operativo.

Cuál es la estándar de referencia para el diagnóstico de leishmaniasis visceral y de leucemia linfoblástica aguda.

R/ Aunque cada una de las enfermedad implica estudios complementarios, la prueba más útil para su diagnóstico es la biopsia de médula ósea y el mielograma o estudio de extendidos de médula ósea.

En la Institución en la que se realizó el diagnóstico de leishmaniasis visceral, cual fue la orientación clínica inicial para la cual se realizó aspirado y biopsia de médula ósea.

R/ Para el estudio de leucemia aguda.

En la Institución en la que se realizó el diagnóstico de leishmaniasis visceral se orientó desde el inicio, específicamente la búsqueda de una leishmaniasis visceral.

R/ No, se hizo la impresión diagnóstica de leishmaniasis visceral a partir del día 4 de enero, al tercer día de hospitalización.

Cuál es el curso clínico de la leishmaniasis visceral una vez establecido el tratamiento específico. R/ Los pacientes con leishmaniasis visceral evolucionan a la mejoría con tratamiento aunque es una enfermedad con una mortalidad alta, de hasta el 7,5%.

Cursaba el paciente con un estado comorvido (sic) de desnutrición proteico calórica severa al momento del diagnóstico de leishmaniasis visceral.

R/ si bien la palabra inglesa morbidity ya ingresó en nuestra lengua como morbilidad, la palabra comorbidity y su adjetivo comorbid lejos están de hacerlo. El término usado en castellano es "concurrente" que es suficientemente explicativo, la condición nutricional del niño no era de una desnutrición severa: el niño pesaba 15. 5 Kilos y media 102 cm. Talla y peso esperadas para un niño colombiano de su edad, según las tablas del Ministerio de Protección Social y del INS.

Cuál es el impacto sobre la evolución clínica de una leishmaniasis visceral (sic) en tratamiento en un paciente con un estado comorvido (sic) de desnutrición proteico calórico severa.

R/ En general la leishmaniasis visceral se presenta en niños pobre y mal nutridos, esta condición social influye de manera negativa en su evolución clínica.

___ Se allegó respuesta a la solicitud de aclaración y complementación al dictamen expedido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses con fundamento en la Historias Clínicas del menor Didier Duvan Ávila Cruz (fls 259-274):

"El señor perito se servirá aclarar y complementar, su dictamen respecto de los siguientes aspectos:

Que complemente y aclare si la UAE CENTRO DE SALUD ZETAQUIRA, en la atención prestada se ajustó a las Guías de

Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (A.I.E.P.I.), expedidas por el Ministerio de Protección Social. Al contestar la pregunta deberá indicar el perito al proceso que son las A.I.P.I., su importancia, a que grupo poblacional se aplica y si se efectúa para reducir su morbimortalidad.

R/ La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es una estrategia de salud, que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas menores de 5 años. Fue elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), enfoca la atención sobre los niños y niñas y no sobre la enfermedad.

Brinda una herramienta de trabajo concreta para fortalecer la integración de los servicios de salud, permitiendo que se establezcan o refuercen redes de atención entre servicios, tanto en una misma institución, como entre instituciones de salud (hospitales, centros de salud, puestos de salud), agentes comunitarios y otros sectores que trabajan con la infancia.

En los servicios de salud, la estrategia AIEPI promueve el diagnóstico de las enfermedades más frecuentes de la infancia que son vistas en consultorios para pacientes ambulatorios, garantiza el tratamiento apropiado de todas las enfermedades principales, fortalece los consejos a las personas que se encargan de atender a las niñas y niños, y acelera la referencia a los servicios de salud, de niños gravemente enfermos.

Está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención para el niño es un derecho.

Objetivos de la estrategia AIEPI

Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la ocasionada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.

Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, tuberculosis, malaria, además de los trastornos nutricionales.

Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años, tanto en los servicios de salud como en el hogar.

L Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.

Para cumplir sus fines los Ministerios de Salud han adaptado manuales de AIEPI para el manejo de las enfermedades de mayor prevalencia en la infancia y propuesto por la OPS.

2. Que complemente y aclare si en observancia de la A.I.E.P.I. al paciente AVILA CRUZ se le determinaron signos de peligro o

dificultad respiratoria, diarrea, fiebre, erupciones cutáneas, zona de riesgo de malaria o dengue, sangre en la orina y el tiempo en que esta se presentaba, problemas de oído, problemas de garganta, verificación de maltrato, verificación de desnutrición, verificación de anemia.

El señor abogado copia dos frases del manual de la OPS y nos pregunta si los médicos tratantes cumplieron con este a manera de lista de chequeo. Esto no lo podemos establecer en el material de Historia Clínica. En ella solo están consignados los hallazgos positivos y negativos más relevantes. Habría muchos elementos del proceso de anamnesis y de examen físico existentes en la consulta que no quedan consignados en la Historia. No podríamos por ejemplo negar o afirmar que el médico tratante hizo o no "verificación de maltrato". O si determino o no "zona de riesgo de malaria o dengue. En la Historia clínica del niño en el Puesto de Salud de Zetaquirá están consignados como datos positivos: el menor tenía una anemia, desnutrición crónica, congestión orofaríngea y odinofagia ("problemas de garganta"), se descartó sangre en la orina, en sus consultas del año 2002. Lesiones de piel (erupciones cutáneas) se encontraron a los 8 meses de edad. En las últimas consultas no hay registro de dichos hallazgos.

En cuanto a los signos de riesgo señalados en el manual, el principal es el de no comer y presencia de vómito, en la consulta del día 20 de Diciembre de 2002, los médicos tratantes del Puesto de Salud señalaron este riesgo y por el mismo fue remitido a un II nivel de atención.

La atención médica se basa en la relación médico-paciente y como tal no consiste en la aplicación de unos conocimientos específicos a un objeto y así establecer un diagnóstico-tratamiento. Eso sería la materialización de la concepción utópica del predominio del conocimiento, bastaría al médico aplicar una simple lista de chequeo. Por el contrario la relación médico paciente implica una interacción entre el médico y su enfermo y en el caso de los niños no solamente con el enfermo sino con su cuidador, relación en la que no solo existe la variabilidad, de diverso género, entre los médicos sino un proceso análisis entre este y el enfermo. La subjetividad-objetividad, el contexto y las condiciones de la atención son determinantes.

Que complemente y aclare si ante la presencia de anemia en un niño menor de 5 años, cuáles deben ser las órdenes médicas y si estas se expidieron.

La anemia tiene múltiples causas y se presenta en diversos grados. En un niño de 5 años puede haber numerosas causas de anemia. Desde las tumorales hasta las nutricionales.

En el caso que nos ocupa por clínica y laboratorio se estableció la presencia de una anemia ferropénica con presencia de uncinariasis. El tratamiento que se dio fue para la parasitosis y suplemento de hierro, que fue el adecuado ante los hallazgos de los paraclínicos.

Que complemente y aclare si en presencia de anemia en un paciente menor de 5 años se debe ordenar una cita de control en 14 días, vitamina "A", hierro y albendazol y si esto fue o no ordenado.

Reiteramos que el manejo de la anemia depende de su origen o etiología, el control a los 14 días depende por supuesto del estado del paciente. El tratamiento de "albendazol, hierro y vitamina A" se propone por la alta frecuencia en población pobre de parasitismo intestinal y anemia con déficit de hierro. El déficit de vitamina A se asocia al déficit de hierro pero no produce por si mismo anemia sino alteraciones de la respuesta inmunológica y en un círculo vicioso al parasitismo y a la anemia. El tratamiento propuesto se basa en estos hallazgos epidemiológicos.

En el caso que nos ocupa se uso como antiparasitario Palmoato de Pirantel en lugar de Albendazol, dada la existencia de uncinarias; hierro en forma de sulfato ferroso y se administró vitamina A en la preparación comercial de Dayamineral®.

Que complemente y aclare si la ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES, en la atención prestada se ajustó a las Guías de Atención Integral de Enfermedades prevalentes en la Infancia (A.I.E.P.I.), expedidas por el Ministerio de Protección Social.

R/ Reiteramos que en el Hospital de Miraflores al niño Avila Cruz se le diagnosticó como enfermedad principal una neumonía adquirida en la comunidad y como tal fue tratado. En el manejo de dicha entidad se cumplieron con lo establecido en el AIEPI de la OPS.

Que complemente y clarifique si un paciente que es atendido en una institución de segundo nivel de atención, en una zona considerada de alto riesgo de leishmaniasis y con un diagnóstico de síndrome febril prolongado, hepatomegalia y esplenomegalia, imponía a esa institución la obligación de descartar el diagnóstico de leishmaniasis.

La leishmaniasis comprende tres entidades distintas en su frecuencia, evolución y presentación clínica. Cutánea, mucocutánea, y visceral. En la información que tenemos disponible publicada por el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Salud encontramos que en el Departamento de Boyacá la leishmaniasis cutánea es frecuente; Revisamos los Boletines epidemiológicos de los últimos 8 años y medio y no hay un solo reporte de Lesihmaniasis Visceral en el Departamento. **Consideramos por tanto que en Boyacá no hay alto riesgo de Iesihmaniasis visceral, por lo tanto una institución de segundo nivel de atención de Boyacá ante el cuadro descrito pensará en otras alternativas diagnósticas.**

Que teniendo en cuenta lo normado en la resolución Nro. 412 del 25 de Febrero de 2000 y el anexo que establece la guía para la atención de leishmaniasis (Art. 10 literal t-Anexo técnico 2-2000) complemente y aclare si las instituciones de segundo nivel se encuentran obligadas a diagnosticar esa enfermedad, tratarla y curarla.

La Guía para el manejo de la Leishmaniasis Guía número 21 del Ministerio de Protección Social establece que para el manejo de la Lesihmaniasis Visceral la posibilidad de hacerlo en Hospitales con niveles de atención II, con dos condiciones que haya para el diagnóstico personal entrenado en Aspirado de Médula Ósea y entrenado en punción de bazo y en el control de las complicaciones del segundo procedimiento.

El mismo Ministerio de Protección Social clasifica los Hospitales como de Nivel II si tienen la disponibilidad de las especializaciones básicas: obstetricia, cirugía General, Medicina Interna y Pediatría. Para la práctica de una punción de médula ósea en niños se requiere un médico especialista en pediatría con entrenamiento específico o un especialista en hematología. El estudio de un extendido de médula ósea debe ser realizado por Técnicos en Laboratorio Clínico (bacteriólogos) con entrenamiento específico y certificado o por médicos hematólogos o por patólogos con entrenamiento en hemato-oncología. Sucede que no se trata de diagnosticar la presencia o no de Leishmaniasis, como hay un grupo importante de entidades como diagnóstico diferencial: histoplasmosis, leucemias, mielofibrosis. El personal no solo debe estar entrenado en diagnosticar la leishmania sino en descartar o confirmar la presencia de otra enfermedad.

Las Instituciones no están obligadas a cumplir más allá de sus posibilidades reales; sucede de manera muy frecuente en nuestro medio que numerosos Hospitales son catalogados como de nivel II y no cuentan con personal entrenado en Aspirado de Médula ósea, ni de Hematología.

De la manera más respetuosa señalo que ningún médico y en ninguna circunstancia está en la obligación de curar una enfermedad, así lo ha reiterado en numerosas ocasiones la Honorable Corte Suprema de Justicia. Esto implicaría la obligación de curar a todos los enfermos de leishmaniasis visceral, acción imposible.

Que complementé y aclare si esa entidad(HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES), ante el estado de salud del paciente debió realizar procedimiento y efectivamente lo hizo, para establecer los diagnósticos del paciente para hepatitis, mononucleosis, leishmaniasis, leucemia, histoplasmosis, malaria y dengue.

Esta lista de enfermedades corresponde a parte de los diagnósticos diferenciales establecidos por la Guía 21 del Ministerio de Protección Social.

Un diagnóstico diferencial es elegido de entre varios posibles tras el estudio por el profesional de toda la información necesaria en el llamado proceso diagnóstico o proceso de diagnóstico. El médico siempre hace una hipótesis diagnóstica o de impresión, según su criterio clínico. En la mayoría de casos esta impresión se corrobora, en otras se desecha y en algunos es imposible llegar a un diagnóstico definitivo, aún con exámenes postmortem.

Se trata de establecer una hipótesis de trabajo. Para que las hipótesis iniciales sean válidas, éstas deberán tener consistencia lógica y Fundamentación científica y tener la posibilidad de ser contrastadas empíricamente.

Reiteramos que al paciente en el Hospital de Miraflores se le hizo diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad y síndrome febril con hepato-esplenomegalia. Se le dio tratamiento para la neumonía con mejoría y fue remitido para valoración y manejo por Pediatría por su síndrome febril y la hepatoesplenomegalia.

No hay estudios específicos para leishmaniasis visceral, ni para leucemia que requerían de estudio de médula ósea; no hay estudios de histoplasmosis sistémica para el cual se requiere de pruebas cutáneas, serológicas de anticuerpos por complemento y de biopsia con coloraciones especiales que no están disponibles en los Hospitales regionales.

No hay pruebas para dengue y de igual manera el diagnóstico de dengue requiere de pruebas serológicas de inmunología que están disponibles tan solo en los Laboratorios de Salud Pública.

En cuanto a pruebas para malaria, el examen de gota gruesa, no hay registro en la Historia Clínica. Este examen por su tecnología debe estar disponible en cualquier nivel de atención desde el nivel I.

Hay pruebas de función hepática que descartan la presencia de una hepatitis.

No hay registro de pruebas serológicas para hepatitis en la Historia Clínica. Se requiere de diversos niveles de especialización de los Laboratorios clínicos para hacer el diagnóstico de hepatitis: para hepatitis A y B son comunes y difundidas las pruebas; las hepatitis C, delta, no A no B, se requiere de pruebas de alta tecnología, no disponibles en los hospitales regionales.

Si la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, en atención prestada se ajustó a las Guías de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la infancia. A.I.E.P.I. expedidas por el Ministerio de Protección Social. (en la primera hospitalización)

R/ Las guías AIEPI se refieren a procedimientos de Consulta Externa no especializada y como su nombre lo indica no constituyen un Protocolo de estricto cumplimiento. El niño permaneció en el Hospital San Rafael con el diagnóstico de leucemia y neumonía, esta última enfermedad se estableció por medio de Rx y se trató como tal. No se investigaron otras causas de Síndrome ebril prolongado.

Que aclare si en observancia de la A.I.E.P.I. al paciente AVILA CRUZ se le determinaron signos de peligro o dificultad respiratoria, diarrea, fiebre, erupciones cutáneas, zona de riesgo de malaria o dengue, sangre en la orina y el tiempo en que esta se presentaba, problemas de oído, problemas de garganta, verificación de maltrato, verificación de desnutrición, verificación de anemia.

Reiteramos que las AEIPI se aplican en la consulta, al estar hospitalizado el paciente en un Departamento de Pediatría de por si "tiene signos de peligro" o sino su manejo hubiera sido ambulatorio. En las diversas valoraciones se verificaron problemas de garganta, oído, se estableció de manera clara la presencia de dificultad respiratoria y fiebre, se comprobó la anemia. Se descartaron enfermedades exantemáticas, se descartó la presencia de sangre en la orina, por frotis de sangre periférica se descartó malaria. No se hicieron pruebas para dengue.

Que clarifique si un paciente que es atendido en una institución de tercer nivel de atención, remitido de una zona considerada de alto riesgo para Leishmaniasis y con impresión diagnóstica de síndrome febril prolongado, anemia y hepato y esplenomegalia a estudio,

imponía a esa institución la obligación de descartar el diagnóstico de leishmaniasis.

R/ En la Información disponible del Ministerio de Protección Social el Departamento de Boyacá, no ha reportado al Boletín Epidemiológico Nacional, ningún caso de Leishmaniasis Visceral en los últimos 9 años, mal podríamos considerar a dicho Departamento como Zona de Alto Riesgo. La leishmaniasis visceral es uno de los diagnósticos diferenciales de un síndrome febril prolongado con las características del descrito en el niño Avila Cruz. Como ya lo expresamos un diagnóstico diferencial es un diagnóstico elegido de entre varios posibles tras el estudio por el profesional de toda la información necesaria en el llamado proceso diagnóstico o proceso de diagnóstico. El médico hace una hipótesis diagnóstica o de impresión, según su criterio clínico. En la mayoría de casos esta impresión se corrobora, en otras se desecha y en algunos es imposible llegar a un diagnóstico definitivo, aún con exámenes postmortem.

Se trata de establecer una hipótesis de trabajo, Para que las hipótesis iniciales sean válidas, éstas deberán tener consistencia lógica y fundamentación científica y tener la posibilidad de ser Contrastadas empíricamente. Tenían más consistencia lógica con los datos epidemiológicos conocidos, otros diagnósticos como el de LEUCEMIA.

Que teniendo en cuenta lo normado en la Resolución 412 del 25 - de febrero de 2000 y el anexo que establece la guía de atención de las leishmaniasis (Art.10 Literal T-anexo técnico 2-2000) aclare si las instituciones de tercer nivel se encuentran obligadas a diagnosticar esa enfermedad, tratarla y curarla.

R/ Como ya lo expresamos los médicos no están obligados a curar las enfermedades sería un hipotético imposible. Los médicos tratan con o sin éxito a los enfermos y en la mayoría del caso tan solo tienen posibilidad de aliviar las consecuencias de la enfermedad. No obstante deben hacer una hipótesis diagnóstica, basada en los síntomas y signos y de acuerdo a esta hipótesis con razonabilidad científica y técnica establecer un tratamiento. La filosofía misma de las AIEPI nos habla de tratar enfermos y no enfermedades.

Según lo contenido en la "Guía de atención de la leishmaniasis", el método diagnóstico de examen parasitológico directo mediante aspirado de médula ósea para la comprobación de leishmaniasis visceral "se debe realizar por personal con entrenamiento en instituciones de segundo o tercer nivel de atención". En cuanto al manejo, en los casos de leishmaniasis cutánea o mucosa el tratamiento está indicado en instituciones de primer nivel, y en casos como la leishmaniasis visceral y otros de especial cuidado remitir al nivel de referencia para su tratamiento, nivel de referencia que para las instituciones de primer nivel corresponde a instituciones de segundo nivel de complejidad. La leishmaniasis, como menciona la guía, debe ser tratada en el nivel respectivo considerando los criterios de curación tanto en la mucosa, cutánea y visceral, y con posteriores controles clínicos cada seis meses durante dos años. Los controles clínicos dado que son un tamizaje para detectar posibles reactivaciones pueden ser realizados en instituciones de primer nivel dado que no implican nivel mayor de complejidad.

Que complemente y aclare si esa entidad (el Hospital San Rafael) ante el estado de salud del paciente debió realizar procedimientos y efectivamente lo hizo, para efectos de establecer diagnósticos diferenciados del paciente para hepatitis, mononucleosis, Leishmaniasis, leucemia, histoplasmosis, malaria y dengue. Indicara que es un diagnóstico diferenciado

R/ El proceso para diagnosticar que enfermedad padece una persona, sea niños o adulto, comprende la elaboración de una Historia Clínica con anamnesis, revisión por sistemas, examen físico y exámenes complementarios. No se puede de ninguna manera realizar exámenes paraclínicos sin una impresión diagnóstica surgida de la Historia Clínica.

Según la Historia Clínica los médicos tratantes hicieron impresión diagnóstica de SINDROME FEBRIL PROLONGADO y de LEUCEMIA y su actividad se centró en dicha enfermedad. La fiebre se atribuyó a proceso bronco neumónico comprobado por radiografías de tórax. Los exámenes de sangre sugerían leucemia y se optó por la remisión al Instituto Nacional de Cancerología. Dentro de los exámenes practicados hay algunos que pueden descartar hepatitis (pruebas de bilirrubinas y transaminasas), no se encuentran en las fotocopias de la Historia Clínica exámenes específicos para leishmaniasis, histoplasmosis, mononucleosis, malaria ni para dengue. Se solicitaron el día 27 de diciembre pruebas para mononucleosis, malaria y TORCHS.

Un diagnostico diferenciado por lo contrario a diferencial equivale a ya establecido, luego de descartar o confirmar entre la gama de diagnósticos posibles.

Como ya se expresó arriba el médico hace una hipótesis diagnóstica o de impresión, según su criterio clínico. Para que las hipótesis iniciales sean válidas, éstas deberán tener consistencia lógica y fundamentación científica y tener la posibilidad de ser contrastadas empíricamente. Dado que región de procedencia del menor no es endémica para malaria, dengue ni leishmaniasis, otros posibles diagnósticos debían ser descartados primero.

Que atendiendo las órdenes médicas dispuestas por los Doctores Gustavo Borda (Pediatra) y Carlos Mogollón (médico General) al momento del ingreso del paciente, relacionados con IGG, IGM, ASTOS se complemente y aclare si estas se realizaron o no, su importancia frente al mal estado general del paciente y la leishmaniasis visceral posteriormente diagnosticada.

R/ Las pruebas de IgG e IgM, hacen relación a una técnica de valoración de las inmunoglobulinas, que deben ser específicas para cada enfermedad; su valor global tiene importancia para conocer la existencia de una inmunodeficiencia congénita y adquirida. Si se solicitan sus valores específicos se está valorando, en el caso de la IgG la exposición crónica a una enfermedad, la IgM valora la presencia en el momento de una enfermedad o fase aguda. Los ASTOS miden la respuesta del organismo ante estreptococo.

La Historia Clínica para el día 27 de diciembre de 2002 a las 21:45 horas en el tercer ítem hace referencia entre otras solicitudes de paraclínicos a pruebas para TORCHS IgG y M, y ASTOS. TORCH corresponde a las iniciales en inglés de toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y sífilis. Y se usa para detectar

enfermedades infecciosas en el recién nacido. Ninguna de estas entidades tiene relación con leishmaniasis. Estas pruebas requieren de tiempo variable de realización, de horas y días. Al paciente ser remitido no se realizaron los estos exámenes.

Sobre la segunda hospitalización.

Que aclare si la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, en atención prestada al menor y ante su evidente deterioro, realizó procedimientos para establecer diagnósticos diferenciados del paciente para cirrosis, anemia hemolítica, brucelosis, salmonelosis, sífilis e histoplasmosis. Indicará que es un diagnóstico diferenciado. R/ Durante la segunda hospitalización en el Hospital San Rafael se detecta un deterioro progresivo con disminución de las proteínas plasmáticas. Ante esa situación se decide la remisión al Hospital de la Misericordia. La anemia hemolítica comprende un numeroso grupo de causas, de estudios especializado por hematología y ya descartadas en la Hospitalización en el Instituto Nacional de Cancerología. Estaba siendo tratado para Leishmaniasis, no se realizaron pruebas para otras enfermedades infecciosas. Las pruebas de función hepática descartaban una cirrosis congénita.

Que nos señale cuál es la especialidad médica del patólogo forense.

R/ La Patología Forense es una de las ramas de la Patología. "La patología forense se ocupa de la aplicación de la ciencia y de los métodos de la patología a la solución de problemas legales". Según Bernard Knight, la patología forense "se ocupa principalmente de la patología de las lesiones, en oposición a las enfermedades, aunque muchos procesos morbosos tienen importancia médico legal, especialmente cuando se relacionan con lesiones previas, accidentes industriales y otras causas que puedan tener un aspecto civil o penal. La función principal del patólogo forense consiste en la investigación de las muertes repentinas, inesperadas, sospechosas o francamente criminales". Por lo anterior, puede definirse a la patología forense como la subespecialidad de la patología general que auxilia a la administración de justicia penal determinando con sólida probabilidad la causa y circunstancias de la muerte, mediante el estudio macro y microscópico de las alteraciones estructurales.

Para ser Patólogo Forense se requiere se médico, especialista en Patología y experiencia y estudios específicos de Patología Forense. Que aclare si en Colombia la leishmaniasis es o no una enfermedad de interés en salud pública (sic).

R/ La Leishmaniasis, en sus tres formas clínico-patológicas, es una enfermedad de notificación obligatoria y por lo tanto de interés en Salud Pública.

Que nos aclare con fundamento en las Resolución Nro. 412 del 25 de febrero de 2000 y el anexo que establece la guía para la atención de leishmaniasis (art. 10 Literal t-anexo técnico 2-2000) si las instituciones de segundo y tercer nivel de atención del país se encuentran obligadas y con capacidad médico científico para diagnosticar, tratar y curar la leishmaniasis visceral.

R/ Reiteramos que ningún médico y ninguna Institución tienen la obligación de curar la leishmaniasis visceral. Si se cuenta con la tecnología y el personal capacitado se puede hacer el diagnóstico

en las Instituciones de segundo y tercer nivel. En los casos de leishmaniasis cutánea o mucosa el tratamiento está indicado en instituciones de primer nivel, y en casos como la leishmaniasis visceral y otros de especial cuidado remitir al nivel de referencia para su tratamiento

Que nos aclare en que aspectos variaría el dictamen pericial si se tiene establecido por parte de la Secretaría de Salud de Boyacá que en Boyacá existe un mapa de riesgo para leishmaniasis y que el municipio de Miraflores (Boyacá) se encuentra catalogado como un municipio de alto riesgo y Zetaquirá (Boyacá) como un municipio de bajo riesgo.

R/ No conocemos el mapa de riesgo de Leishmaniasis Visceral de la Secretaría de Salud de Boyacá.

Que nos aclare con fundamento en las Resolución Nro. 412 del 25 de febrero de 2000 y el anexo que establece la guía para la atención de la leishmaniasis (Art. 10 literal t — Anexo técnico 2-2000), en qué casos se debe diagnosticar, tratar y curar la leishmaniasis visceral en una institución de cuarto nivel de atención.

*R/ Como se mencionó anteriormente, **el diagnóstico de leishmaniasis incluye el descartar otros diagnósticos;** algunos de estos requieren de instituciones de mayor complejidad que cuenten con el personal y los requerimientos técnicos necesarios, disponibles en instituciones de tercer, e incluso de cuarto nivel de complejidad o algunos sólo disponibles en el Instituto Nacional de Salud. Las instituciones del cuarto nivel, de máxima complejidad está constituido por técnicas de óptimo desarrollo tanto en el campo quirúrgico: trasplantes y microcirugía, como en el campo de las imágenes diagnósticas: escáner, resonancia magnética nuclear, radiología digital y en el campo del laboratorio clínico: técnicas de radio inmunoensayo, además de contar con supraespecialistas. Según lo anterior, una institución clasificada como de nivel de complejidad alto, permite suponer que cuenta con el más alto grado de medios tanto a nivel de personal como de tecnología para prestar la atención y por lo tanto estará en capacidad de suplir la demanda de patologías de mayor severidad.*

Para el manejo, como se ha mencionado ya, se realiza según si es leishmaniasis cutánea en instituciones de primer nivel y si es visceral o en casos especiales en el nivel de referencia. Ya se ha tratado varias veces que los médicos no tienen obligación alguna de curar enfermedades.

Que nos aclare con fundamento en las Resolución Nro. 412 del 25 de febrero de 2000 y el anexo que establece la guía para la atención de la leishmaniasis (Art. 10 literal t — Anexo técnico 2-2000), si el examen parasitológico directo de la médula ósea es uno de los procedimientos idóneos para diagnosticar la leishmaniasis visceral.

R/ Según la norma citada, el diagnóstico se hace con cuadro hemático y tiempos de coagulación, examen parasitológico directo mediante aspirado de médula ósea, examen parasitológico directo mediante aspirado de bazo, detección de anticuerpos y reacción de montenegro. Esta última es siempre negativa durante la fase activa

de la enfermedad y, generalmente, se hace positiva entre tres y seis meses después de terminado el tratamiento, por lo que es útil sólo para el seguimiento del paciente. Se requiere además dentro del estudio diagnóstico ¹considerarse los diagnósticos diferenciales de todo síndrome febril prolongado con esplenomegalia para lo que es necesario realizar exámenes paraclínicos confirmatorios.

El examen parasitológico directo de la médula ósea es uno de los parámetros para el diagnóstico de la leishmaniasis visceral.

Que nos aclare con fundamento en las Resolución Nro. 412 del 25 de febrero de 2000 y el anexo que establece la guía para la atención de la leishmaniasis (Art. 10 literal t — Anexo técnico 2-2000), si las únicas exigencias para realizar el examen parasitológico directo de médula ósea, son: A) Personal médico entrenado (no especializado); B) Un microscopio; C) Una jeringa; D) Xilocaína simple al 2% y; E) condiciones de asepsia.

R/ La norma mencionada determina que el examen parasitológico directo mediante aspirado de médula ósea es un procedimiento que se debe realizar por personal con entrenamiento en instituciones de segundo o tercer nivel de atención. Los elementos mencionados, jeringa, xilocaína y un microscopio son necesarios para la realización del procedimiento. Las condiciones de asepsia son requeridas en todo procedimiento quirúrgico, como lo es un aspirado de médula ósea. En la norma no se hace mención a que lo nombrado en su pregunta sean "las únicas exigencias" para realizar el procedimiento, pero si son requerimientos para su realización, dentro de otros, como la existencia de un lugar adecuado para su realización. Los requerimientos señalados en la pregunta no se encuentran en la resolución mencionada.

El entrenamiento para la toma y lectura de aspirados de médula ósea es propio de la especialidad en Hematología.

Que nos aclare si la Resolución Nro. 412 del 25 de febrero de 2000 y el anexo que establece la guía para la atención de la leishmaniasis (Art. 10 literal t — Anexo técnico 2-2000), impone la obligación de realizar una prueba confirmatoria del examen parasitológico directo de médula ósea.

La norma en mención contempla el examen parasitológico directo mediante aspirado de médula ósea como uno de los parámetros diagnósticos de la leishmaniasis, de realizar por personal con entrenamiento en instituciones de segundo o tercer nivel de atención.

Que nos aclare el fundamento legal y médico científico que le permitió afirmar al perito que la ESE INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC) debió realizar una prueba confirmatoria del examen parasitológico directo de médula ósea a través del cual confirmó el diagnóstico de leishmaniasis visceral.

El examen parasitológico directo mediante aspirado de médula ósea es uno de los parámetros para la confirmación de la leishmaniasis, pero no el único. Su diagnóstico incluye haberse descartado otros diagnósticos diferenciales dentro de: mismo cuadro clínico. Como se mencionó en el anterior informe que rendido en el mes de febrero de 2009, existe literatura donde se documenta la confusión que puede existir en el examen

microscópico del aspirado de médula ósea entre amastigotes de leishmaniasis y hongos. Al ser la histoplasmosis uno de los diagnósticos diferenciales del cuadro febril prolongado con esplenomegalia, lo indicado era realizar una tinción del aspirado para descartar la presencia de histoplasma. La sola observación del aspirado sin tinciones especiales para hongos no descarta su presencia. El que se describa la posible confusión de histoplasma con amastigotes de leishmania en ese examen y el que uno de los diagnóstico a confirmar o descartar era histoplasmosis, son fundamento suficiente para afirmar que se requería confirmar el que la imagen vista al microscopio no correspondiera a leishmaniasis sino a otra entidad.

Que nos aclare si según lo señalado en la Resolución Nro. 412 del 25 de febrero de 2000 y el anexo que establece la guía para la atención de la leishmaniasis (Art. 10 literal t — Anexo técnico 2-2000), nos encontrábamos frente a un caso confirmado de leishmaniasis, luego de realizado el examen parasitológico directo de la médula ósea por parte del INC.

La norma en mención determina que caso confirmado es aquel caso probable con confirmación por métodos diagnósticos: parasitológicos o histopatológicos de parásitos del género leishmania y que en leishmaniasis mucosa puede ser confirmado con serología positiva. El que se confirme mediante examen parasitológico un caso de leishmania supone que se halla considerado diagnósticos diferenciales, incluso que asemejan su imagen al microscopio. Por tanto, **este no es un caso confirmado de leishmaniasis, e incluso en el informe del examen del aspirado de médula ósea del Instituto Nacional de Cancerología, con fecha 07/01/2003 se determinó "formas intracelulares compatibles con leishmania". El término compatible es indicativo de que por sus características es consistente con, más no que es sin lugar a duda.**

Que nos aclare si la histoplasmosis es una enfermedad oportunista. Explicará qué es una enfermedad oportunista.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una enfermedad oportunista es aquella que no ocurre normalmente, por la capacidad del sistema inmunitario del organismo de controlarla, pero que puede constituir un problema mayor cuando existe inmunodeficiencia. Consecuentemente, las enfermedades oportunistas propiamente dichas solamente se desarrollan en individuos con sistema inmunitario deprimido.

La OMS, siguiendo su definición de enfermedad oportunista antes expresada, clasifica primordialmente 15 entidades como tal, o en estadio clínico. Ellas son la candidiasis sistémica o profunda con afección de esófago, o árbol traqueo-bronquial-pulmonar; la criptococosis extrapulmonar, la criptosporidiosis con diarreas prolongadas, la infección por citomegalovirus de órganos diferentes al hígado, bazo y nódulos linfáticos, el herpes simple recurrente prolongado o visceral, la encefalopatía del virus de inmunodeficiencia humana, el síndrome de consumo o desgaste; el sarcoma de Kaposi confirmado histológicamente; la micobacteriosis diseminada no tuberculosa; otras micosis sistémicas diseminadas como la histoplasmosis y la coccidioidomicosis, la tuberculosis extrapulmonar; la neumonía por *Pneumocystis Jiroveci*

(neumocistosis); la leucoencefalopatía multifocal progresiva; la septicemia por Salmonella no tifoídica y la toxoplasmosis con afección del sistema nervioso central.

La histoplasmosis es una enfermedad oportunista que en paciente con deterioro inmune moderado (edad avanzada, desnutrición, diabetes, alcoholismo, tratamiento corticoideos, enfermedades malignas) produce formas diseminadas crónicas que se manifiestan por síntomas generales, lesiones cutáneas ulceradas o úlcerovegetantes mucosas, hepatoesplenomegalia, infiltrados pulmonares e insuficiencia suprarrenal.

Que nos aclare si en presencia del diagnóstico de leishmaniasis visceral establecido en el INC, esta fue la enfermedad base y el resto fueron complicaciones complementarias o asociadas.

La enfermedad del menor Ávila Cruz no era leishmaniasis visceral, sino histoplasmosis diseminada. El tratamiento indicado para la histoplasmosis en el menor dado el cuadro clínico que presentaba era la anfotericina B, tratamiento que fue iniciado en el Instituto Nacional de Cancerología, que estando bajo otro diagnóstico fue luego cambiado al medicamento de elección para la leishmaniasis, el glucantime (antimoniales pentavalentes). **La histoplasmosis en su forma diseminada tiene un pobre pronóstico, con una mortalidad del 80% que se disminuye a un 25% con tratamiento adecuado. El cuadro y la evolución del menor Ávila Cruz correspondieron a la evolución de una histoplasmosis diseminada, parcialmente tratada. (...)**

___ Se adjuntó respuesta por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en la cual se aclaró lo siguiente (fls 323-327):

"... A continuación me permito dar respuesta concreta a los interrogantes planteados por la apoderada de la parte demandada del Hospital San Rafael, visto a folio 235.

Pregunta 1

Aclarar si en la atención del menor DIDIER DUVAN AVILA existió error médico en el diagnóstico de su enfermedad y en tal caso explicar en qué institución se incurrió en tal error.

R/ De acuerdo a la información revisada, en el Informe Pericial No. 125-2009 URMF-DRO (página 15 de 22) se encuentra lo siguiente que da respuesta al interrogante planteado:

"..Es indispensable separar el manejo en cada una de las instituciones involucradas en la atención. En el puesto de Salud de Zetaquirá: el tratamiento acorde a la sintomatología y a la etiología. Cuando el niño de nuevo consulta por complicaciones de su cuadro inicial fiebre y vómito, es remitido al hospital de segundo nivel Hospital de Miraflores".

En el Hospital de Miraflores encuentran que el niño tiene una Neumonía Adquirida en la Comunidad y se le trata para dicho evento. Ante la persistencia de un cuadro de anemia acentuada en cifras en relación a los hallazgos del Puesto de Salud y

comprobando un crecimiento del hígado y del bazo es remitido al Hospital San Rafael de Tunja, se solicita valoración y manejo. Hay sospecha clínica de enfermedad linfoproliferativa".

De la página 19 de 22 del mismo informe se transcribe también al respecto: "En el Centro de Salud de Zetaquirá como ya lo dijimos fue manejado de manera correcta para la entidad que tenía y se le diagnóstico: Uncinariasis. No tenían los médicos tratantes, los recursos técnico-científicos que les permitieran siquiera sospechar la existencia de una Leishmaniasis visceral y mucho menos una Histoplasmosis Sistémica. De igual manera en el Hospital Regional de Miraflores, allí se hizo el diagnóstico de una Neumonía adquirida en la comunidad. Fue tratado de manera adecuada y oportuna para dicha entidad. No tenían los médicos de dicho hospital recursos para lograr otro diagnóstico, ante el cuadro de hepato-esplenomegalia y fiebre es remitido al Hospital San Rafael de Tunja".

En conclusión se puede afirmar que la atención prestada al menor en el Centro de Salud de Zetaquirá y en el Hospital de Miraflores, fue adecuada para el cuadro clínico presentado por el paciente en el momento de las consultas a dichas instituciones y no se puede inferir error alguno en la atención.

En cuanto al Hospital San Rafael de Tunja se encuentra en la página 16 de 22 del Informe pericial No. 125-2009 URMF-DRO lo siguiente: "En el Hospital San Rafael de Tunja hay dos hospitalizaciones. En la primera hospitalización se estudia un cuadro de fiebre prolongada, anemia y hepatoespleno-megalia. Se sospecha por clínica y resultados de laboratorio, la presencia de una Leucemia aguda. Una vez estabilizado el paciente, es remitido al Instituto Nacional de Cancerología, por carencia de especialistas en Oncohematología y en especial en Oncología pediátrica. El paciente va al Instituto Nacional de Cancerología y regresa con diagnóstico de Leishmaniasis visceral y con recomendaciones de manejo. El servicio de pediatría del Hospital San Rafael procede en consecuencia a la administración del tratamiento indicado para la enfermedad diagnosticada.

Durante siete días se administran los medicamentos, según los protocolos aceptados para dicha enfermedad. Ante la no mejoría y el agravamiento de su cuadro de salud general y vista la necesidad de UCI, es remitido al Hospital de la Misericordia. Es claro en la primera hospitalización que en el Hospital San Rafael de Tunja, en la que no se contaba con los recursos técnicos ni de personal para hacer el diagnóstico y manejo de la enfermedad en sospecha clínica, es decir para el diagnóstico y manejo de una leucemia aguda en niños.

Ante la carencia de recursos era imperativo remitir al paciente. En la segunda hospitalización se manejó al paciente según las recomendaciones del Instituto Nacional de Cancerología. Como ya dijimos se siguió la recomendación y en consecuencia el niño fue tratado. Ante una evolución tórpida con buen criterio se decide la remisión. Por supuesto que persistían las limitaciones para profundizar en el diagnóstico y manejo del enfermo".

De acuerdo con lo anterior se puede establecer que la atención brindada en el Hospital San Rafael de Tunja fue también acorde con el cuadro clínico del paciente ya que es totalmente acertado

que en la primera hospitalización ante los síntomas y signos presentados por el paciente (anemia, fiebre, infección como la neumonía, hepatoesplenomegalia, se debía descartar la posibilidad de que el paciente presentará una Leucemia por lo tanto fue totalmente acertado remitirlo a un centro especializado en este tipo de enfermedades.

En lo referente a la segunda hospitalización en el Hospital San Rafael de Tunja, se puede afirmar que la atención brindada, fue totalmente adecuada ya que se siguió las recomendaciones dadas por el Instituto Nacional de Cancerología, institución que por su trayectoria histórica, tecnología y conocimiento altamente especializado, goza de la más alta credibilidad, por lo tanto, no hubiese sido lógico en el medio médico colombiano, no seguir las recomendaciones dadas por dicha institución. Más aún, así 'de manera correcta ante la evolución no satisfactoria el paciente fue remitido a otra institución altamente especializada en pediatría como es el Hospital de la Misericordia de Bogotá.

En conclusión la atención brindada por el Hospital San Rafael de Tunja, en las dos hospitalizaciones, fue adecuada al cuadro' clínico presentado por el paciente y a las circunstancias de la atención y no se puede inferir error alguno en la atención.

En cuanto al interrogante de aclarar si existió error médico, de acuerdo a lo descrito en el informe pericial No. 125-2009 URMF-DRO, exactamente en la página 18 de 22, se puede afirmar que lo que se señala como un probable error, corresponde más a una falta de precisión diagnóstica, ya que en su momento el reportar la Leishmaniasis Visceral se trataba de una Impresión Diagnóstica, por lo que había sido informado el estudio histopatológico de médula ósea, como compatible con Leishmaniasis. Es de anotar que el perito en su informe en la misma página, registra que el personal médico se encuentra ante una "dificultad diagnóstica" ya que se trata de dos entidades poco frecuentes en nuestro medio.

Es relevante que en este caso los síntomas y signos, más notorios del paciente, como eran: anemia, fiebre, infección, esplenomegalia, hepatomegalia, pueden estar presentes en las tres enfermedades que generaron la dificultad diagnóstica en este paciente, obligando a hacer un diagnóstico diferencial entre Leucemia, Leishmaniasis Visceral y finalmente la Histoplasmosis. En este caso realizando el análisis de manera cronológica como se presentó el cuadro clínico (no retrospectivamente) permite establecer que el cuerpo médico se enfrentó a un cuadro clínico el cual sin la menor duda orientaba inicialmente a pensar por frecuencia y condiciones del paciente en descartar primero una Leucemia, luego la Leishmaniasis y de las tres la menos probable y menos frecuente era la Histoplasmosis. Por lo tanto existían suficientes argumentos para iniciar tratamiento para Leishmaniasis habiendo descartado ya la probabilidad de una Leucemia.

Por otra parte es de dejar en claro que la atención médica de un paciente, corresponde a un proceso de raciocinio mental, lógico y científico por parte de los médicos que brindan la atención, en razón a que las manifestaciones físicas, mentales y comportamentales son propias de cada individuo y por lo tanto no se trata de sólo un proceso mecánico sistemático de aplicación de pruebas. Lo más usual es que las pruebas diagnósticas se van aplicando en concordancia con la evolución clínica del paciente, de

manera racional y lógica y generalmente en escala ascendente de menor a mayor complejidad.

Dentro del desarrollo de la atención de un enfermo es altamente frecuente que los tratamientos sean ajustados en razón a la respuesta clínica propia de cada paciente, situación que es mucho más probable de presentación ante patologías de difícil diagnóstico como la que corresponde a este caso.

En razón a lo anterior no se puede, afirmar que existió en este caso propiamente un error en la atención del paciente, sino más bien, la falta de asertividad diagnóstica en un momento dado, hizo parte del proceso normal de obtención de un diagnóstico preciso, mediante el descarte de diversas impresiones diagnósticas, para lo cual el médico se vale de la observación de la evolución clínica del paciente y de la aplicación de pruebas diagnósticas, como es usual en el proceso de atención.

Pregunta

Aclarar los fundamentos médicos mediante los cuales el perito afirma que existió un error diagnóstico al momento de establecer que el paciente cursaba con Leishmaniasis, si existe aspirado de "médula ósea" realizado en el Instituto Nacional de Cancerología que diagnóstica esta enfermedad.

R/ La respuesta a este interrogante se encuentra en la respuesta a la pregunta 1.

Pregunta 3

Aclarar si es posible que el paciente presentara cuadro de inmunodeficiencia secundario a Leishmaniasis con posterior sobre infección con histoplasmina.

R/ Desde el punto de vista teórico es posible una infección co-existente, ya que no se describe que se genere ningún tipo de inmunidad cruzada entre estas afecciones. La proveniencia cuasi-rural del domicilio y la ubicación geográfica del paciente, le genera mayor riesgo a estas dos entidades.

Pregunta 4

Aclarar si en la atención prestada al paciente DIDIER DUVAN AVILA en sus dos ingresos a la ESE Hospital San Rafael de Tunja, la atención prestada fue adecuado, pertinente y oportuna.

R/ La respuesta a este interrogante ya se encuentra incluida en la respuesta a la pregunta No. 1 y además pueden remitirse al oficio No. 125-2009 URMF-DRO.

Pregunta 5

Aclarar si en la atención prestada al paciente DIDIER DUVAN AVILA en sus dos ingresos a la ESE Hospital San Rafael de Tunja, se hicieron todos los exámenes médicos necesarios para el tratamiento del cuadro clínico que presentaba el paciente, de acuerdo a su nivel de complejidad y la ausencia de servicio de Oncología.

R/ La respuesta a este interrogante ya se encuentra incluida en la respuesta a la pregunta No. 1 y además pueden remitirse al oficio No. 125-2009 URMF-DRO.

Pregunta 6

Aclarar si el fallecimiento del menor DIDIER DUVAN AVILA fue consecuencia directa de la atención médica prestada en la ESE Hospital San Rafael de Tunja o por el contrario obedeció al curso natural de la enfermedad.

R/ El fallecimiento del menor DIDIER DUVAN AVILA, fue consecuencia directa del desarrollo del curso natural de la enfermedad que presento. No hay ningún elemento de juicio que permita atribuir la causa de la muerte a la atención médica recibida en las instituciones donde fue atendido.

La atención médica estuvo acorde a la Lex Artex y al Deber de Cuidado, para el cuadro clínico presentado, las circunstancias de la atención y la evolución clínica secuencial a través del tiempo que duró la atención".

___ A folio 352-357, el Instituto Nacional de Salud aportó informe en el cual indicó lo siguiente:

"(...) Con relación al ítem 4.1.1 según la objeción del dictamen el INS "Presentará el perito en general el mapa de riesgo de nuestro país en relación con la LEISHMANIASIS y en específico, las zonas de alto riesgo o endémicas del Departamento de Boyacá para ésta enfermedad a partir de la expedición de la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000 y el anexo que establece la Guía Técnica para la atención de las Leishmaniasis"; se anexan los mapas de riesgo de Leishmaniasis cutánea en Colombia para el año 2010, en el cual se notificaron un total de 14.851 casos, con una incidencia acumulada de 145 casos por cada 100.000 habitantes, así como la "GUÍA PARA AL ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DEL PACIENTE CON LEISHMANIASIS", "GESTIÓN PARA LA VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA Y CONTROL DE LA TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS" y "GUÍA PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LEISHMANIASIS".

El departamento de Boyacá posee un riesgo alto de transmisión para Leishmaniasis cutánea con un total de casos 245 casos notificados durante el año referido, que corresponde a una incidencia acumulada de 208 casos por cada 100.000 habitantes a riesgo.

Los municipios endémicos para leishmaniasis en el Departamento según total de casos notificados y la incidencia acumulada, son: Otanche...San Pablo de Borbur... úerto Boyaca ... Pauna (...)

El Municipio de Miraflores (Boyacá) no ha sido catalogado como zona de alto riesgo para la Leishmaniasis Visceral, solamente para la Leishmaniasis Cutánea como se indica en el cuadro anterior.

Con la información del caso, del menor DIDIER DUVÁN ÁVILA CRUZ, quien falleció el 20 de enero de 2003), se realizó una revisión de la base de datos que reposa en el Instituto Nacional de Salud, con la persona encargada del referente de Leishmaniasis y aunque para la época, es decir, en el 2003, no se realizaba la

individualización de los casos, sin embargo, por sitio de procedencia (lugar de la infección), Municipio de Miraflores (Boyacá), y por sitio de notificación (lugar donde se identifica y se diagnostica el caso), dentro de la base de datos sólo se encuentra un caso de Leishmaniasis por Bogotá pero procedente de Antioquia. Esto indica que el caso de la referencia nunca fue notificado al sistema.

...
En cuanto a los ítem 4.1.2: "Indicará el perito, qué entidades dentro del marco de nuestra red de salud, deben diagnosticar, tratar y manejar la Leishmaniasis visceral y a partir de la expedición de la resolución 412 del 25 de febrero de 2000 y el anexo que establece la Guía técnica para la atención de las Leishmaniasis (Anexo Técnico 2-2000)". Obsérvese anexo "Guía para la atención clínica integral del paciente con Leishmaniasis" en la que se indica todo lo relacionado con esta enfermedad incluyendo el diagnóstico, tratamiento y manejo según corresponda. (...)".

___ El Ministerio de Salud allegó la resolución 2257 de 2011, la guía para la atención clínica integral del paciente con Leishmaniasis:

"3.1. Métodos Diagnósticos:

Examen directo en el POS y las obligaciones de los distintos actores: El examen directo está incluido en el POS y es obligación de las Aseguradoras e Instituciones Prestadoras de Servicios garantizar el acceso de la población en riesgo a unidades de salud donde haya diagnóstico con frotis directo. La oferta de diagnóstico oportuno para iniciar el tratamiento es la medida más importante en el control de la Leishmaniasis y la actividad prioritaria que el sistema de salud debe garantizar para la atención y control de esta enfermedad.

Las Secretarías de Salud en los municipios y departamentos deben garantizar personal capacitado en realizar las pruebas diagnósticas de primer nivel, con el fin de gestionar con los diferentes actores las acciones necesarias para que la población de mayor riesgo tenga acceso al diagnóstico.

4. Tratamiento y Manejo:

En el primer nivel de atención está indicado el tratamiento a los pacientes con confirmación parasitológica suministrando los medicamentos de primera elección en pacientes que NO presentan alteraciones cardíacas, hepáticas o renales.

El tratamiento en todas las formas clínicas de leishmaniasis siempre debe ser supervisado y suministrado por el personal de salud.

De igual forma es necesario precisar que el Ministerio de Salud, remite de manera oportuna a las Direcciones Territoriales de Salud los medicamentos necesarios para su respectiva aplicación a los pacientes a través de la DTS o de las EAPB a las IPS quienes como

se describió, deben garantizar el seguimiento y supervisión en la aplicación del mismo a los pacientes diagnosticados con esta enfermedad”.

— Se adjuntó informes periciales referentes a reporte de laboratorio FOR-R01.0000-001 del Grupo de Patología y del Grupo de Parasitología de la Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud: (fls. 454-458)

“Respuesta a solicitud del juzgado primero administrativo de descongestión del circuito judicial de Tunja. Referencia: Acción de reparación directa 2004-1412.

Se inicia informe pericial del Grupo de Patología: Se reciben 3 láminas histológicas y 1 impronta todas de medula ósea (43-03, 6-03 Imp) en las cuales se observa celularidad de 60% aproximadamente con representación de las tres líneas hematopoyéticas: línea mieloide madura, línea eritroide presente relación mieloeritroide 3 a 1 y megacariocitos de morfología usual; sin observar aparentes conglomerados de células atípicas.

En 100X se observaron microorganismos intracelulares redondeados que miden entre 0,5 y 1 micra de diámetro. Con la tinción PAS y Plata se definen morfológicamente con características de levaduras. No se recibió bloque de parafina objeto de la presente revisión, se desconocen antecedentes clínicos con respecto a enfermedades crónicas o de inmunosupresión de este caso.

Conclusión Grupo de Patología: Estudio de medula ósea sugestivo de micosis sistémica de tipo Histoplasma spp que requiere confirmación mediante cultivos o pruebas serológicas específicas si existen muestras disponibles y en condiciones óptimas para su procesamiento.

El presente informe de patología no descarta confección con Leishmaniasis visceral que debe ser documentada con análisis parasitológicos específicos.

Nota: Las láminas fueron reconstruidas pues se recibieron fragmentadas.

Informe pericial del Grupo de Parasitología Se reciben: 1 frotis de sangre periférica y 2 frotis de medula ósea (6-03) en condiciones satisfactorias para su evaluación. No se observan amastigotes de Leishmania sp en las muestras examinadas.

En los registros de la base de datos que reposa en el Instituto Nacional de Salud no hay notificación de casos de Leishmaniasis visceral procedentes del municipio de Miraflores (Boyacá) tal como se informó en el oficio 1020-15627 del 18 de noviembre de 2012.

Se realizó revisión de los registros de ingreso de muestras del Grupo de Parasitología del Instituto Nacional de Salud sin evidenciar resultado alguno a nombre de Didier Duvan Ávila Cruz.

Nos permitimos indicar que la totalidad de las muestras recibidas y analizadas corresponden a exámenes directos, el hecho de no observar amastigotes de *Leishmania sp* no descarta por completo la enfermedad siendo necesaria la toma de nuevas muestras que incluyan muestra de suero para Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y muestras de exámenes directos.

(...)

ORIGEN DE LA PIEZA: LAMINAS.

HISTORIA CLINICA: RESPUESTA A MEMORANDO NUMERO 1020 — 15627. DEL 18 DE NOVIEMBRE DEL 2011/ INS. OFICIO No JD1-1106-2004-1412 DEL 22 DE AGOSTO DE 2014 REMITIDO POR EL JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DE DESCONGESTION DEL CIRCUITO DE TUNJA.

DESCRIPCION MACROSCOPICA: Se reciben 3 láminas en cajas plásticas portal aminas marcadas Didier Duvan Ávila; con número 43 — 03; una lámina en buen estado 1 lamina parcialmente fragmentada, una lámina fragmentada. Y una lámina impronta. Las láminas fragmentadas se reconstruyen para estudio.

CONCEPTO PERICIAL LABORATORIO DE PATOLOGÍA: se reciben 3 láminas histológicas y 1 impronta todas de medula ósea (43-03, 6-03 Imp.) en las cuales se observa celularidad de 60% aprox. con representación de las tres líneas hematopoyéticas: línea mieloide madura, línea eritroide presente, relación mieloeitroide 3 a 1 y megacariocitos de morfología usual; sin observar aparentes conglomerados de células atípicas.

En 100X se observaron microorganismos intracelulares redondeados que miden entre 0,5 y 1 micra de diámetro. Con la tinción PAS y Plata se definen morfológicamente con características de levaduras. No se recibió bloque de parafina objeto de la presente revisión, se desconocen antecedentes clínicos con respecto a enfermedades crónicas o de inmunosupresión de este caso.

CONCLUSIÓN GRUPO DE PATOLOGÍA:

ESTUDIO DE MEDULA ÓSEA SUGESTIVO DE MICOSIS SISTÉMICA DE TIPO HISTOPLASMA SPP QUE REQUIERE CONFIRMACIÓN MEDIANTE CULTIVOS O PRUEBAS SEROLÓGICAS ESPECÍFICAS, SI EXISTEN MUESTRAS DISPONIBLES Y EN CONDICIONES OPTIMAS PARA SU PROCESAMIENTO.

EL PRESENTE INFORME DE PATOLOGÍA NO DESCARTA COINFECCION CON LEISHMANIASIS VISCERAL QUE DEBE SER DOCUMENTADA CON ANÁLISIS PARASITOLÓGICOS ESPECÍFICOS. (...)

___ Finalmente, el 17 de septiembre de 2015 y el 18 de febrero de 2016, el Instituto Nacional de Salud presentó ante el A quo los siguientes informes:

"La suscrita Jefe de la Oficina Asesora Jurídica encargada del Instituto Nacional de Salud, de acuerdo a la resolución número 0987 del 25 de noviembre de 2013, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 52'059.137 de Bogotá, con Tarjeta Profesional número 72094-D1 del C. S. de la J. en atención a su requerimiento plasmado en el oficio No. 0181/2004-1412, enviado por su Despacho y recibido en esta Entidad Pública el 7 de septiembre del año en curso, con radicado 15665, dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 150013331002204-.901412A0 de Blanca Flor Cruz Domínguez y otros Contra la Unidad Administrativa Especial Centro de Salud de Zetaquirá y otro, en donde se solicita aclaración sobre algunos aspectos relacionados con el Soporte de Actividades FOR-A03.000-01 del 3 de octubre DE 2014 sobre la presencia o no de la enfermedad de LEISHMANIASIS SP del menor fallecido Didier Duvan Ávila Cruz, entre otros, le manifiesto lo siguiente:

El Instituto Nacional de Salud –INS-, como Instituto científico y técnico de conformidad con el Decreto 4109 del 02 de noviembre de 2011, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Salud y de la Protección social, que por su cambio de naturaleza tiene como objeto: (I) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para ayudar a contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (II) realizar investigación científica y básica y aplicada en salud y biomedicina; (III) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación' de estudio de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (IV) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación; de acuerdo a lo señalado por el Grupo de Patología y la Coordinación del Grupo de Parasitología pertenecientes a la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública, doy contestación en los siguientes términos:

1. Con respecto a la primera solicitud: "El Instituto Nacional de Salud debe informar si dicho material biológico sufre el requerimiento del documento soporte de actividades FOR-A03.0000-001 de fecha 3 de octubre de 2014, acápite informe pericial del grupo de parasitología consistente en muestras de suero inmunofluorescencia indirecta (IFI) y muestras de exámenes directos" "de ser así, debe indicar en forma precisa el tipo de muestras biológicas que deben recaudarse, así como la entidad competente que debe tomarlas"

Con el FOR-A03.0000-001 soporte de actividades del 3 de octubre de 2014 se evidencia que los profesionales del grupo de parasitología y patología se reunieron para ampliar el análisis de lo reportado en el FOR-R01.0000-001 reporte de resultados de laboratorio 2014092900001(grupo de patología-código interno 62315) y 2014092600114 (grupo de parasitología-código interno 714-228E); estos se ciñen a los documentos del sistema de gestión integrado de calidad del INS y a los documentos internos de cada grupo: MEN-R01.5350-001 (examen directo para el diagnóstico de Leishmaniasis) y MEN-R01.5350- 003 (IFI para el diagnóstico de Leishmaniasis y enfermedad de Chagas) por parte del grupo de parasitología y para el grupo de patología el INT-R01.5060-013 (diagnóstico histopatológico de enfermedades de interés en salud pública).

Es importante aclarar que el Laboratorio Nacional de Referencia no recibió muestra de suero para realizar estudios inmuno-serológicos a la fecha de la solicitud 22 de agosto de 2014 oficio pericial JD1-1106-2004-1412, ni otra muestra para la realización de exámenes directos como ya se había mencionado en el FOR-R01.0000-001 del 3 de octubre de 2014.

Sin embargo si existe muestra de suero en reserva y adecuadamente preservada y almacenada (-70°C) o liofilizada, la autoridad pertinente puede solicitar su remisión al Instituto Nacional de Salud-INS para su análisis. Es importante mencionar y tener en cuenta que si las muestras no han sido debidamente almacenadas (-70°C) o liofilizadas, puede darse la probabilidad de que la detección de los niveles de anticuerpos que se producen naturalmente en el organismo en el momento de estar expuestos a los antígenos producidos por los agentes o microorganismos infecciosos no sea la real, debido a que con el paso del tiempo, estos se deterioran en las muestras biológicas lo que conlleva a la disminución de los títulos a detectar en pruebas de diagnóstico de laboratorio como la serológicas.

2. Con respecto a la segunda solicitud: "indique cual es el procedimiento médico científico que debe realizarse sobre el material biológico solicitado en el FOR-A01.0000.001 del 3 de octubre de 2014, además de la entidad y profesionales competentes para analizar la presencia o no de la enfermedad Leishmaniasis sp en las muestras"

(...)

Adicionalmente se hace diagnóstico serológico en muestra de suero del paciente. Los profesionales responsables para la toma de muestras son un médico con experiencia en toma de muestras en aspirado de órganos sólidos en una IPS de mediana o alta complejidad.

Las muestras deben ser analizadas e interpretadas por un profesional en bacteriología con experiencia y competencia para realizar diagnóstico de esta parasitosis de igual manera el inmuno-diagnóstico debe ser efectuado por un profesional en bacteriología con alta experiencia en el área de diagnóstico serológico.

3. Finalmente para la tercera solicitud: "requiere material documental adicional" Indicamos que no es necesaria la remisión de material documental adicional para realizar el examen especializado requerido dado que estos fueron originalmente enviados por el juzgado en su momento.

(...)

La suscrita Jefe de la Oficina Asesora Jurídica (E) del Instituto Nacional de Salud, de acuerdo a la resolución número 0987 del 25 de noviembre de 2013, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 52'059.137 de Bogotá, con Tarjeta Profesional número 72094-D1 del C. S. de la J. en atención a su requerimiento plasmado en el oficio No. 006/2004-1412, enviado por su Despacho y recibido en esta Entidad Pública el 9 de febrero del año en curso, con radicado 1532, dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 1500133310022004-001412-00 de Blanca Flor Cruz Domínguez y otros Contra la Unidad Administrativa Especial Centro de Salud de Zetaquirá y otro, en donde se solicita

se indique cual es el procedimiento idóneo que debe realizarse para obtener las referidas muestras , por ejemplo, si se requiere de la exhumación del cadáver de la víctima para obtener las mencionadas muestras, además citar las IPS de mediana y alta complejidad u otra institución que puedan realizar los exámenes de aspiración y posterior diagnóstico inmuno-serológico, le manifiesto lo siguiente:

El Instituto Nacional de Salud —INS-, como Instituto científico y técnico de conformidad con el Decreto 4109 del 02 de noviembre de 2011, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Salud y de la Protección social, que por su cambio de naturaleza tiene como objeto: (I) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para ayudar a contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (II) realizar investigación científica y básica y aplicada en salud y biomedicina; (III) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudio de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (IV) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación; de acuerdo a lo señalado por el Grupo de Patología y la Coordinación del Grupo de Parasitología pertenecientes a la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública, doy contestación en los siguientes términos:

Por el tiempo prolongado del deceso, los fenómenos cadavéricos y la degradación de los tejidos, que afectan la calidad de las muestras para el procesamiento histopatológico, imposibilita la identificación morfológica de microorganismos patógenos. La exhumación con fines diagnósticos no contribuye al aporte de muestras de óptima calidad para el objetivo que se pretende.

En nuestra opinión técnica, la exhumación del cadáver para obtener muestras histopatológicas que conlleven a la búsqueda de parásitos o estructuras micóticas intracelulares no permitirá diagnóstico concluyente. La muestra idónea corresponde a aquellas que estando en vida fueron tomadas según las especificaciones pre-analíticas e informadas en el FOR-A03.000-01 del 3 de octubre de 2014.

De otra parte, para realizar el diagnóstico de leishmaniasis visceral, a través de técnicas inmuno-serológicas, la muestra ideal es suero, obtenida a partir de sangre completa, la cual es separada en sus diversos componentes mediante un proceso de centrifugación; dicho proceso es dividido en tres etapas principales a saber: pre-centrifugación, centrifugación y post-centrifugación. Para poder llevar a cabo la etapa de centrifugación; debe haber finalizado el proceso de coagulación de la sangre. Proceso imposible e improbable de realizar en un cadáver. Al igual que cualquier muestra que se pretenda tomar como aspirado de médula ósea o de bazo para el diagnóstico de esta parasitosis.

Por último, en cuanto a su solicitud de citar o relacionar las IPS o laboratorios de mediana y alta complejidad que realice los exámenes en cuestión; le informo que este pedimento, debe direccionarse a la Dirección de Calidad y Prestación de Servicios en Salud, dependencia del Ministerio de Salud y Protección Social, que es la Entidad competente que maneja estos temas”.

II.3. DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR LOS DAÑOS CAUSADOS EN LA ATENCIÓN MÉDICO HOSPITALARIA. ERROR EN EL DIAGNÓSTICO.

En reiterada jurisprudencia del H. Consejo de Estado², se ha establecido de manera uniforme que frente al modelo de la responsabilidad del Estado plasmado en el artículo 90 Constitucional no se privilegió ningún régimen en especial, sino que, se otorgó al juez la facultad de determinar la existencia de la responsabilidad bajo argumentos facticos y jurídicos que se deben aplicar en cada caso concreto, para deducir el tipo de responsabilidad atribuible a la entidad demandada.

A fin de desatar el régimen de responsabilidad aplicable, se adoptaron varios títulos de imputación con el fin adecuar la atribución de la responsabilidad del Estado, sin que esto lleve a concluir que el juez debe ceñirse de manera obligatoria a lo que determina cualquiera de ellos, pues, es de advertir que, si se hallan argumentos jurídicos y fácticos distintos, el juez debe resolver el caso conforme a la situación probatoria concreta del asunto bajo estudio. Al respecto, el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo indicó:

"En consecuencia, el uso de tales títulos por parte del juez debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria que se le ponga de presente en cada evento, de manera que la solución obtenida consulte realmente los principios constitucionales que rigen la materia de la responsabilidad extracontractual del Estado, tal y como se explicó previamente en esta providencia"³.

Tal como lo ha señalado la misma Corporación en oportunidades anteriores⁴, la falla médica involucra:

1. *El acto médico propiamente dicho*, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende: *i.* el diagnóstico y, *ii.* el tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas.

2. *Todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores* a la intervención profesional, que operan desde el momento en que

² Sección Tercera, Consejero Ponente: Hernán Andrade Rincón, Expediente 21515.

³ Ídem.

⁴ Sección Tercera, sentencia de 23 de junio de 2010, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo.

Todas estas actuaciones integran el "acto médico complejo", que según la doctrina acogida por el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo⁵ se clasifica en:

- (i) actos puramente médicos;
- (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad; y
- (iii) los actos extramédicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y manutención del paciente.

En relación con el acto médico, la sentencia mencionada dispuso lo siguiente:

*"En relación con el acto médico propiamente dicho, que es el tema de interés para la solución del caso concreto, **los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, no pueden constituir fundamento para imputar el daño cuando este es atribuible a causas naturales, como aquellos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.***

*En cambio **pueden existir eventos en los cuales la falla del servicio puede ser fundamento suficiente para imputar el daño, porque tenían idoneidad o capacidad para buscar interrumpir un proceso causal natural, por ejemplo, como la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos;** no prever, siendo previsibles, los efectos secundarios de un tratamiento; no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones reprochables contrarias a la lex artis".*

⁵ Sección Tercera, sentencia de 28 de septiembre de 2000, exp: 11.405, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

La prestación del servicio médico posee una etapa relevante consistente en el diagnóstico, porque a partir de este es que se define el tratamiento que se aplicará al paciente. La Sección Tercera de esta Corporación ha definido el diagnóstico como el elemento determinante del acto médico, toda vez que es a partir de sus resultados que se elabora todo el tratamiento propiamente dicho⁶. Al respecto, la Corporación expuso:

"Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho.

De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.

*Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (...)"*⁷.

Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, *i.* a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o, *ii.* a la omisión de la práctica de los exámenes y pruebas de laboratorio que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la patología que sufre el paciente⁸.

A su vez, la fase correspondiente al diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas. La primera es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpación, auscultación, tomografías, radiografías, laboratorio, etc.; y en la segunda corresponde al

⁶ En este mismo sentido, Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816.

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp.19.846; 10 de febrero de 2011, exp.19.040; 31 de mayo de 2013, exp.31724; 9 de octubre de 2014, exp.32348; y 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

⁸ C.E. Sección Tercera C.P. Ramiro Pazos Guerrero, 29 de noviembre de 2017. Exp. 05001-23-31-000-2003-01057-01(38725)

médico analizar e interpretar los exámenes practicados y emitir su juicio. Este análisis lo realizó el Consejo de Estado así:

"En una primera etapa, o fase previa, se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entran todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etc. Aquí el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado. Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que en más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios.

En una segunda etapa, una vez recolectados todos los datos..., corresponde el análisis de los mismos y su interpretación...; se trata, en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio...⁹.

Para que el diagnóstico sea adecuado se requiere del galeno su diligencia y pericia en el cumplimiento del procedimiento médico respectivo. En este sentido, si se demuestra que actuó de esta manera, su responsabilidad no queda comprometida aun cuando el diagnóstico haya sido equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones¹⁰.

En virtud de lo anterior, esta Corporación ha señalado que en estos casos lo decisivo es establecer si el médico empleó los recursos y los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado:

*"En realidad, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar, en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de **la medicina no puede asimilarse a una operación matemática.** Al respecto, el profesor Ataz López*

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

¹⁰ Ibid.

previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar.

Así las cosas, lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, lo que obliga, en no pocos eventos, a distinguir entre la responsabilidad de los médicos y la de las instituciones prestadoras del servicio de salud, dada la carencia o insuficiencia de elementos para atender debidamente al paciente¹¹”.

En virtud de lo anterior, el Consejo de Estado ha afirmado que, para imputar responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos¹²:

- i) El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.
- ii) El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.
- iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente¹³.
- iv) El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.
- v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente¹⁴.
- vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto¹⁵.

II.4. ANALISIS PROBATORIO.

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 y sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. Sentencias del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517 y 3 de octubre de 2016. Exp. 40.057.

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816. Posición reiterada en sentencia del 3 de octubre de 2016. Exp. 40.057

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816

¹⁵ *Ibidem*.

4.1. De la existencia del daño.

Frente a la existencia del daño sufrido por los demandantes, las pruebas que obran en el expediente permiten inferir que el mismo consistió en el deceso del menor Didier Duvan Ávila Cruz, hecho que ocurrió el día 20 de enero de 2003 (fl. 6) en la Fundación Hospital La Misericordia como consecuencia de histoplasmosis diseminada, tal como quedó registrado en la historia clínica del Hospital de la Misericordia (fl. 199-200 anexo 2):

"En 20-03: persiste deterioro clínico marcado, choque séptico refractario a pesar de dosis máximas de inotrópicos se revisa histopatología con Dra. Jaramillo. Hallazgos compatibles con histoplasmosis diseminada alta sospecha de HIV. Se aumenta soporte inotrópico se asocia itraconazol deterioro severo aprox. A las 19+00 presenta paro cardiaco. Paciente fallece"

Igualmente, de los registros civiles de matrimonio y nacimiento, se advierte que los demandantes Blanca Flor Cruz Domínguez y Joaquín Ávila Domínguez eran los padres de Didier Duvan Ávila Cruz (víctima), así mismo, Omar Arlex, Flor Ney, Henry Arnulfo, Rolfe Alverio y Fabián Edilson, eran los hermanos del menor fallecido. (fls.7 -14)

Se concluye entonces, que el daño alegado por los demandantes, relativo al deceso de su familiar Didier Duvan Ávila Cruz, se encuentra demostrado a folio 6 del expediente mediante su registro de defunción.

4.2. De la imputación y estudio del caso concreto.

El Juez de primera instancia negó las pretensiones de la demanda al concluir que la atención en el primer nivel de salud, E.S.E Centro de Salud de Zetaquirá, estuvo de acuerdo con el cuadro clínico que en su momento presentó el niño. Así mismo, que la atención médica brindada en el Hospital Regional de Miraflores se adecuó a los signos y síntomas que presentaba en el momento, y recalcó que no hubo sospecha de leishmaniasis visceral por lo que se diagnosticó leucemia.

Ahora bien, en relación con la atención médica brindada en las demás instituciones prestadoras de salud, el A quo indicó que la misma fue adecuada y oportuna, en tanto que los galenos realizaron los estudios necesarios para determinar la enfermedad

que el menor padecía. La diferencia en los diagnósticos emitidos se debió a la sintomatología que el paciente iba presentando.

Por su parte, el apelante fundamenta su inconformidad en la prueba pericial que se tuvo en cuenta en primera instancia para emitir la respectiva decisión. Al respecto, indicó que existió un dictamen pericial erróneo, debido a que el experto no tuvo en cuenta que en el Departamento de Boyacá existe un mapa de riesgo para la leishmaniasis, en el cual el municipio de Miraflores se encontraba catalogado como una zona de alto riesgo.

Así mismo, señaló que no es posible negar la existencia de leishmaniasis visceral en el menor fallecido, toda vez que el Instituto Nacional de Salud emitió un dictamen en el que indicó que no descartaba la existencia de dicha enfermedad, aunado al diagnóstico emitido por el Instituto Nacional de Cancerología.

Frente a la valoración rendida por el perito en relación con la atención que se le dio al menor, el accionante manifiesta que no existió una prestación adecuada del servicio en las entidades de salud de Zetaquirá, Miraflores (Hospital Regional) y Tunja (San Rafael), ya que no tuvieron en cuenta la guía de atención de enfermedades prevalentes en la infancia; tal guía explica que cuando se trata a un paciente menor de 5 años se debe hacer de manera integral y completa, situación que no se vio reflejada en el caso en concreto.

En suma, a juicio del accionante el menor Didier Duván falleció a causa de una Leishmaniasis Visceral que fue debidamente diagnosticada por el Instituto Nacional de Cancerología. Así mismo, considera que el Hospital San Rafael de Tunja diagnosticó de manera errónea una leucemia que realmente no padecía el menor, y que debió determinar con claridad la existencia de una leishmaniasis. Finalmente, señaló que también existió error en el diagnóstico emitido por el Centro de Salud de Zetaquirá el cual determinó la presencia de una anemia, y del Hospital Regional de Miraflores el cual diagnosticó una neumonía.

Conforme a lo anterior, la Sala procederá a analizar el dictamen pericial aportado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y las demás pruebas obrantes en el expediente, para determinar si a la parte demandante le asiste razón respecto a la imputación del daño a las entidades demandadas.

Previamente, será necesario determinar cuál es la diferencia que se advierte al hablar sobre diagnóstico e impresión diagnóstica. Al

respecto, el médico cirujano de la Universidad Libre de Colombia indicó lo siguiente: "Llamamos diagnóstico al arte de identificar una enfermedad a través de los signos y síntomas que el paciente presenta... Demanda, por lo tanto, firmeza conceptual para el logro de criterios ciertos en su evento primordial de conseguir un diagnóstico. Más exactamente una impresión diagnóstica. El diagnóstico corresponde a la exactitud. La impresión diagnóstica depende de la precisión. No basta un solo criterio; son juicios varios los que determinan la llegada a una impresión diagnóstica, lo más cercana posible a la exactitud de un diagnóstico. Lo ideal sería llegar a un diagnóstico puntual en el primer intento de aproximación a la verdadera anomalía que afecta al paciente"¹⁶.

Ahora bien, Didier Duván Ávila Cruz nació el 02 de agosto de 1998 (fl.5), es decir, que para la época de los hechos tenía 4 años de edad.

Según las pruebas obrantes en el expediente, la atención médica al menor Didier Duván Ávila Cruz se prestó de la siguiente manera:

Centro de Salud de Zetaquirá.

Según el dictamen pericial emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el día 25 de octubre de 2002 el menor fue llevado al Centro de Salud de Zetaquirá por presentar fiebre no cuantificada e hiporexia, en donde lo medicaron y lo citaron para control. (fls 199- 220)

El día 8 de noviembre de 2002, el menor fue llevado nuevamente por presentar fiebre. Al no encontrar alteraciones que llamaran la atención, se ordenaron exámenes de laboratorio.

El día 22 del mismo mes, el menor fue llevado a control con los laboratorios y se hizo diagnóstico de síndrome anémico, ferropénicos y de uncinariasis con base en los resultados de cuadro hemático. Fue manejado con Pamoato de Pirantel y Sulfato Ferroso. La Uncinariasis es una enfermedad de origen parasitario, no pone en general en peligro la vida y su evolución es crónica.

Finalmente, el día 20 de diciembre de 2002, el menor fue llevado a consulta, debido a que presentó fiebre, emesis y deshidratación,

¹⁶ Coronado Hurtado, Teobaldo, Médico Cirujano, Especialista en Anestesiología y Reanimación. Magíster en Filosofía con énfasis en Ética y Filosofía Política, Cátedras de Bioética, Anestesiología y Reanimación. tcoronado@unilibrebaq.edu.co, Biociencias • Volumen 11 • Número 1 • 69 - 73 • Enero-Junio 2016 • Universidad Libre Seccional Barranquilla.

por lo tanto, el menor fue remitido al Hospital Regional de Miraflores para tratamiento y manejo.

Según el dictamen de medicina legal, en el Centro de Salud de Zetaquirá la patología del menor fue manejada de manera correcta. Allí no tenían los médicos tratantes, los recursos técnico-científicos que les permitieran siquiera sospechar la existencia de una Leishmaniasis visceral y mucho menos una Histoplasmosis Sistémica; en este sentido, el menor fue atendido por médicos generales y de acuerdo al nivel de complejidad este es el personal adecuado.

El perito aclaró que la uncinariasis es una parasitosis de climas medios que produce de manera muy característica anemia en el enfermo, por lo tanto, al atribuir en principio la anemia a la presencia de uncinariasis, el diagnóstico fue acertado y lógico.

Hospital de Miraflores. Permaneció 8 días, del 20 al 27 de diciembre de 2002.

Allí el menor permaneció desde el 20 hasta el 27 de diciembre de 2002, con el diagnóstico de síndrome febril prolongado. Fue sometido a estudios de laboratorio clínico y de rayos X y se le diagnosticó una neumonía adquirida en la comunidad. Fue manejado con antibióticos, líquidos parenterales y oxígeno, por lo que se observó una mejora de su cuadro respiratorio, pero persistía el cuadro de anemia, hepato y esplenomegalia.

Ante la persistencia de un cuadro de anemia, acentuada en cifras en relación a los hallazgos del puesto de salud de Zetaquirá, y comprobando un crecimiento del hígado y del bazo es remitido al Hospital San Rafael de Tunja.

Según el dictamen de medicina legal, la neumonía es de origen infeccioso, grave y puede poner en peligro la vida del enfermo, puede evolucionar a la muerte a pesar del tratamiento médico, constituye hoy una de las principales causas de muerte en el mundo.

Igualmente, indicó que en este centro médico fue atendido por médicos generales, dado el nivel de dicho Hospital. Según la reglamentación del Ministerio de Protección Social, los hospitales de II Nivel basan su atención en médicos generales y tienen disponibilidad de médicos especialistas de acuerdo a los requerimientos de la práctica médica y a los servicios habilitados ante los entes territoriales.

El perito manifestó que la atención médica fue adecuada para el cuadro clínico presentado por el paciente en el momento de las consultas a dichas instituciones y no se puede inferir error alguno en la atención. Los médicos del Hospital de Miraflores no tenían los recursos para lograr otro diagnóstico. Ante el cuadro de hepato-esplenomegalia y fiebre fue remitido al Hospital San Rafael de Tunja.

Hospital San Rafael de Tunja. Permaneció 7 días, del 27 de diciembre de 2002 al 2 de enero de 2003.

Allí el menor permaneció hospitalizado en un primer lapso entre el 27 de diciembre de 2002 y el 2 de enero de 2003. El día 30 de diciembre de 2002, se le hizo una presunción diagnóstica de leucemia, con base en estudios paraclínicos. Antes de la remisión, el paciente presentaba una histoplasmosis sistémica, la cual no fue confirmada. Según el perito, la histoplasmosis sistémica es una enfermedad de origen micótico, generalmente asociada a inmunosupresión o incompetencia inmunológica y de extrema gravedad. Los pacientes con esta enfermedad fallecen por la misma a pesar del tratamiento médico. No se realiza ningún tipo de estudios de hematología para confirmar o descartar este diagnóstico, tampoco se hizo ningún diagnóstico etiológico.

Resulta claro que el Hospital San Rafael Tunja concluyó la posible existencia de leucemia a través de una impresión diagnóstica lo cual no correspondía a un diagnóstico en estricto sentido, tal como lo entendió el apoderado de la parte apelante. Resulta evidente que los galenos del Hospital San Rafael de Tunja sospecharon la existencia de leucemia, sin embargo, ante la imposibilidad de confirmar la patología, decidieron remitir al menor al Instituto Nacional de Cancerología, para que allí, mediante los análisis especializados, se emitiera un diagnóstico que confirmara el padecimiento del menor.

Con la sospecha de leucemia fue remitido al Instituto Nacional de Cancerología por la carencia en el Hospital San Rafael de un departamento de Hematología pediátrica. Según el perito, el manejo moderno de las leucemias requiere de recursos técnicos y de personal altamente especializados.

En este Hospital San Rafael no existían los servicios de hematología ni de oncología pediátricos, así mismo, *carecían de los recursos de citometría de flujo, de citogenética y de inmunología.* En esas

condiciones era imposible hacer un diagnóstico de leucemia con los parámetros que requiere el tratamiento de dicha enfermedad.

Ahora bien, según el dictamen pericial, "... *no había lugar a sospechar la presencia de una leishmaniasis visceral pues dicha enfermedad no tenía incidencia epidemiológica en Boyacá y en la zona de procedencia del menor. Es indudable que en zonas de alta incidencia, como por ejemplo el valle del bajo magdalena y en el Hospital ...de NEIVA... dada su alta frecuencia en niños de esa región del país, en Boyacá era un diagnóstico muy exótico*".

Por esta razón, el diagnóstico de Leishmaniasis visceral nunca se contempló como posibilidad diagnóstica en la primera hospitalización, dada la situación geográfica y la procedencia del enfermo.

Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Permaneció 8 días, del 2 al 9 de enero de 2003.

Durante su hospitalización se profundiza la sintomatología y se agrava el cuadro de anemia, lo cual genera la necesidad de administrarle sangre.

El menor es valorado y manejado por oncología pediátrica y, sometido a numerosos estudios de laboratorio y otros paraclínicos. En especial, es sometido a estudios de hematología, entre ellos, *citometría de flujo en médula ósea, mielograma, pruebas de citogenética*. Además, se le realizaron ecografías y radiografías: estos estudios comprueban la presencia de crecimiento del bazo, del hígado y de los ganglios linfáticos.

Los diversos estudios de hematología y oncología descartaron la presencia de una leucemia o de otro tipo de entidad linfoproliferativa.

Sin embargo, en el mielograma 0006-03 y biopsia de médula ósea 0011-03 se encontró la presencia de histiocitos reactivos con formas intracelulares ***compatibles*** con leishmania. Con este estudio se soporta el diagnóstico de una leishmaniasis visceral y se remite el paciente al Hospital San Rafael de Tunja para tratamiento de la leishmaniasis con recomendaciones de medicación.

Así las cosas, en el Instituto el paciente fue estudiado para una leucemia aguda; sin embargo, en los análisis de medula ósea se hallaron *histiocitos con formas esféricas en su interior que son*

compatibles con leishmania, por tanto se emitió el diagnóstico de Leishmaniosis visceral.

Según el dictamen pericial, en el Instituto Nacional de Cancerología al paciente se le prestó atención por especialistas en oncología pediátrica y oncohematología. Ese personal era adecuado para las circunstancias clínicas del enfermo.

Hospital San Rafael de Tunja. Permaneció siete (7) días, del 10 al 16 de enero de 2003.

El menor regresa al Hospital San Rafael el 10 de enero de 2003, en donde se inició tratamiento para Leishmaniasis visceral con Glucantime y Alloperinol. A pesar de la medicación, el paciente comenzó a presentar un deterioro progresivo, se acentuó la anemia y presentó signos de disminución de las proteínas del plasma, en especial hipoalbuminemia.

Durante siete (7) días se administran los medicamentos, según los protocolos aceptados para dicha enfermedad. Se estudió un cuadro de fiebre prolongada, anemia y hepato-esplenomegalia. Se manejó al paciente según las recomendaciones del Instituto Nacional de Cancerología. Se siguió la recomendación y en consecuencia el niño fue tratado, sin embargo, ante la agravación del estado de salud, persistían las limitaciones para profundizar en el diagnóstico y manejo del enfermo.

Por el deterioro progresivo y la imposibilidad técnica de corregir los problemas nutricionales, fue remitido al Hospital Infantil de la Misericordia.

De conformidad con lo indicado en el dictamen pericial de medicina legal, en el reingreso al Hospital San Rafael el enfermo tenía un diagnóstico hecho en el Instituto Nacional de Cancerología acompañado de unas recomendaciones terapéuticas. El Hospital se limitó a seguir dichas recomendaciones y no puso en duda el diagnóstico. Sin embargo, ante su evolución desfavorable fue remitido al Hospital de la Misericordia.

Hospital Infantil de la Misericordia. Allí permaneció 5 días, del 16 hasta el 20 de enero de 2003 día en el que falleció.

Permaneció durante su hospitalización en la UCI, y fue sometido a numerosos estudios de laboratorio y paraclínicos. Fue manejado con soporte nutricional, líquidos parenterales, ventilación mecánica

y monitoreo invasivo. A pesar de los esfuerzos médicos, falleció en un cuadro de choque refractario.

Se encontraron "lesiones dérmicas muy importantes y generalizadas de tipo purpúrico y en los RX de tórax se encontró un infiltrado intersticial difuso en ambos campos pulmonares. Con estos hallazgos fue valorado por oncología y se planteó la presencia de una **histiocitosis polisistémica**"; por tanto, se solicitó la revisión del material de biopsias y de mielograma efectuados en el Instituto Nacional de Cancerología.

Con los hallazgos de la revisión del material de histopatología, el día 19 de enero de 2003, se le hace al paciente el diagnóstico de Histoplasmosis Sistémica, pero al día siguiente fallece. Ante este hallazgo se propone a la madre la realización de autopsia clínica, que esta rechaza.

Se estableció el día antes de la muerte del enfermo la posibilidad de que presente una Histoplasmosis generalizada. Con esta sospecha se interroga la posibilidad de un SIDA como enfermedad de base, hipótesis que no se pudo confirmar y la realización de autopsia clínica, no autorizada por la madre.

Sobre la leishmaniasis y la histoplasmosis, en el dictamen pericial de medicina legal se dijo: "*... de Leishmaniasis visceral se reporta un promedio de 50 casos al año en Colombia; de Histoplasmosis sistémica no hay un reporte confiable, pero se han reportado en los últimos 20 años brotes de la enfermedad que comprometieron a 188 personas, es decir unas 9 a 10 personas con cuadro clínico de Histoplasmosis. No obstante el contacto de los colombianos con el Histoplasma da una frecuencia de pruebas de inmunología positivas de cerca del 45% de la población. En nuestra experiencia profesional y en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, hemos realizado tres autopsias de pacientes con Histoplasmosis sistémica en los últimos 29 años*".

Según el perito, en el Hospital de la Misericordia el paciente fue atendido por médicos pediatras, médicos especialistas en oncología pediátrica, oncohematólogos, patólogos pediatras, especialistas en cuidados intensivos pediátricos, personal adecuado para el manejo de la situación clínica del enfermo.

Para el Instituto de Cancerología, en estudios de extendido de médula ósea y de biopsia de médula ósea se encuentra la presencia de Histiocitos cargados con elementos pequeños y redondeados que se consideran compatibles con leishmania. Empero, por los estudios

realizados en el Hospital de la Misericordia, se estableció que el menor Didier Duvan no padecía de una Leishmaniasis Visceral sino de una Histoplasmosis sistémica.

En síntesis, el menor Didier Duvan Ávila Cruz recibió los siguientes diagnósticos en las instituciones demandadas:

- i) el 25 de octubre de 2002, ingresó al Centro de Salud de Zetaquirá en donde le diagnosticaron síndrome anémico y uncinariasis; luego fue remitido al Hospital de Miraflores;
- ii) en donde se diagnosticó neumonía, se agudizó la sintomatología de la anemia y se presentaron crecimientos del hígado y del bazo, razón por la cual, fue enviado al Hospital San Rafael de Tunja,
- iii) donde practicaron exámenes que hicieron sospechar el diagnóstico de leucemia, y también de histoplasmosis, sin embargo, al no tener la especialidad en Hematología pediátrica fue remitido al Hospital Nacional de Cancerología de Bogotá,
- iv) en donde se agrava el cuadro de anemia y como consecuencia de los estudios realizados, se determinó el crecimiento del bazo, hígado y de los ganglios linfáticos. En virtud de los análisis realizados en la médula ósea, se determinó que el paciente padecía leishmaniasis visceral, por tanto, se remite el paciente al Hospital San Rafael de Tunja bajo parámetros de tratamiento de la enfermedad,
- v) sin embargo, allí presentó deterioro progresivo de la enfermedad, se acentuó la anemia y presentó signos de disminución de las proteínas del plasma, en especial hipoalbuminemia, por tanto, tuvo que ser remitido al Hospital Infantil La Misericordia,
- vi) en donde se sometió a numerosos estudios de laboratorio y paraclínicos, se hallaron *“lesiones dérmicas muy importantes y generalizadas de tipo purpúrico y en los RX de tórax se encontró un infiltrado intersticial difuso en ambos campos pulmonares. Con estos hallazgos fue valorado por oncología y se planteó la presencia de una histiocitosis polisistémica”*. Se le diagnosticó histoplasmosis sistemática un día antes de fallecer.

Ahora bien, según el análisis de las historias clínicas, la remisión del paciente entre las instituciones tuvo las siguientes causas:

- i) Luego de asistir en varias ocasiones al centro de salud de Zetaquirá, el 20 de diciembre de 2002, el menor presentó fiebre, vómito y deshidratación, razón por la cual fue remitido al, ii).

Hospital de Miraflores: allí los médicos no tenían recursos para lograr otro diagnóstico ante el cuadro de hepato-esplenomegalia (inflamación del hígado y del bazo) por ser un hospital de II Nivel, por tanto, fue remitido al, iii). Hospital San Rafael de Tunja: se sospechó de leucemia, por tanto, fue remitido al Instituto Nacional de Cancerología por la carencia en el Hospital San Rafael de un departamento de Hematología pediátrica, según el patólogo *no había lugar a sospechar la presencia de una leishmaniasis visceral pues dicha enfermedad no tenía incidencia epidemiológica en Boyacá y en la zona de procedencia del menor...*, en razón a ello, fue remitido al; iv). Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá en donde, sin embargo, se le hallaron histiocitos compatibles con leishmania, por tanto, le fue diagnosticada Leishmaniasis Visceral y fue remitido con tratamiento médico al; v). Hospital San Rafael de Tunja, en donde, a pesar de la medicación el menor presentó deterioro progresivo, por tanto, debido a la imposibilidad técnica de corregir los problemas nutricionales, fue remitido al; vi). Hospital Infantil de la Misericordia, en donde permaneció bajo tratamiento y finalmente falleció a causa de una histoplasmosis sistemática.

Ahora bien, en relación con las enfermedades que fueron dictaminadas en las instituciones médicas en las que estuvo internado el menor Didier Duván Ávila Cruz, el dictamen pericial emitido por medicina legal indicó lo siguiente:

- LEISHMANIASIS VISCERAL: Es importante destacar que no todos los individuos que entran en contacto con la leishmania desarrollarán la enfermedad, lo cual actualmente puede explicarse por factores genéticos, que incluyen al complejo mayor de histocompatibilidad u otros genes como el generador de la síntesis de la proteína asociada con la resistencia natural del macrófago (NRAMP1), cuyo locus se ubica en el cromosoma 2 humano.

- HISTOPLASMOSIS: Las formas diseminadas agudas, antes consideradas como las formas clínicas de los niños pequeños (menores de 1 año) hoy se observan en los pacientes con deterioro grave de su inmunidad celular: leucemia, linfoma y especialmente SIDA. Predominan las manifestaciones generales graves, fiebre, pérdida de peso, síntomas digestivos, respiratorios, neurológicos, óseos, lesiones cutáneas y mucosas, hepato-espleno y adenomegalias.

- LEUCEMIAS AGUDAS: Esto conlleva síndrome anémico, neutropenia progresiva con infecciones de repetición y trombopenia progresiva con hemorragias.

- UNCINARIASIS: Es una de las infecciones crónicas más comunes, con 740 millones de personas infectadas en áreas rurales pobres, tropicales y subtropicales...Se produce anemia por deficiencia de hierro e hipoalbuminemia cuando la pérdida de sangre excede la ingesta y las reservas de hierro y proteínas del huésped...La

mayoría de los signos físicos de la uncinariasis crónica reflejan la anemia por deficiencia de hierro. El anasarca, secundario a la hipoproteïnemia grave, se asocia con edema de cara y miembros inferiores y distensión abdominal.

Según la Guía de Atención de las Leishmaniasis emitida por el Ministerio de Salud para el año 2002¹⁷, la leishmaniasis visceral tiene las siguientes características y tratamiento:

*"... es una enfermedad crónica generalizada. Se caracteriza **por fiebre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, anemia, leucopenia, trombocito-penia y debilidad progresiva. La fiebre tiene comienzo gradual o repentino, es persistente e irregular, a menudo con dos exacerbaciones al día...** En presencia de un cuadro clínico manifiesto de leishmaniasis visceral, si no es tratado, por lo común culmina con la muerte.*

Sobre el diagnóstico, el documento señaló que: "Su diagnóstico siempre debe confirmarse con la identificación parasitológica en todo paciente procedente del área endémica con antecedentes epidemiológicos (edad menor de 5 años) y cuadro clínico característico (síndrome febril prolongado, esplenomegalia, etc.). Los exámenes diagnósticos indicados son el examen parasitológico de aspirado de médula ósea y/o de aspirado de bazo, procedimientos que se deben realizar por personal con entrenamiento en instituciones del segundo o tercer nivel de atención."

En síntesis, los síntomas producidos por cada una de las patologías diagnosticadas al menor Didier Duvan fueron los siguientes: i. leishmaniasis visceral: por fiebre, inflamación del hígado y bazo, inflamación de los ganglios linfáticos, anemia y debilidad progresiva; ii. Leucemia: fiebre que conlleva al síndrome anémico, disminución de los granulocitos de sangre con infecciones de repetición y trombopenia progresiva con hemorragias; iii. uncinariasis: produce anemia por deficiencia de hierro e hipoalbuminemia cuando la pérdida de sangre excede la ingesta y las reservas de hierro y proteínas del huésped; iv. hitoplasmosis: en los niños pequeños se observa deterioro grave de su inmunidad celular, es decir, leucemia, linfoma y especialmente SIDA. Predominan las manifestaciones generales graves, fiebre, pérdida de peso, síntomas digestivos, respiratorios, neurológicos, óseos, lesiones cutáneas y mucosas, hepato-espleno y adenomegalias.

¹⁷ Ministerio de Salud:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/freesearchresults.aspx?k=&k=leishmaniasis>

Descendiendo al caso concreto, la Sala advierte que el objeto del recurso de apelación presentado por el apoderado de la parte demandante radica en dos aspectos generales, relacionados con la prestación del servicio médico en cada una de las instituciones demandadas y la existencia de leishmaniasis visceral en el paciente Didier Duvan la cual no fue diagnosticada a tiempo.

Sobre el primer asunto, en apartes anteriores la Sala determinó cada uno de los tratamientos brindados al menor Didier Duvan en los hospitales en los que fue atendido.

Así, de los elementos probatorios que obran en el expediente es dable deducir que la atención médica brindada en el Centro de Salud de Zetaquirá fue adecuada y acorde con la sintomatología que produce un síndrome anémico, igualmente el diagnóstico emitido, según los síntomas del menor fue correcto, debido a los síntomas de deshidratación y agravación del cuadro anémico fue remitido a un Hospital de Segundo Nivel.

En el Hospital Regional de Miraflores le fue diagnosticada una neumonía, se agudizó la sintomatología de la anemia y se presentaron crecimientos del hígado y del bazo, razón por la cual, fue enviado al Hospital San Rafael de Tunja. El dictamen pericial permitió determinar que la atención médica fue adecuada para el cuadro clínico presentado por el paciente, por lo que, no se puede inferir error alguno en la atención.

En el Hospital San Rafael de Tunja el paciente fue sometido a estados clínicos que arrojaron la sospecha de leucemia, sin embargo, al carecer de la especialidad en Hematología pediátrica, fue remitido al Instituto Cancerológico de Bogotá. Al respecto, resulta necesario aclarar que en el Hospital de Tunja la sospecha de leucemia se dedujo de los exámenes practicados al menor, lo cuales arrojaron una impresión diagnóstica de dicha patología y no un diagnóstico propiamente dicho, es decir, que precisamente el paciente fue remitido al Instituto Nacional de Cancerología para que allí se confirmara la impresión diagnóstica inicial y se determinara un diagnóstico confirmado, razón de ello es que en el Hospital San Rafael no se inició tratamiento médico para leucemia, sino que se remitió para confirmar la presunción hallada.

En el Instituto Cancerológico de Bogotá sucedieron circunstancias diferentes que llevan a la Sala a cuestionar los procedimientos practicados al menor en dicho establecimiento.

Resulta necesario indicar que, para diagnosticar la leishmaniasis, el Instituto Cancerológico de Bogotá no logró detectar rápidamente la existencia de la enfermedad en el organismo del menor Didier Duvan, pues tal como lo indicó el médico forense que emitió el dictamen pericial, primero se realizaron exámenes para dictaminar una leucemia aguda, y posteriormente, tres días después del ingreso se realizó una impresión diagnóstica de Leishmaniasis que resultó debido a los resultados de la biopsia medula ósea.

Al respecto, en la aclaración del dictamen pericial manifestó que "el diagnóstico de leishmaniasis incluye el descartar otros diagnósticos".

Igualmente, se determinó que "El diagnóstico histopatológico de leishmaniasis cutánea difusa, leishmaniasis visceral o histoplasmosis se debe confirmar con otras técnicas tales como el examen directo, la inmunohistoquímica, el cultivo, los títulos de anticuerpos y técnicas de biología molecular, lo cual excluye toda posibilidad de error.. Una vez confirmado el diagnóstico de leishmaniasis cutánea difusa era necesario excluir que el paciente tuviera leishmaniasis visceral"

Señaló también que "en el caso que nos ocupa, dada la procedencia del paciente de una zona no endémica para leishmaniasis visceral, era indispensable la PRÁCTICA DE PRUEBAS DE INMUNOHISTOQUIMICA, DE BIOLOGIA MOLECULAR, DOSIFICACION DE ANTICUERPOS, ESTUDIOS DE EXAMEN DIRECTO, que precisaran el diagnóstico antes de instaurar un tratamiento. Estas pruebas están disponibles en Colombia en algunos hospitales universitarios y en el INS".

En relación con la presunta existencia de un error médico, el perito forense manifestó, en resumen, lo siguiente: "En cuanto al interrogante de aclarar si existió error médico, de acuerdo a lo descrito en el informe pericial No. 125-2009 URMF-DRO, exactamente en la página 18 de 22, se puede afirmar que lo que se señala como un probable error, corresponde más a una falta de precisión diagnóstica, ya que en su momento el reportar la Leishmaniasis Visceral se trataba de una Impresión Diagnóstica, por lo que había sido informado el estudio histopatológico de médula ósea, como compatible con Leishmaniasis... En razón a lo anterior no se puede, afirmar que existió en este caso propiamente un error en la atención del paciente, sino más bien, la falta de asertividad diagnóstica en un momento dado, hizo parte del proceso normal de obtención de un diagnóstico preciso, mediante el descarte de diversas impresiones diagnósticas, para lo cual el médico se vale de

la observación de la evolución clínica del paciente y de la aplicación de pruebas diagnósticas, como es usual en el proceso de atención”.

Lo anteriormente mencionado permite concluir que, por parte del Instituto Nacional de Cancerología, sí existió un error en el diagnóstico, que se desprende de la falta de precisión al determinar la existencia de leishmaniasis visceral. Para la Sala, resultaba claro que los exámenes de médula ósea arrojaron como resultado la presencia de histiocitos con formas esféricas en su interior que son compatibles con leishmania, se sugiere el diagnóstico de Leishmaniasis visceral **sin otros medios confirmatorios.**

En efecto, ello permite concluir varias situaciones:

i. los exámenes de médula ósea determinaron la presencia de elementos compatibles con leishmaniasis; *ii.* dichos exámenes no determinaron concretamente una leishmaniasis visceral; *iii.* los especialistas del Instituto no practicaron otras pruebas necesarias para confirmar la existencia de Leishmaniasis Visceral; *iv.* contrario a ello, determinaron una impresión diagnóstica de leishmaniasis visceral sin confirmar; *v.* emitieron un tratamiento médico para que el Hospital San Rafael de Tunja lo llevara a cabo sobre el paciente, sin contar con un diagnóstico concreto.

Al llegar nuevamente al Hospital San Rafael de Tunja, el paciente recibió tratamiento con Glucantime y Alloperinol, tal como lo dispuso el Instituto Cancerológico de Bogotá. Sin embargo, la sintomatología aumenta y se agrava, razón por la cual el menor fue remitido al Hospital Infantil La Misericordia. Al respecto, la Sala constató que el medicamento denominado *Glucantime* fue recomendado por el Instituto Cancerológico de Bogotá y, a su vez, se encuentra determinado como un importante medicamento para el tratamiento de la Leishmaniasis según la Guía emitida por el Ministerio de Salud.

Finalmente, en el Hospital Infantil La Misericordia al paciente se le suministra tratamiento médico y es sometido a diferentes estudios en donde se determina que padecía de histoplasmosis sistemática. Frente a la atención médica en este Hospital, la Sala concluye que fue adecuada con la sintomatología que presentaba, igualmente fue atendido por médicos pediatras, médicos especialistas en oncología pediátrica, oncohematólogos, patólogos pediatras, especialistas en cuidados intensivos pediátricos, personal adecuado para el manejo de la situación clínica del enfermo.

En resumen, la Sala considera que en el presente caso no se ha configurado una falla médica por error en el diagnóstico y posterior tratamiento médico brindado por las entidades accionadas. Lo anterior, teniendo en cuenta que las enfermedades que fueron diagnosticadas al menor coincidían en su sintomatología y fueron siendo detectadas conforme al nivel del centro médico en el que se encontraba internado el paciente y, a la capacidad técnica de realizar exámenes de laboratorio y paraclínicos.

Si bien lo anterior, fue desafortunado el tratamiento realizado con base en la impresión diagnóstica no confirmada emitida por el Instituto Nacional de Cancerología, pues, realmente el menor no padecía leishmaniasis visceral, sino que, presentaba un cuadro infeccioso de histoplasmosis. Probablemente, un diagnóstico acertado y adecuado por parte del Instituto, entidad capacitada técnicamente para confirmar el padecimiento real del menor, le hubiese dado la oportunidad al paciente de recibir un tratamiento idóneo que permitiera cambiar las consecuencias fatales que se presentaron en el presente caso.

Ahora bien, frente a la presunta existencia de leishmaniasis visceral en el organismo del menor fallecido, el dictamen pericial de medicina legal determinó lo siguiente:

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (fls 259-274), *"la leishmaniasis comprende tres entidades distintas en su frecuencia, evolución y presentación clínica: Cutánea, mucocutánea, y visceral. Según la información del Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Salud encontramos que en el Departamento de Boyacá la leishmaniasis cutánea es frecuente. Revisamos los Boletines epidemiológicos de los últimos 8 años y medio y no hay un solo reporte de Leishmaniasis Visceral en el Departamento. Consideramos por tanto que en Boyacá no hay alto riesgo de Leishmaniasis visceral, por lo tanto una institución de segundo nivel de atención de Boyacá ante el cuadro descrito pensará en otras alternativas diagnósticas"*.

En el mismo sentido, el informe presentado por el Instituto Nacional de Salud dio cuenta de lo siguiente (fl. 352-357): *"(...) Con relación al ítem 4.1.1 según la objeción del dictamen el INS "Presentará el perito en general el mapa de riesgo de nuestro país en relación con la LEISHMANIASIS y en específico, las zonas de alto riesgo o endémicas del Departamento de Boyacá para ésta enfermedad a partir de la expedición de la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000 y el anexo que establece la Guía Técnica para la atención de las Leishmaniasis"; se anexan los mapas de riesgo de Leishmaniasis*

cutánea en Colombia para el año 2010, en el cual se notificaron un total de 14.851 casos, con una incidencia acumulada de 145 casos por cada 100.000 habitantes, así como la "GUÍA PARA AL ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DEL PACIENTE CON LEISHMANIASIS", "GESTIÓN PARA LA VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA Y CONTROL DE LA TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS" y "GUÍA PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LEISHMANIASIS"...El departamento de Boyacá posee un riesgo alto de transmisión para Leishmaniasis cutánea con un total de casos 245 casos notificados durante el año referido, que corresponde a una incidencia acumulada de 208 casos por cada 100.000 habitantes a riesgo...Los municipios endémicos para leishmaniasis en el Departamento según total de casos notificados y la incidencia acumulada, son: Otanche...San Pablo de Borbur...Puerto Boyacá...Pauna (...)El Municipio de Miraflores (Boyacá) no ha sido catalogado como zona de alto riesgo para la Leishmaniasis Visceral, solamente para la Leishmaniasis Cutánea como se indica en el cuadro anterior. (...)"

Al respecto, el perito forense señaló que, "Los médicos en el proceso de establecer un diagnóstico a más de pensar tienen otras herramientas semiológicas, entre ellas la procedencia del enfermo. En áreas de alta incidencia, la leishmaniasis visceral se debe contemplar como la primera posibilidad diagnóstica en un niño con síndrome febril prolongado y hepato-esplenomegalias. En áreas no endémicas esta enfermedad constituye un diagnóstico de descarte después de haber desechado otras muchas etiologías para este cuadro clínico, en especial deben descartarse las enfermedades de origen tumoral".

Ahora bien, tal como se demostró en el acervo probatorio, obran dos pruebas que advierten el posible diagnóstico errado de Leishmaniasis Visceral, estas son:

- El informe del reporte de laboratorio FOR-R01.0000-001 del Grupo de Patología y del Grupo de Parasitología de la Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud (fls. 454-458), determinó que: No se observan amastigotes de Leishmania sp en las muestras examinadas. ...Nos permitimos indicar que la totalidad de las muestras recibidas y analizadas corresponden a exámenes directos, el hecho de no observar amastigotes de Leishmania sp no descarta por completo la enfermedad siendo necesaria la toma de nuevas muestras que incluyan muestra de suero para Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y muestras de exámenes directos. (...) EL PRESENTE INFORME DE PATOLOGÍA NO DESCARTA COINFECCIÓN CON LEISHMANIASIS

VISCERAL QUE DEBE SER DOCUMENTADA CON ANÁLISIS PARASITOLÓGICOS ESPECÍFICOS (...)."

- Según la historia clínica del Instituto Nacional de Cancerología el paciente fue estudiado para una leucemia aguda; en los estudios de médula ósea se encuentran histiocitos con formas esféricas en su interior que son compatibles con leishmania, se sugiere el diagnóstico de Leishmaniasis visceral **sin otros medios confirmatorios.**

Igualmente, en el dictamen emitido por medicina legal se indicó que, "La enfermedad del menor Ávila Cruz no era leishmaniasis visceral, sino histoplasmosis diseminada. El tratamiento indicado para la histoplasmosis en el menor dado el cuadro clínico que presentaba era la anfotericina B, tratamiento que fue iniciado en el Instituto Nacional de Cancerología, que estando bajo otro diagnóstico fue luego cambiado al medicamento de elección para la leishmaniasis, el glucantime (antimoniales pentavalentes). La histoplasmosis en su forma diseminada tiene un pobre pronóstico, con una mortalidad del 80% que se disminuye a un 25% con tratamiento adecuado. El cuadro y la evolución del menor Ávila Cruz correspondieron a la evolución de una histoplasmosis diseminada, parcialmente tratada".

De conformidad con lo expuesto anteriormente, para la Sala es dable concluir que no se demostró con certeza la existencia de la Leishmaniasis visceral, teniendo en cuenta que:

- i.* el informe del Instituto Nacional de Salud determinó que no se descartaba por completo infección con leishmaniasis visceral;
- ii.* que el diagnóstico del Instituto de Cancerología de Bogotá determinó y ordenó tratamiento para Leishmaniasis Visceral sin otros medios de confirmación;
- iii.* posteriormente, el Hospital Infantil La Misericordia emitió el diagnóstico de Histoplasmosis Sistemática y
- iv.* no fue posible realizar y obtener un resultado de necropsia del menor Didier Duvan.

Si bien lo anterior, la Sala considera que la existencia o no de la enfermedad de Leishmaniasis Visceral no es el debate central para determinar si existió responsabilidad por error en el diagnóstico dado al menor. Ello, teniendo en cuenta que el diagnóstico de leishmaniasis no fue confirmado en el Instituto de Cancerología de Bogotá.

Si se concluyera que efectivamente el menor Didier Duvan padeció leishmaniasis visceral ello no determinaría directamente la existencia de la responsabilidad de las entidades demandadas, debido a que, en el Centro de Salud de Zetaquirá y en el Hospital Regional de Miraflores no era técnicamente posible diagnosticar dicho padecimiento, además porque allí se prestó en debida forma el servicio médico para los síntomas que padecía el menor. Igualmente, como el cuadro anémico que presentaba el paciente fue agravándose con el pasar de los días, el Hospital San Rafael de Tunja decidió remitirlo al Instituto Cancerológico de Bogotá para que fuera diagnosticada y tratada, de manera urgente, la sospecha leucemia que arrojaron los resultados practicados.

Igualmente, al dictaminarse en el Instituto Cancerológico de Bogotá Leishmaniasis Visceral sin confirmación, el Hospital San Rafael de Tunja procedió a brindar la atención y el servicio médico para dicho padecimiento, lo cual permite concluir que no existió falla médica respecto de este último establecimiento, sino que, al parecer, hubo un mal diagnóstico por parte del Instituto Nacional de Cancerología, *-ente de salud no demandado-* el cual pudo generar que la infección que realmente padecía el menor no se pudiera contrarrestar, debido al tiempo invertido en la mejoría de un padecimiento que no presentaba y a los medicamentos que le fueron suministrados para una patología que no existía en su organismo.

En los términos expuestos se impone confirmar la decisión apelada, toda vez que las pruebas permiten concluir que no existió un error en el diagnóstico que permitiera comprometer la responsabilidad de las entidades accionadas por la muerte de Didier Duvan Ávila Cruz.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala de Decisión No. 1 del Tribunal Contencioso Administrativo de Boyacá, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

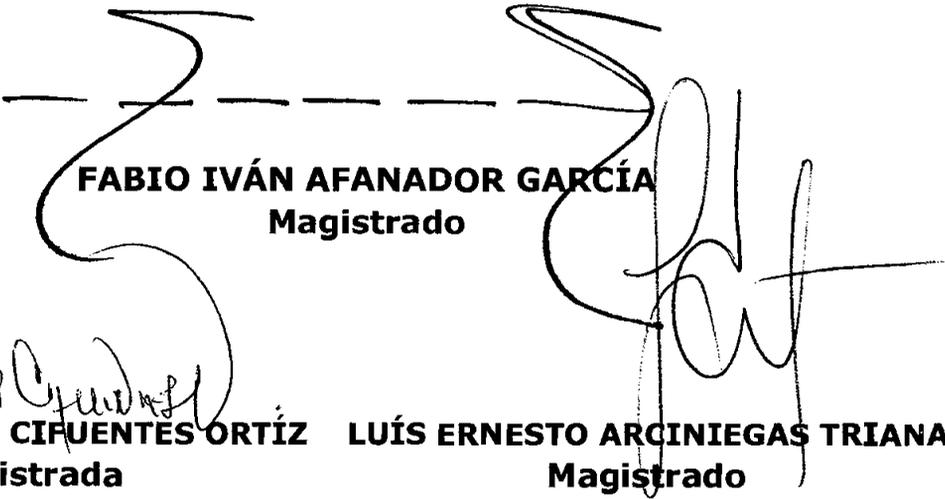
PRIMERO.- CONFIRMAR la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Segundo Administrativo de Tunja, el diez (10) de marzo de dos mil diecisiete (2017), de conformidad con las consideraciones de la presente providencia.

SEGUNDO.- Sin costas en esta instancia.

TERCERO. Ejecutoriada esta providencia, devuélvase al juzgado de origen.

El proyecto de esta providencia fue estudiado y aprobado en la Sala de Decisión No. 1 según consta en acta de la fecha.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


FABIO IVÁN AFANADOR GARCÍA
Magistrado


CLARA ELISA CIFUENTES ORTÍZ
Magistrada


LUÍS ERNESTO ARCINIEGAS TRIANA
Magistrado

Danny

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO
DE BOYACA
NOTIFICACION POR ESTADO
el auto anterior se notifica por estado
No. 136 de hoy, 16 AGO 2018
EL SECRETARIO