Señor(a)
JUEZ ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE(L) BOGOTÁ
SECCIÓN TERCERA

(REPARTO)

Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTE(S): **NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL**, identificada con cédula de ciudadanía No. 24.230.342, en calidad de víctima directa; **BIBIANA ANDRÉA NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de Popayán (Cauca), identificada con la cédula de ciudadanía número 53.122.225, en calidad de hija de la víctima directa; **JHON ALAN NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.019.009.836, domiciliado en Bogotá (Cund), en calidad de hijo de la víctima directa; **MANUEL FERNANDO NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.019.036.564, domiciliado en Monterrey (Casan.)en calidad de hijo de la víctima directa; **HECTOR FABIÁN NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.121.944.741, domiciliado en Sogamoso (Boyacá) en calidad de hijo de la víctima directa.

DEMANDADO(S): **CLÍNICA MEDILASER S.A.** con NIT. 813.001.952-0, Representada Legalmente. Carrera 2 Este # 67 B -90 Barrio Suamox, Tunja, Boyacá; Tel. 320 8386706. Correo Electrónico: gerencia.medilaser@gmail.com

FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. con NIT 860525148-5, representada legalmente. Calle 72 No 10 - 03 Piso 4, 5, 8, 9, Bogotá D.C., Colombia y correo electrónico: notjudicial@fiduprevisora.com.co ; notjudicialppl@fiduprevisora.com.co

UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T., con NIT. 901.153.500-6, representada Legalmente. Avenida norte No 64b-195, CC Nogal Plaza Segundo Piso 213, Tunja, Boyacá y correo electrónico juridica@medisalud.com.co

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO., con NIT. 891.855.039-9, representada Legalmente. Calle 8 número 11 A-43**,** Sogamoso - Boyacá Correo Electrónico: gerencia@hospitalregionalsogamoso.gov.co ; Telf. 0987726048-0987707565.

DR. OSCAR ALBERTO OCHOA., identificado con la cédula de ciudadanía número 74.359.811. Calle 59 número 2 Este 58. Telf. Correo Electrónico: oscaralbertoochoa@hotmail.com; Telf. 313-865-7072

SERGIO MANZANO MACÍAS, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá (Cund), identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre y representación de la señora **NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL**, identificada con cédula de ciudadanía No. 24.230.342, en calidad de víctima directa; **BIBIANA ANDRÉA NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de Popayán (Cauca), identificada con la cédula de ciudadanía número 53.122.225, en calidad de hija de la víctima directa; **JHON ALAN NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.019.009.836, domiciliado en Bogotá (Cund), en calidad de hijo de la víctima directa; **MANUEL FERNANDO NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.019.036.564, domiciliado en Monterrey (Casan.)en calidad de hijo de la víctima directa; **HECTOR FABIÁN NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.121.944.741, domiciliado en Sogamoso (Boyacá) en calidad de hijo de la víctima directa, de condiciones civiles consignadas en el(los) **poder(es) adjunto(s)** al presente escrito, con todo respeto me dirijo a ustedes, en ejercicio de la **Acción de Reparación Directa** consagrada en el artículo 140 de la Ley 1437 del 2011, formulo demanda en contra de: la **CLÍNICA MEDILASER S.A.** con NIT. 813.001.952-0, Representada Legalmente por MARÍA CAROLINA SUAREZ ANDRADE y/o quien haga sus veces, sociedad con domicilio principal en Neiva (H); la **FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.** con NIT 860525148-5, como vocera y administradora del **Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG**, representada legalmente por WILLIAM PARRA DURÁN y/o quien haga sus veces, sociedad domiciliada en Bogotá (C); **UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T.,** con NIT. 901.153.500-6 representada legalmente por MILLER AUGUSTO VARGAS ZAMORA y/o quien haga sus veces, con domicilio en TUNJA (B); **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO.,** con NIT. 891.855.039-9, representado legalmente por SHEYLA FANORY ACEVEDO y/o quien haga sus veces, con domicilio en Sogamoso (B) y el **DR. OSCAR ALBERTO OCHOA.,** identificado con la cédula de ciudadanía número 74.359.811, domiciliado en Tunja (B), con ocasión de los perjuicios ocasionados a la señora NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL y sus hijos, a fin que previo los trámites procesales previstos en la Ley 1437 del 2011, se declare a la(s) demandada(s) administrativa, patrimonial y solidariamente responsable(s) por la FALLA DEL SERVICIO, derivada de la Negligencia médica, mala praxis, (*violación a la lex artis*) y mediante Sentencia con fuerza de cosa juzgada se provea favorablemente a las siguientes:

I. DECLARACIONES Y CONDENAS

1. Se **declare administrativa, patrimonial y solidariamente responsables** a las entidades demandadas, **CLÍNICA MEDILASER S.A.,** la **FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.,** la **UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T.,** el **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO.** y el **DR. OSCAR ALBERTO OCHOA.,** por la FALLA en el SERVICIO MÉDICO prestado a la demandante, con ocasión de los hechos presentados el(los) día(s) 17 de diciembre del año 2018, fecha en la que fue intervenida quirúrgicamente la víctima directa y le fue "*dejado*" un cuerpo extraño en su humanidad, las derivadas consecuencias negativas de dicho hecho, el diagnóstico tardío de la presencia del elemento extraño, la cirugía extractiva realizada el día 3 de febrero del año 2019 y todos los perjuicios causados.

2. Que como consecuencia de la declaración anterior, se **condene** a la(s) demandada(s) a pagar a el(los) demandante(s), las siguientes sumas de dinero a título de perjuicios como consecuencia de los hechos descritos en la presente solicitud, con ocasión de la NEGLIGENCIA MÉDICA, LA VIOLACIÓN A LA LEX ARTIS y AL PROTOCOLO MÉDICO en la cirugía celebrada el día 17 de diciembre del año 2018 en la que se dejó, olvidó, elementos quirúrgicos "*gasas-compresas*" al interior del cuerpo de la paciente NARDA RODRIGUEZ y el error en el diagnóstico o diagnóstico tardío de la presencia de dicho elemento extraño en el cuerpo de la paciente, así:

2.1. PERJUICIOS MORALES:

NOMBRE	CC	CALIDAD	DAÑO MORAL
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	100 S.M.M.L. V
HECTOR FABIÁN NOVOA RODRIGUEZ	1121944741	HIJO DE LA VÍCTIMA	100 S.M.M.L. V
BIBIANA ANDREA NOVOA RODRIGUEZ	53.122.225	HIJA DE LA VÍCTIMA	100 S.M.M.L. V
MANUEL FERNANDO NOVOA RODRIGUEZ	1019036564	HIJO DE LA VÍCTIMA	100 S.M.M.L. V
JHON ALAN NOVOA RODRIGUEZ	1019009836	HIJO DE LA VÍCTIMA	100 S.M.M.L. V
TOTAL PERJUICIO MORAL			**500 M.M.L .V.**

2.2. DAÑO A LA SALUD:

NOMBRE	CC	CALIDAD	DAÑO A LA SALUD.
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	100 S.M.M.L.V
TOTAL PERJUICIO DAÑO A LA SALUD.			**100 S.M.M.LV.**

Lo anterior, teniendo en cuenta los criterios establecidos por el Consejo de estado en la sentencia CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C, Consejero Ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA, Bogotá, D.C., veintiocho (28) de enero de dos mil quince (2015), Radicación número: 05 001 23 31 000 2002 03487 01 (32912), Actor: DARIO DE JESUS JIMENEZ GIRALDO Y OTROS, Demandado: MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-EJERCITO NACIONAL, Asunto: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA (Sentencia).

2.3. PERJUICIOS MATERIALES: DERIVADOS DE LAS INCAPACIDADES GENERADAS COMO RESULTADO DEL EVENTO DAÑOSO. (90 DÍAS)

NOMBRE	CC	CALIDAD	MONTO INCAPACIDADES 90 DÍAS
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	$10.925.730
TOTAL PERJUICIO INCAPACIDADES			**$10.925.730**

2.4. PERJUICIOS MATERIALES: EN SU MODALIDAD DE DAÑO EMERGENTE.

Por la suma de **$350.000,** derivados del pago del servicio médico asistencial, para la realización de las curaciones de la intervención quirúrgica.

2.5. PERJUICIOS MATERIALES: EN SU MODALIDAD DE LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO.

NOMBRE	CC	CALIDAD	LUCRO CESANTE CONSOLIDADO	LUCRO CESANTE FUTURO
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	**$20.835.333,96**	**$114.609.839,36**
TOTAL PERJUICIO MATERIALES				**$135.445.173,32**

Los perjuicios materiales deberán ser liquidados nuevamente al momento de la liquidación definitiva de la sentencia.

2.6. HONORARIOS DE ABOGADO.

Llegar a un acuerdo con las entidades convocadas a fin de reconocer y pagar los honorarios de abogado causados con el desarrollo del trámite de conciliación prejudicial correspondiente al 35% del valor total de las pretensiones.

3. **Ordenar** a la(s) demandada(s) a que dé cumplimiento al fallo conforme a lo dispuesto en el párrafo 2º del artículo 192 y numerales 1, 2 y 3 del artículo 195 de la Ley 1437 del 2011.

4. **Condenar** a la(s) demandada(s) a que sobre las sumas adeudadas a mi poderdante, se incorporen los ajustes de valor, conforme al índice de precios al consumidor, según lo estipulado en el último párrafo del artículo 187 de la Ley 1437 del 2011.

5. **Condenar** a la entidad demandada al reconocimiento y pago de los intereses moratorios, sobre las sumas adeudadas a mi mandante, conforme a lo dispuesto en el párrafo 3º del artículo 192 y numeral 4 del artículo 195 de la Ley 1437 del 2011.

6. **Condenar** en costas a la entidad demandada conforme a lo estipulado en el artículo 188 de la Ley 1437 del 2011.

II. HECHOS Y ANTECEDENTES

Son fundamentos de la acción incoada en la presente demanda los siguientes:

1. Conforme la HISTORIA CLÍNICA adjunta a esta solicitud, la señora NARDA RODRIGUEZ, presentó dolor abdominal agudo el día 15 de diciembre del año 2018.

Para atender su necesidad médica se acercó al centro de salud del Municipio de Sabanalarga por urgencias.

En el centro médico le aplicaron Buscapina para el dolor que presentaba, y procedieron a darle el alta, debido a la reducción del dolor.

2. Como consecuencia de la reaparición del dolor y con una intensidad mayor, la señora NARDA RODRIGUEZ decidió dirigirse, en compañía de sus hijos, a la ciudad de Sogamoso (B) para la atención médica. La señora RODRIGUEZ fue llevada a la CLÍNICA VALLE DEL SOL, lugar en donde fue atendida de manera urgente, realizando los exámenes pertinentes y diagnosticando la patología de APENDICITIS.

Por no contar la clínica con cirujanos, decidieron emitir la orden de traslado a la CLÍNICA MEDILASER sucursal ubicada en la ciudad de TUNJA (Boyacá), miremos:

> *"… (.) dom., 16 dic. 2018 a las 21:19, Referencia y Contrareferencia Boyaca Medisalud UT… (.)*
> *… (.)*
> *Buenas Noches:*
> *Envió formato de remisión, historia clínica de la paciente en mención quien requiere valoración y manejo por cirugía general… (.)*
> *… (.)*
> *Cordialmente*
>
> *LORENA ZEA*
> *Auxiliar Referencia – Autorizaciones …* (.)"

3. La señora NARDA RODRIGUEZ ingresó a la CLÍNICA MEDILASER el día 17 de diciembre del año 2018 a las 12 a.m. Se realizaron los exámenes correspondientes, se determinó la patología APENDICITIS y se procedió a la realización de la cirugía respectiva, miremos:

> "… (.) *ANAMNESIS*
> *Motivo de Consulta: INGRESA REMITIDA ACEPTADA POR EL DR USCATEGUI*
> *Enfermedad Actual: PACIENTE REFIERE CUADRO QUE INICIA AYER DE DOLOR ABDOMINAL EN MESOGASTRIO CON IRRADIACION A HIPOGASTRIO ASOCIADO A FIEBRE, INGRESA FEBRIL. TAQUICARDICA, PACIENTE ACEPTADA POR EL DR USCATEGUI, SE SOSPECHA POSIBLE CUADRO DE APENDICITIS DEL SITIO DE REMISIÓN ESTABA EN MANEJO CON CLINDAMICINA+METRODINAZON. …* (.)"

El profesional médico asignado para la realización de la cirugía, fue el doctor OSCAR ALBERTO OCHOA.

4. Se realizó la cirugía médica de apendicetomía el día 17 de diciembre del año 2018 por parte del médico OSCAR ALBERTO OCHOA OCHOA y como consecuencia de la negligencia médica presentada, la violación al protocolo médico, la violación a la "*lex artis*", de la FALLA EN EL SERVICIO, se finalizó el procedimiento dejando un cuerpo extraño "*gasas-compresas*" al interior de la paciente, miremos:

> *"… 22/12/2018 12:37p.m PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD EN SU 5 DIA DE HOSPITALIZACIÓN EN MANEJO POR EL SERVICO DE CIRUGIA GENERAL EN DIA 4 DE POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA HALLANDO SINDROME ADHERENCIAL SEVERO, ADHERENCIAS*

DE ASA DELGADAS A PARED ABDOMINAL, INTERASAS; ADHERENCIA DE ILOEN TERMINAL A PELVIS; EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HISTERECTOMIA POR LAPAROTOMIA, APENDICITIS AGUDA FASE GANGRENOSA, CON ABSCESO QUE SE EXTIENDE HACIA REGION RETROILEAL Y HACIA PELVIS. EPIPLON ADHERIDO EN AREA DE ABSCESO CON NECROSIS Y ABSCESO DE EPIPLON. LIQUIDO LIBRE EN PELVIS Y PARA LO CUAL SE ENCUENTRA EN CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO CON PIPERACILINA TAZOBACTAM HOY DIA 5 AL EXAMEN FISICOS ADBOMEN NO DISTENSIÓN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR HERIDA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN DREN DRENAJE 10CC SEROHEMATICO CLARO PARACLINICOS DE CONTROL PCR: 111.2 MG/DL POSITIVA. HEMOGRAMA: LEUCOCITOSIS NO NEUTROFILIA NO ANEMIA, CREATININA: 0.72 MG/DL NORMAL, NITROGENO UREICO: 9.1. MG/DL NORMAL. SODIO: 141.7 MMOL/L NORMAL... (.)SE DECIDE DAR SALIDA CON FORMULA MEDICA RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA CLAROS Y CITA DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 1 SEMANA… (.)"

5. El día 22 de diciembre del año 2018, la señora NARDA RODRIGUEZ fue dada de alta, formulándosele ACETAMINOFÉN para el dolor. Se programó valoración y control en 10 días, con incapacidad hasta el día 15 de enero del año 2019.

6. La señora NARDA RODRIGUEZ acudió el día 2 de enero del año 2019 a control con el Dr. OSCAR OCHOA, cirujano quien realizó la cirugía. El profesional, realizó el presunto control de evolución de la cirugía médica sin encontrar novedad alguna y entregó orden de control para el día 28 de enero del año 2018.

7. Con el transcurso de los días, el abdomen de la señora NARDA RODRIGUEZ empezó a aumentar de tamaño, así como a presentarse un agudo dolor. Como resultado de estos síntomas, la señora NARDA RODRIGUEZ, en compañía de su hijo, decidió tomarse una ecografía particular el día 10 de enero del año 2019.

8. El RADIOLÓGO, Dr. JAHIR JOSUE JIMENEZ DIAZ-Médico Radiólogo, como resultado de una ecografía realizada de carácter particular el día 10 de enero del año 2019, aconsejó a la paciente y su acompañante, que se dirigieran de manera urgente a un centro médico, ya que el observaba un elemento extraño en el abdomen. Dice el documento:

"… (.) ESTUDIO: ULTRASONIDO DE ABDOMEN TOTAL
ENTIDAD: PARTICULAR
… (.)
OPINIÓN:
VER DESCRIPCIÓN.
SUGIERO TOMOGRAFÍA CONTRASTADA CON DOBLE CONTRASTE, SE REMITE PACIENTE A SERVICIO DE URGENCIAS. … "

9. La señora NARDA RODRIGUEZ, en compañía de sus hijos, en repetidas ocasiones se presentó al HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO con la finalidad de ser valorada como resultado del constante, preocupante, reiterado, insistente e inaguantable dolor abdominal que venía presentando, la inflamación del mismo, y la secreción de material purulento en grandes cantidades "*Pus*". (*Observar prueba en video adjunta*)

10. La señora NARDA RODRIGUEZ allegó a la institución médica y a su médico tratante, los resultados médicos diagnósticos que se practicó de manera particular, en las que se indicaba la necesidad de remisión a servicio de urgencias, por la presencia de elementos extraños.

11. Como resultado de las consultas en el HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO, a la señora NARDA RODRIGUEZ únicamente se le recetaron antibióticos y nuevos exámenes, pero no se diagnosticó debidamente, de manera pronta y oportuna, la presencia de elemento extraño "*gasas- compresas*" en el cuerpo de la paciente, con el fin de una oportuna realización de cirugía médica para su extracción, lo que permitió la agravación de su situación física.

12. El día 3 de febrero del año 2019, como consecuencia del estado médico de la paciente NARDA RODRIGUEZ, que empeoraba, se realizó cirugía en el HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO, quien en el procedimiento retiró del cuerpo de la paciente "*GASAS - COMPRESAS*", que ocasionaban la condición médica infecciosa que venía presentando la paciente tras la cirugía de apendicetomía. (*Observar pruebas fotográficas adjuntas*)

13. El HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO en la "*ORDEN DE PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS*" de fecha 9 de febrero del año 2019, se observa como Diagnósticos Principales los siguientes:

> "… (.) *OBJETO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN EL CUERPO DURANTE ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRURGICA NO ESPECIFICADA… (.) Descripción CURACIÓN SIMPLE CON INMOVILIZACIÓN… (.)"*
>
> *"… (.) OBJETO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN EL CUERPO DURANTE ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRURGICA NO ESPECIFICADA… (.) Descripción CONSULTA CONTROL DE MEDICINA ESPECIALIZADA… (.) CONTROL EN 8 DÍAS …* (.)"

14. EL **MINISTERIO DE SALUD** dispuso en la "**Guía Técnica "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN DE SALUD",** para MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, señala:

> "… (.) 4.2.4. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos (*El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar el vínculo: http://ocsav.info/005.html*)
>
> *Entre otros:*
>
> *4.2.4.1 Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto:*
>
> *A través de mecanismos que aseguran la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica. Debe considerar las siguientes etapas:*
>
> - ***La verificación en el quirófano mediante la utilización de la lista de chequeo para la "cirugía segura" sugerida por la OMS. (****Anexo B) … (.)" (Negrilla y subrayado fuera del texto original)*
>
> *… (.)*

Teniendo en cuenta que este paquete está encaminado a promover la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, se considera importante definir este concepto para dar un enfoque más integral:

Actividad o procedimiento quirúrgico: *es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.*
… (.)
FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: *una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falta de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales. … (.)"*
… (.)
¿Cuáles son las acciones inseguras (fallas activas) más comunes que conllevan a la presentación de errores en la atención en los procedimientos quirúrgicos?
La evidencia indica que los procedimientos que ponen al paciente en el mayor riesgo, incluyen aquellos que implican anestesia general o sedación profunda, aunque otros procedimientos también pueden afectar la seguridad del paciente. … (.)
Los errores que contribuyeron a la muerte del paciente fueron: error en el diagnóstico, demora en el diagnóstico, errores de juicio – incluido error en la preparación preoperatoria-, demora en el quirófano por preparación o evaluación inadecuada, error de técnica. Los errores más frecuentes fueron relacionados con la técnica, en primer lugar; en segundo lugar, otros (dislocación de drenajes, sondas nasogástricas y vías venosas, mala comunicación entre el paciente y el personal de salud/entre el equipo de drenajes, gasas o suturas retenidas en la herida) … (.)"

15. Por Oblito Quirúrgico se entienden aquellos casos en los que, con motivo de una intervención quirúrgica, se dejan olvidados cuerpos extraños dentro del cuerpo del paciente, como instrumentos o materiales utilizados por los profesionales de la salud que conforman el equipo quirúrgico (*instrumentación quirúrgica, cirujanos, auxiliares de enfermería*) tales como pinzas, agujas, y más comúnmente gasas o compresas.

Estos casos, como el presentando en la señora NARDA RODRIGUEZ, son bastante frecuentes, ocasionando daños al paciente, quien requiere necesariamente someterse al menos a una nueva intervención para la extracción del material olvidado, sin dejar de lado las complicaciones médicas, psicológicas – emocionales, ocasionadas por la presencia y reacción negativa de dicho cuerpo extraño en el paciente y las consecuencias negativas en su cuerpo y salud producidas con la extracción del mismo, tal y como acontece con la hoy demandante.

16. Como consecuencia de la negligencia médica, la violación a la "*Lex Artis*", la FALLA en el servicio médico, la víctima directa y los convocantes, han padecido marcadas situaciones de angustia, desazón, preocupación, dolor, intranquilidad, como resultado de las situaciones médicas incapacitantes derivadas del abandono de un elemento "*Gasas- Compresas*" al interior del cuerpo de la paciente, así como los claros errores y/o demoras en el diagnóstico de dicha condición tan riesgosa para la salud y la vida de la señora NARDA RODRIGUEZ. Miremos lo indicado en la historia clínica psicológica y psiquiátrica de la convocante:

"… (.) *ENFERMEDAD ACTUAL*
PACIENTE REFEIRE MARCADA ANGUSTIA INQUIETUD INSOMNIO IRRITABILIDAD, DE VARIAS SEMANAS ASOCIADO A COMPLICACIÓN QUIRURGICA "ME DEJARON UNA COMPRESA EN UNA

OPREACION EN LA CLINICA MEDILASER, FIJE TERRIBLE, ME DOLIA MUCHO Y ME DECIAN QUE NO ERA NADA, HASTA QUE NO AGUANTE, ME OPERARON Y SE DIERON CUANTA QUE ME DEJARON UNA COMPRESA, ADEMAS ME QUEDO UNAS HERIDAS MUY FEAS EN MI ABDOMEN CADA VEZ QUE LA VEO ME PONGO MUY TRISTE Y ANSIOSA", PACIENTE DOCENTE CON DIFICULTADES EN SU FUNCIONALIDAD… (.)"

EXAMEN MENTAL – ANALISIS Y CONCLUSION
PACIENTE SINTOMAS ANSIOSO, ASOCIADO A UN ESTRÉS POSTRAUMA, SE HACE PSICOEDUCACION, SE INICIA MANEJO, SE EVIDENCIA IMPORTANTE AFECTACIÓN EMOCIONAL
DIAGNÓSTICOS
Principal: F431- TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Tipo: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA. … (.)"

"… (.) Fecha 10/11/2019 … (.) ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA… (.)
RESUMENN HISTORIA CLÍNICA:
PACIENTE ATENDIDA EN TELECONSULTA. TIENE EL ANTECEDENTE DE LAPARATOMIA EXPLORADORA EN FEB/2019 POR COMPRESA OLVIDADA EN CAVIDAD ABDOMINAL POSTERIOR A UNA APENDICECTOMIA EN DIC/2018. REFIERE PRESENTAR EPISODIOS DE DEPRESIÓN ASOCIADOS AL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO POR LA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA. SE REMITE PARA VALORACIÓN Y MANEJO ESPECIALIZADO POR PSIQUIATRIA. … (.)"

17. Conforme los hechos descritos, la historia clínica de la señora NARDA RODRIGUEZ, se evidencia NEGLIGENCIA MÉDICA, se observa la violación a la LEX ARTIS, una FALLA del servicio médico de las entidades convocadas, como consecuencia de:

7. La NO VERIFICACIÓN de los procedimientos médicos quirúrgicos (*Al dejar elementos quirúrgicos – gasas-compresas, en el cuerpo de la paciente*).
8. El diagnóstico y atención médica quirúrgica evidentemente tardía, en torno a la identificación del origen del padecimiento de la demandante, para la posterior extracción del cuerpo extraño de la paciente.
9. Los diversos perjuicios generados por la presencia del cuerpo extraño en la paciente (*Infección, angustia, dolor, preocupación, desazón, entre otros*), así como los ocasionados con el procedimiento requerido para su extracción (*Marcadas Cicatrices en su cuerpo, patologías resultantes*).

18. Los convocados NO PRESTARON los servicios médicos de salud adecuados y de forma oportuna a la paciente, con las actuaciones y hechos presentados, descritos en líneas anteriores se demuestra que los convocados han padecido afectaciones en su órbita interna, como consecuencia de la gran angustia, desazón, dolor, aflicción, generados con la condición médica precaria en la que se vio inmersa la señora NARDA RODRIGUEZ.

19. La señora NARDA RODRIGUEZ devengaba para el mes de enero del año 2019 en su actividad de docente, el salario de $3.641.927.

20. A la señora NARDA RODRIGUEZ le fueron expedidas incapacidades médicas como resultado de los eventos incapacitantes derivados de la presencia del elemento extraño en su cuerpo, así como derivados de la extracción del mismo, por un lapso de 90 días.

21. La señora NARDA RODRIGUEZ, como resultado de la negligencia médica, la violación a la "*lex artis*", la FALLA en el servicio médico, sufrió una infección

aguda, con expulsión de material purulento, tal y como lo indica la historia clínica presentó: "… (.) *ANÁLISIS: PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADA EL DÍA DE AYER POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). ES LLEVADA A EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, ENCONTRANDO COMPRESA Y ABSCESO, CON MODERADA SALIDA DE MATERIAL PURULENTO FÉTIDO, DE DEJA HEREIDA ABIERTA MANEJO ANTIBIÓTICO HOY DÍA …* (.)" (*H.C. Hospital Regional Sogamoso fecha ingreso: 03/02/2019 10:37 Pag. 2 de 6*)

22. La señora NARDA RODRIGUEZ, como resultado de la negligencia médica, la violación a la "*lex artis*", la FALLA en el servicio médico, ha venido padeciendo situaciones médicas crónicas "*Colon Irritable*", así como cuadros depresivos. Desde la cirugía en la que le fue extraído un elemento extraño (*gasas-compresas*) de su cuerpo, la señora RODRIGUEZ no puede ingerir carnes rojas, así como tampoco puede padecer de situaciones de niveles de estrés, sin padecer graves inflamaciones de su colon, generándole situaciones incapacitantes.

23. La señora NARDA RODRIGUEZ, como resultado de la negligencia médica, la violación a la "*lex artis*", la FALLA en el servicio médico, ha venido padeciendo afecciones emocionales, como resultado de la cicatriz resultante en su cuerpo, que impacta negativamente en la percepción que posee del mismo y su interacción o percepción en el rol social (*Salidas, paseos*) y en el rol íntimo (*Ámbito Sexual*).

24. El **15 DE DICIEMBRE DE 2020** se presentó solicitud en las Procuradurías Delegadas ante los Juzgados Administrativos audiencia de Conciliación Extrajudicial como requisito de procedibilidad; trámite que se declaró fallido el **11 DE MARZO DE 2021**.

25. De conformidad con la **Resolución No. 385 del 12 de marzo de 2020**, expedida por el **Ministro de Salud y Protección Social**, se declaró la Emergencia Sanitaria hasta el 30 de mayo de 2020 por causa del Coronavirus COVID-19 y se adoptaron medidas para hacerle frente al virus, decisión implementada por el **Gobierno Nacional** mediante **Decreto 417 del 17 de marzo de 2020** y ampliada por el(los) **Decreto(s) 637, 749 y 878 de 2020**.

26. Basado en lo anterior, mediante **Acuerdo No. PCSJA20-11532 del 11 de abril de 2020**, **Acuerdo No. PCSJA20-11521 del 19 de marzo de 2020**, **Acuerdo No. PCSJA20-11526 del 20 de marzo de 2020**, **Acuerdo No. PCSJA20-11532 del 11 de abril de 2020, Acuerdo No. PCSJA20-11549 del 7 de mayo de 2020, Acuerdo No. PCSJA20-11556 del 22 de mayo de 2020** y **Acuerdo No. PCSJA20-11567 del 5 de junio de 2020**, expedido(s) por la **Presidenta del Consejo Superior de la Judicatura**, se han **suspendido los términos judiciales desde el 16 de marzo**, prorrogando dicha suspensión **hasta el 1 de julio de 2020**.

27. Igualmente, mediante **Decreto No. 564 del 15 de abril de 2020**, expedido(s) por el **Ministerio de Justicia y de Derecho**, se **suspendieron cualquiera de los términos de prescripción y caducidad establecidos en las normas procedimentales, desde el 16 de marzo y hasta cuando el Consejo Superior de la Judicatura los reanude**.

III. MEDIO DE CONTROL.

El medio de control que formula es de **REPARACION DIRECTA**, conforme reza el artículo 140 de la

Ley 1437 de 2011, así:

> *"**ARTÍCULO 140. REPARACIÓN DIRECTA.** En los términos del artículo 90 de la Constitución Política, la persona interesada podrá demandar directamente la reparación del daño antijurídico producido por la acción u omisión de los agentes del Estado.*
>
> *De conformidad con el inciso anterior, el Estado responderá, entre otras, cuando la causa del daño sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquiera otra causa imputable a una entidad pública o a un particular que haya obrado siguiendo una expresa instrucción de la misma.*
>
> *Las entidades públicas deberán promover la misma pretensión cuando resulten perjudicadas por la actuación de un particular o de otra entidad pública.*
>
> *En todos los casos en los que en la causación del daño estén involucrados particulares y entidades públicas, en la sentencia se determinará la proporción por la cual debe responder cada una de ellas, teniendo en cuenta la influencia causal del hecho o la omisión en la ocurrencia del daño..."*[1]

IV. CADUCIDAD DE LA ACCIÓN Y AGOTAMIENTO DE REQUISITOS PREVIOS DE LA DEMANDA.

Teniendo en cuenta que el daño se materializo el día 17 de diciembre del año 2018, fecha de la cirugía de apendicectomía, así como el diagnóstico médico tardío en la identificación de la existencia del elemento extraño en el cuerpo de la paciente, que derivó en una nueva cirugía el día 3 de febrero del año 2019, por dicho motivo y de conformidad con la Ley, se puede citar lo siguiente:

Ley 1437 de 2011

> *"**ARTÍCULO 164. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR LA DEMANDA.** La demanda deberá ser presentada:*
>
> *(…)*
>
> *i) Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia.*
>
> *Sin embargo, el término para formular la pretensión de reparación directa derivada del delito de desaparición forzada, se contará a partir de la fecha en que aparezca la víctima o en su defecto desde la ejecutoria del fallo definitivo adoptado en el proceso penal, sin perjuicio de que la demanda con tal pretensión pueda intentarse desde el momento en que ocurrieron los hechos que dieron lugar a la desaparición…"*[2]

La solicitud de conciliación extrajudicial, como requisito de procedimiento, para instaurar el medio de control de reparación directa, fue presentada el día 15 de diciembre del año 2020, de igual manera, fue programada y celebrada la audiencia de conciliación, declarada fallida, el día 11 de marzo del año 2021, presentándose la demanda el día 12 de marzo del año 2021 ante la oficina de reparto de los juzgados administrativos, por tanto, de conformidad con lo establecido en el

[1] *http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1437_2011_pr003.html#140*
[2] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1437_2011_pr004.html

numeral 1 del artículo 161 de la Ley 1437 de 2011 y 35 de la Ley 640 de 2001, la demanda se ha formulado en término.

V. FUNDAMENTOS DE DERECHO.

A. FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO POR OBLITO QUIRÚRGICO.

Sin la finalidad de extendernos innecesariamente, habida cuenta que los casos como el puesto a su consideración señor juez, se encuentran decantados jurisprudencialmente, en torno a la claridad de la responsabilidad de los demandantes, con ocasión al desarrollo y/o ejercicio de las actividades de la prestación del servicio médico, en las cuales se "*olvida*" elementos en el cuerpo de los pacientes, la jurisprudencia de la sección tercera del Consejo de Estado ha sido pacifica en señalar que en los denominados oblitos u olvidos quirúrgicos, la responsabilidad está gobernada por la culpa o falla probada como título jurídico por excelencia.

Lo anterior, en aplicación al sistema de aligeramiento probatorio denominado "*res ipsa loquitur*" (*Sentencia del 19 de agosto del 2009, Sección Tercera C.E., Exp. 18364*), que no es otra cosa que, los hechos hablan por sí mismos; miremos algunos apartes jurisprudenciales al respecto del oblito quirúrgico:

Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, No. 28427 del 26 de marzo del 2014, Rad. 66001-23-31-000-1998-00608-01 (28427), actor: MARIA FABIOLA ZULUAGA GOMEZ y Otros, C.P. JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA:

> "… (.) *El hecho de que el Doctor Hernando García Velasco, haya dejado en el abdomen de la paciente una compresa al realizarle la histerectomía ratifica la responsabilidad del mismo en la producción del daño, puesto que de dicha circunstancia se derivaron todas las alteraciones a la salud y a la integridad de la vida de la señora María Fabiola Zuluaga Gómez y a su grupo familiar … (.) En síntesis, queda claro para la Sala que se encuentra demostrada la falla en el servicio, constituida por el oblito quirúrgico consistente en haber dejado alojada una compresa en el cuerpo de la paciente después de realizada la operación quirúrgica, falla que vino a concretarse el 15 de octubre de 1998, esto es, al momento de su extracción y que representa sin duda alguna, una prestación ineficiente, inadecuada y no correspondiente con los protocolos médicos y exigencias legales vigentes para la época de los hechos. Y se trata de una falla probada por cuanto se logró acreditar que el cuerpo extraño se dejó por no observar la atención y diligencia mínima exigible en procedimientos quirúrgicos que como es el caso de autos no puede permitirse en el estado de conocimiento de la ciencia y de la técnica. … (.)*
>
> *En relación con el hecho del tercero como eximente de responsabilidad alegado por la parte demandada, cabe mencionar que la doctrina y la jurisprudencia ha elaborado esta tesis bajo la aplicación de cuatro elementos. Así, se ha dicho que la actuación del tercero debe ser exclusiva y única, determinante, imprevisible e irresistible para que se convierta en una causal de exoneración de la responsabilidad de la administración. … (.) En el caso de autos, observa la sala que no estamos en presencia del hecho de un tercero, puesto que la Caja de Compensación Campesina- COMCAJA, en virtud del contrato número 0083-114 de 1996, celebrado entre ésta y la Fiduciaria La Previsora S.A., estaba obligada a prestar los servicios medico asistenciales… al personal de docentes activos y pensionados del departamento de Risaralda, afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones sociales del Magisterio. Y por tanto es directamente responsable de las fallas que se originen en el ejercicio del mismo, así como también de la elección del personal que para el cumplimiento de tal función elija, y de la*

supervisión y vigilancia del servicio público de salud… (.) *La conducta negligente y la mala práctica médica verificada a la hora de encontrar una compresa en el abdomen de la víctima no pueden ser consideradas entonces circunstancias irresistibles e imprevisibles en la prestación del servicio de salud…* (.)"

Tal y como se ha planteado en esta demanda desde sus hechos, la negligencia presentada en la prestación del servicio médico para con la señora NARDA RODRIGUEZ, constituye sin lugar a dudas una evidente falla en la prestación del servicio médico, porque dicha situación no puede obedecer sino al descuido con que se actuó en dicha intervención, así como una violación a las obligaciones de vigilancia y control de todas las entidades, personas jurídicas de derecho público y privado, así como naturales intervinientes en el proceso.

Debe ser entonces analizado por el señor juez que, pese a que se establece por regla general que se aplica el régimen de responsabilidad de FALLA DEL SERVICIO PROBADA en los casos de oblito quirúrgico, la sección tercera del honorable Consejo de Estado, en sentencia del 19 de agosto del año 2009, expediente 17733, ha determinado que en los eventos, como el que nos ocupa, cuando se realiza solicitud de reconocimiento y pago de los perjuicios irrogados por la cosa misma, elemento que generó diversas patologías como infecciones y demás, la responsabilidad de la administración sanitaria, de los demandados, **estará presidida por UN REGIMEN OBJETIVO**, **en el que no es posible eximirse o exonerarse de responsabilidad con la acreditación de un comportamiento diligente o cuidadoso.**

Miremos un aparte: "… (.) *se hace claridad en que los daños derivados de las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, la aplicación de vacunas, el suministro de medicamentos, o el empleo de métodos terapéuticos nuevos y de consecuencias poco conocidas todavía, constituyen lesiones antijurídicas que se analizan dentro de los actos médicos y/o paramédicos, y que, por consiguiente, se rigen por protocolos científicos y por la lex artis; en consecuencia, si bien gravitan de manera cercana a la obligación de seguridad hospitalaria, no pueden vincularse con la misma, motivo por el que en su producción no resulta apropiado hacer referencia técnicamente a la generación de un evento adverso. Por el contrario, aquellos constituyen daños antijurídicos que tienen a ser imputados o endilgados y así ha sido aceptado por la mayoría de la doctrina y jurisprudencia extranjeras desde una perspectiva objetiva de responsabilidad, razón por la que no tendrá relevancia jurídica la acreditación de que la entidad hospitalaria actuó de manera diligente o cuidadosa, sino que lo determinante es la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias.* … (.)"

La Sección Tercera, Subsección A del C.E., en sentencia 36369 del 8 de noviembre del 2016, en torno a la falla por oblito quirúrgico expuso:

"… (.) *Es evidente que la situación descrita se enmarca entre los casos de oblito quirúrgico, los cuales han sido considerados por la doctrina y la jurisprudencia de esta corporación como una mala ejecución de los cuidados médicos o quirúrgicos que constituyen una culpa o falla probada, toda vez que los hechos hablan por si solos…* (.)"

B. FALLA DEL SERVICIO.

Para una aproximación más general al concepto, tenemos:

CONSEJO DE ESTADO, SECCION TERCERA, consejero ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA, Bogotá D.C., treinta (30) de enero de dos mil trece (2013), Radicación número: 76001-23-31-000-1998-01798-01(24986), Actor: ERNESTO GARCIA COBO Y OTROS, Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES SECCIONAL VALLE DEL CAUCA

> *"… (.) **FALLA DEL SERVICIO MÉDICO - Aplicación actual del criterio de falla probada del servicio. Actividad médica hospitalaria / FALLA DEL SERVICIO MÉDICO - Por lesiones al derecho a recibir atención oportuna y eficaz. Inexistencia de daño***
> ***[E]n cuento (sic) al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica,** en casos como el presente la Sección ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, **en la actualidad la posición consolidada de la Sala en esta materia la constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria. (…) En el mismo sentido, partiendo del análisis del caso en el marco de la falla probada del servicio como título de imputación, "…** en la medida en que el demandante alega que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización…". (…)*
> ***Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera** no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende (…) la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario **y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz** (…) **Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la "lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz", se debe observar que está produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio**, (…)"*[3] */Resaltado y subrayado fuera del texto original*

CONSEJO DE ESTADO- RESPONSABILIDAD MÉDICA
SENTENCIA 5 DE MARZO DE 2015:

> *"… (.)FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Muerte de niña de 3 años. Dengue hemorrágico / CONFIGURACION DE UNA FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Negligencia y desatención oportuna por parte del personal médico. Muerte de niña de 3 años, sujeto de especial protección por parte del Estado / CONFIGURACION DE UNA FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Por omisión al no haber remitido a la menor a otro centro de salud o al hospital en donde le practicaran los exámenes de laboratorios requeridos [E]n el caso concreto existió una falla del servicio médico, por cuanto a la menor María Fernanda Agudelo Suárez no se le suministró la atención y los procedimientos requeridos según los síntomas presentados desde su valoración de ingreso, en la E.S.E. Villavicencio. (…) las complicaciones presentadas por la niña a la madrugada del 24 de septiembre de 2002, se produjeron como consecuencia de la negligencia y desatención con que fue tratada por los galenos de la E.S.E. demandada. (…) según la prueba recaudada, valorada en su conjunto, y atendiendo los síntomas presentados por María Fernanda Agudelo Suárez, era predecible y prevenible el deterioro de su salud con motivo del dengue que la aquejaba; y a pesar de esto fue tratada con desidia por parte de los profesionales de la salud que tuvieron a cargo la atención de la niña, conducta con la cual se incurrió en una clara falla del servicio médico por omisión, consistente fundamentalmente en no haber remitido a la menor a otro centro de salud o al hospital en donde le practicaran los exámenes de laboratorios requeridos y acertadamente recetados por el médico de turno que la atendió el viernes 20 de septiembre de 2002. (…) la paciente no recibió la atención apropiada ni oportuna y que se probó la negligencia en la actuación médica alegada por la parte actora. Por tal razón, procederá a declarar la existencia de una falla del servicio*

[3] http://www.consejodeestado.gov.co/busquedas/buscador-jurisprudencia/

médico. En consecuencia, la decisión adoptada por el Tribunal Administrativo del Meta habrá de confirmarse. (…) Cabe resaltar que la falla del servicio en este caso reviste una mayor gravedad por tratarse la paciente, de una niña menor de edad, es decir sujeto de especial protección por parte del Estado, toda vez que la Constitución Política de 1991 establece la prelación de los derechos de los niños. La Corte Constitucional en sentencia T-760-08 enfatizó en las medidas de protección especial que se debe a los menores, las cuales deben tener por finalidad garantizar a los niños su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. … (.)"[4]

C. FALLAS EN LA PRESTACION DE SERVICIO MÉDICO.

El DERECHO A LA SALUD es un derecho fundamental y servicio público esencial, y es obligación prestarse con calidad y oportunidad.

La DILACIÓN INJUSTIFICADA en la PRESTACIÓN DEL SERVICIO HOSPITALARIO implica grave desconocimiento de elementos de obligación médica. En sentencia del Consejo de Estado de 18 de febrero de 2015 plantea las características que contempla la adecuada prestación del servicio de salud, el contenido del derecho a la salud por parte de los usuarios, conforme con el precedente judicial de la Corte Constitucional.

La prestación del servicio de salud debe ser INTEGRAL, toda vez que el bien jurídico tutelado es la vida por lo tanto la prestación de este servicio esencial y público debe contener:

a). Todos los cuidados necesarios.
b). Todas las evaluaciones y seguimiento a tiempo y de forma oportuna.
c). La remisión tiempo a centros de salud que cuenten con los equipos de respiración necesarios, remisión que debe ser realizada desde el mimo momento del ingreso.
d). Todas las intervenciones quirúrgicas necesarias y oportunas.
e). Exámenes para el diagnóstico correcto y completo de las personas, con mayor atención en aquellas en estado de indefensión por su edad y condición médica grave.
f). Seguimiento, Información del diagnóstico a los padres e información temprana de la condición de salud de sus hijos, acceso a la información real, oportuna y completa del estado de salud de sus hijos, así como, toda otra información relevante que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud.

Las entidades convocadas vulneraron el derecho a la salud, a la vida, de la paciente NARDA RODRIGUEZ al no actuar oportunamente con diligencia y cuidado, y quien tenía derecho a la prestación adecuada y oportuna del servicio médico quirúrgico y postquirúrgico.

---

[4] *http://consejodeestado.gov.co/documentos/sentencias/500012331000200200375O1.pdf, CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION B Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH Bogotá, cinco (5) de marzo de dos mil quince (2015) Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102) Actor: ANA ARGENIS SUAREZ CORTES Y OTROS Demandado: E.S.E. VILLAVICENCIO Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA*

La prestación del servicio médico por parte de las entidades convocadas se **PRESTÓ DE FORMA NEGLIGENTE (*AL DEJAR UN ELEMENTO EXTRAÑO EN EL CUERPO DE LA PACIENTE*) Y TARDÍA SIN JUSTA CAUSA PROBADA,** toda vez que conforme la historia clínica se evidencia que la paciente, soportó esta carga negligente frente a la atención de su condición de salud, NO teniendo el deber legal de soportarlo, con la dilación injustificada presentada y la negligencia acaecida, se vulnera el servicio de salud y el bien jurídico protegido "*su vida*" causa eficiente al incrementar los riesgos en su condición de salud.

De acuerdo con la RESOLUCIÓN 4343 DE 2012 proferida por el Ministerio de Salud, se estableció como derecho del paciente los siguientes:

> "… (.) *Que la Honorable Corte Constitucional, mediante Auto 264 de 16 de noviembre de 2012, declaró el cumplimiento parcial de la orden vigésimo octava de la sentencia T-760 de 2008 y, en consecuencia, ordenó la expedición de una nueva regulación unificada que derogue las anteriores, "en la que se indique a las EPS de ambos regímenes, que dichas cartas deberán cumplir, como mínimo, con los lineamientos establecidos en los numerales 3.1.1 al 3.1.3 y 3.2.1. al 3.2.3 y lo indicado en el numeral 8.4" del mismo Auto.*
> *(…)*
> *Que igualmente la Honorable Corte Constitucional en el mencionado Auto, en la orden séptima, determina que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud deben adoptar las medidas tendientes a verificar de manera constante la entrega material y efectiva por parte de las entidades promotoras de salud de ambos regímenes de la Carta de Derechos y de Desempeño a los usuarios del Sistema e imponer las sanciones pertinentes en caso de incumplimiento. Que entre las conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, señala las de "Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud" y las de "incumplir las obligaciones de información" lo cual conduce a la imposición de sanciones de que trata el artículo 131 ib. con base en los criterios contenidos en el artículo 134 de la misma ley.*
>
> *4.2. Capítulo de derechos.*
>
> *(…) tiene derecho a:*
>
> - *Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios.*
> - *Acceder a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos con necesidad.*
> - *Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.*
> - *A que la entidad promotora de salud autorice los servicios que requiera y aquellos que requiera con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud.*
> - *El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.*
> - *Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la entidad promotora de salud. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago del mismo.*
> - *Disfrutar y mantener una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones sicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.*
> - *Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente, incluso en el caso de enfermedad irreversible.*
> - *Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud que respete sus creencias y*

costumbres, su intimidad, así como, las opiniones personales que tenga, sin recibir trato discriminatorio. Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad. (…)

- *Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las entidades promotoras de salud no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. (…)*
- *Recibir la valoración científica y técnica por parte de la entidad promotora de salud,* (…)"

D. CORTE CONSTITUCIONAL.

Frente a la Causa del Daño en la prestación del servicio de salud, la Corte Constitucional ha señalado como causas las siguientes:

> "… (.) ***DERECHO A LA SALUD-****Vulneración al imponer barreras administrativas y burocráticas/****DERECHO DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD -*** *Debe ser sin demoras y cargas administrativas que no les corresponde asumir a los usuarios.*
> ***La jurisprudencia de esta Corte al analizar las diferentes vulneraciones al derecho a la salud, ha evidenciado que*** *los usuarios se tienen que enfrentar a múltiples trabas administrativas y burocráticas para poder acceder a la prestación del servicio de salud. Estas barreras atrasan la prestación del servicio, aumentan el sufrimiento de las personas y muchas veces* ***tiene consecuencias graves en la salud de los usuarios, como las siguientes:*** *a) Prolongación del sufrimiento, que consiste en la angustia emocional que les produce a las personas tener que esperar demasiado tiempo para ser atendidas y recibir tratamiento;* ***b) Complicaciones médicas del estado de Salud, esto se debe a que la persona ha tenido que esperar mucho tiempo para recibir la atención efectiva, lo cual se refleja en el estado de salud debido a que la condición médica empeora****; c)Daño permanente, cuando ha pasado demasiado tiempo entre el momento en que la persona acude al servicio de salud y hasta el momento en que recibe la atención efectiva, empeorando el estado de salud y por lo tanto generándole una consecuencia permanente o de largo plazo; d) Discapacidad permanente, se da cuando el tiempo transcurrido es tal entre el momento que el paciente solicita la atención y hasta cuando la recibe, que la persona se vuelve discapacitada; e****) Muerte, esta es la peor de las consecuencias, y se puede dar cuando la falta de atención pronta y efectiva se tarda tanto que reduce las posibilidades de sobrevivir o cuando el paciente necesita de manera urgente ser atendido y por alguna circunstancia el servicio es negado.*** *Sin duda alguna la imposición de barreras administrativas y burocráticas, que impiden la* ***prestación, pronta, adecuada y efectiva del servicio de salud tiene consecuencias perjudiciales en la salud de las personas, y en la medida en que las condiciones del paciente empeoren, necesitará una mejor atención o la prestación de servicios de mayor complejidad****, lo que implicará una erogación económica mayor a la inicialmente requerida de haberse prestado el servicio de manera oportuna y con calidad."*[5] *(Resaltado y subrayado fuera del texto original).*

La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional - Sentencia T-361/14 NEGACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD:

[5] *http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-188-13.htm, CORTE CONSTITUCIONAL, Referencia: expediente T-3.702.429, Fallos de tutela objeto revisión: Sentencia del Juzgado Segundo Penal Municipal para Adolescentes con Funciones de Control de Garantías de Neiva Huila, del 26 de septiembre de 2012, Accionante: Elisa Aurora Cabrera actuando como agente oficiosa de su hijo menor Julián Felipe Lozano Cabrera, Accionado: EPS Solsalud, Magistrados de la Sala Segunda de Revisión: Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Pérez y Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, Magistrado sustanciador: MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO*

"… (.) ***DERECHO A LA CONTINUIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD****-Deber de las EPS de garantizar a los pacientes el acceso efectivo a los servicios de salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.*
Existe una garantía para acceder a los servicios de salud, los cuales se deben prestar libres de obstáculos burocráticos y administrativos. De esa forma, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS ***demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de esta e impide su efectiva recuperación física*** *y emocional. Es decir, los trámites burocráticos y administrativos que* ***demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.*** *(Resaltado y subrayado fuera del texto original).*

DERECHO AL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD HACE PARTE DEL DERECHO A LA SALUD*-Reiteración de jurisprudencia.*
El derecho al diagnóstico como aspecto integrante del derecho a la salud, es indispensable para llegar a una recuperación definitiva de una enfermedad o a mejorar la calidad de vida del paciente. De manera que la negación del mismo, impide que se realice el tratamiento adecuado y preciso que requiere el afectado. Pero, no solo la negativa del derecho al diagnóstico vulnera los derechos constitucionales, sino ***CUANDO NO SE PRÁCTICA A TIEMPO O SE REALIZA DE FORMA NEGLIGENTE, COMPLICANDO EN ALGUNOS CASOS EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE HASTA EL PUNTO DE LLEGAR A SER IRREVERSIBLE SU CURA, EVENTOS EN LOS CUALES, PUEDE LLEGAR A AFECTAR GRAVEMENTE LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA DEL PACIENTE AL SOMETERLO DE MANERA INTERMINABLE A LAS AFECCIONES PROPIAS DE SU MAL ESTADO DE SALUD…*** *(.)"*[6].

LA SENTENCIA T-579/17 INDICA:

"… ***(.) DERECHO A LA SALUD****-Doble connotación al ser un derecho fundamental y al mismo tiempo un servicio público*

FUNDAMENTALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD*-Principios rectores como eficiencia, universalidad y solidaridad*
DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL AUTONOMO*-Reiteración de jurisprudencia*
DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD*-Carácter autónomo e irrenunciable*
DERECHO A LA SALUD*-Elementos esenciales para su satisfacción.*

El derecho fundamental a la salud es un derecho de contenido cambiante, que exige del Estado una labor de permanente de actualización, ampliación y modernización en su cobertura, por lo que no es aceptable considerar que ya se ha alcanzado un grado de satisfacción respecto de su garantía. Para ello, es fundamental que el Estado garantice que los elementos esenciales del derecho a la salud como son (i) ***la disponibilidad,*** *(ii) la aceptabilidad, (iii) la accesibilidad y (iv)* ***la calidad e idoneidad profesional,*** *siempre estén interrelacionados y que su presencia sea concomitante pues, a pesar de la independencia teórica que cada uno representa,* ***la sola afectación de uno de estos elementos esenciales es suficiente para comprometer el cumplimiento de los otros y afectar en forma negativa la protección del derecho a la salud.****/Resaltado y subrayado fuera del texto original.*

DERECHO A LA SALUD*-Bloque de constitucionalidad e instrumentos internacionales de protección*
DERECHO A LA SALUD Y PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO*.*

[6] *http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-361-14.htm, CORTE CONSTITUCIONAL Referencia: expediente T-4.216.454, Acción de tutela presentada por Natalia Andrea Salinas Muñoz, contra la EPS Sura, Derechos fundamentales invocados: Vida en condiciones dignas, integridad física y salud, Bogotá D.C., diez (10) de junio de dos mil catorce (2014)*

El principio de integralidad contenido en el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, señala de manera puntual, que para que el derecho a la salud pueda alcanzar su más alta y efectiva protección, debe asegurarse una oferta de servicios en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de todas aquellas patologías que afecte a la persona. Ello le permitirá al usuario de tales servicios, reclamar la prestación y atención requerida para lograr restablecer su salud, o en su defecto para reducir su nivel de sufrimiento.

PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD-*Alcance*

La prestación de salud debe darse en todos los ámbitos que el derecho requiere, iniciando con la atención previa a la enfermedad (etapa preventiva), durante la misma (etapa curativa) y con posterioridad a esta (etapa paliativa), y siempre ligada a un cubrimiento integral y continuo"[7]*… (.)"*

La **FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** se estructura por la negligencia médica al NO PRESTAR LOS CIUDADOS Y DILIGENCIA DEBIDA frente al servicio ejecutado. Estas conductas claramente negligentes vulneran:

1. Los conocimientos entregados por los galenos en su formación como profesional.
2. Los procedimientos de la entidad pública en los cuales se acogen las directrices del Ministerio de Salud.
3. El juramento hipocrático de todo medico de prestar en el cual se comprometen a Practicar la profesión con conciencia y dignidad, a hacer de la salud de los pacientes su prioridad.
4. Vulneran la constitución ya que el servicio de es un servicio público esencial.

La falta de atención oportuna y la atención médica negligente, contribuyeron a incrementar el riesgo en la salud y la vida de la víctima directa, así como a generar los perjuicios morales a todos y cada uno de los convocantes.

JURISPRUDENCIA:

"… (.) ***FALLA DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL*** *- Por negligencia médica al atender a paciente que ingresó por urgencias con síntomas después de cesárea La patología de la paciente no obedeció a un riesgo propio de la enfermedad o del procedimiento, sino por el contrario,* ***se debió a la atención negligente recibida cuando consultó*** *por urgencias, donde los médicos no advirtieron el cuadro clínico que estaba presentando la paciente, pues ya refería una sintomatología, que fue ignorada, lo que conllevó a que la paciente sufriera todos los quebrantos de salud antes mencionados, los cuales tuvieron como consecuencia final, la esterilidad permanente de la misma. Así las cosas, esta Sala revocará la sentencia de primera instancia y accederá a las súplicas de la demanda, toda vez que ha quedado demostrada la falla del servicio y por ende la responsabilidad patrimonial por parte del Estado."*[8]*/Resaltado fuera del texto original.*

---

[7] ***http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-579-17.htm***, *CORTE CONSTITUCIONAL Referencia: Expedientes T-6.074.003 y T-6.182.278, Acciones de tutela instauradas por María contra E.P.S. SANITAS y Isabel contra Servicio Occidental de Salud –S.O.S.- E.P.S., Magistrada Ponente: CRISTINA PARDO SCHLESINGER , Bogotá D.C., dieciocho (18) de septiembre de dos mil diecisiete (2017).*

[8] *http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/eje_3_consejo_de_estado/7_perspectiva sgenero/25000-23-26-000-1999-02632-01_25870__1_1.pdf. CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION C Consejera ponente: OLGA MELIDA VALLE DE DE LA HOZ Bogotá, D.C., trece (13) de febrero de dos mil trece (2013) Radicación número: 25000-23-26-000-1999-02632-01(25870)*

E. FALLA DEL SERVICIO POR DILACIÓN INJUSTIFICADA DEL SERVICIO DE SALUD.

"… (.) RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO – Fundamento constitucional / RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO - Se configura cuando los daños antijurídicos le sean imputables a la administración. El artículo 90 constitucional dispone que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos ***que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Esta responsabilidad*** *del Estado se hace patente cuando se configura un daño, el cual deriva su* ***calificación de antijurídico atendiendo a que el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio****, tal como ha sido definido por la jurisprudencia de esta Corporación.*
NOTA DE RELATORIA: Sobre el derecho a la reparación por falla del servicio médico, consultar sentencia de 31 de agosto de 2006, Exp.15772, MP. Ruth Stella Correa Palacio RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES - Por falla médica gineco obstétrica / RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Por muerte de paciente al acreditarse ***la deficiente prestación del servicio*** *Una vez estudiadas las pruebas aportadas al proceso, la Sala confirmará la responsabilidad por parte del Instituto de Seguros Sociales, toda vez que la muerte de la señora Mercedes Vargas Gutiérrez,* ***sobrevino por una serie de complicaciones derivadas de la deficiente prestación del servicio médico*** *por parte del personal de la Clínica Federico Lleras.*
HISTORIA CLINICA - Acredita error de registro por médicos especialistas sobre evolución de paciente */ NOTAS DE ENFERMERAS - No son las personas idóneas para registrar estado de salud del paciente / REGISTROS DE MEDICOS ESPECIALISTAS - No aparecieron en la historia clínica de la paciente En el sub examine,* ***se observa que no se registró correctamente*** *la evolución de la paciente, omitiéndose el registro por parte de los médicos tratantes de los avances de la enfermedad, de las ordenes médicas impartidas, y se cuenta únicamente con notas de enfermería, que si bien ofrecen información acerca de la evolución de la señora Vargas, no son las enfermeras personas idóneas para registrar el estado de salud de la paciente, ya que éstas se ciñen a las órdenes impartidas por los médicos especialistas; anotaciones que se echan de menos en el documento aludido.*
HISTORIA CLINICA - Necesidad y requisitos para su elaboración / REQUISITOS DE HISTORIA CLINICA - Deben ser claras, fidedignas y completas / HISTORIA CLINICA - Permite garantizar el seguimiento, ***acierto del diagnóstico*** *y atención de pacientes*
NOTA DE RELATORIA: Sobre la elaboración de historias clínicas frente a falla del servicio médico, consultar sentencia de 26 de mayo de 2011, Exp.20097, MP. Hernán Andrade Rincón FALLA DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL - Por deficiente prestación del servicio al no ordenar oportunamente práctica de ecografía / RETARDO PRACTICA DE ECOGRAFIA - Ordenada dos días después del diagnóstico retrasó procedimiento de cesárea De la lectura de las ordenes médicas y las anotaciones de enfermería, se desprende que desde el día 20 de febrero de 1989 hubo un diagnóstico de placenta previa y que la paciente refirió ausencia de movimientos fetales, sin que se ordenara una ecografía hasta el día 22 de febrero, cuando habían transcurrido ya 2 días desde el diagnóstico inicial, y lo anterior retrasó la práctica de la cesárea hasta el día 23 de febrero.
Acreditó retraso de atención a la paciente / RETRASO INJUSTIFICADO DE ATENCION A PACIENTE *- Conllevó a no realizar el proceso de cesárea oportunamente / RETRASO DE ATENCION A PACIENTE - La ausencia de ecógrafo en la clínica no impedía realizar ecografía Se permite determinar que efectivamente se presentó un retraso en la atención de la paciente, y no se siguieron las pautas de la norma de atención, que establecía la necesidad de desembarazar a la materna lo antes posible vía cesárea para evitar hemorragia vaginal y otras complicaciones, como efectivamente se presentaron. Para la Sala, no es de recibo el argumento de la ausencia de ecógrafo en la institución, pues se observa que el día 22 de febrero se ordenó la práctica de este examen y se trasladó a la paciente hasta el lugar donde se podía llevar a cabo el mismo;* ***orden que bien pudo emitirse desde el día del ingreso*** *de la señora Mercedes Vargas a la Clínica Federico*

Calle 19 No. 3-10, Of. 401 Edif. Barichara - Torre B. Tels: (+571)3423150–2827294–3425494.Cel: (+57)3102985930.
Bogotá, D.C.
E-mail: contacto@abogadosomm.com **Sitio Web:** www.abogadosomm.com

Lleras -20 de febrero-, pero que debido a retrasos injustificados, se hizo sólo hasta el día 22.
DERECHO A LA SALUD – Obligación al Estado de garantizar prestación oportuna y eficaz del servicio médico / DERECHO A LA SALUD – Se garantiza mediante procedimientos para restablecer la salud y la adopción de políticas públicas.
El derecho a la Salud, consagrado en la Constitución Política, implica la obligación a cargo del Estado de ***garantizar*** *la prestación de servicios médico asistenciales en la cantidad* ***oportunidad*** *y eficiencia requeridas,* ***mediante*** *los cuidados, intervenciones y* ***procedimientos necesarios para restablecer la salud****, al igual que la implementación de políticas públicas en esta materia.* ***VIOLACION DEL DERECHO A LA SALUD – Por dilación injustificada de prestación del servicio hospitalario / DILACION INJUSTIFICADA PRESTACION DEL SERVICIO HOSPITALARIO – Implica grave desconocimiento de elementos de obligación médica*** */ ELEMENTOS DE OBLIGACION MEDICA – Integralidad, oportunidad e identidad / SERVICIO PUBLICO DE LA SALUD – Representa actividad esencial definida por constituyente primario* ***NOTA DE RELATORIA: Sobre la dilación injustificada de la prestación del servicio médico, consultar sentencia de 18 de febrero de 2010, Exp.18524, MP. Enrique Gil Botero****"*[9] *(Resaltado y subrayado fuera del texto original.)*

F. ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA.

Constitución Política.

"… (.) ***ARTICULO 90.*** *El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.*
En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste. … (.)"

DAÑO ANTIJURIDICO – AUMENTO DEL RIESGO AL DEBILITARSE LAS CONDICIONES DE SALUD con la actuación negligente en la falla de la prestación del servicio de salud. La conducta de los galenos, las instituciones prestadoras de los servicios de salud y las entidades prestadoras de los servicios de salud, contribuyeron de forma eficiente a aumentar los riesgos en la vida de la paciente y/o víctima directa, conducta que vulnero el derecho a la vida con su actuar negligente e imprudente.

EL REPROCHE:

Frente la negligencia e imprudencia el reproche surge no solo frente al resultado sino también frente a la contribución eficiente del mismo, es decir, al no actuar con la diligencia debida para evitar un incrementar el riesgo[10].

Imputación por la violación al deber de acción. La culpa profesional se centra en el deber objetivo de cuidado que todo médico frente a quien solicita su ayuda y

---

[9] *CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION C Consejera ponente: OLGA MELIDA VALLE DE DE LA HOZ Bogotá, D.C., catorce (14) de mayo de dos mil catorce (2014) Radicación número: 41001-23-31-000-2003-01165-01(30724) Actor: JESUS MENDEZ MARTINEZ Y OTROS Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES Referencia: APELACION SENTENCIA - ACCION DE REPARACION DIRECTA.*
http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/eje_3_consejo_de_estado/12_historiaclinica/41001-23-31-000-2003-01165-01_30724__1.pdf

[10] *Idea tomada de la información contenida en la página web del Colegio de Medico de la Provincia de Buenos Aires. http://www.colmed3.com.ar/frp/imprimir_frp_nota01.html*

este de forma tardía se la presta conllevando al deterioro de su condición de salud y aumentando el riesgo de sus condiciones de supervivencia.

1. A NIVEL JURISPRUDENCIAL EN RESPONSABILIDAD MÉDICA.

En sentencia proferida por la Honorable Corte Suprema de Justicia, de fecha 30 de septiembre del año 2016, se planteo con relación a la responsabilidad médica extracontractual, la solidaridad directa de instituciones hospitalarias.

Esta responsabilidad se originó a causa del diagnóstico tardío e inadecuado tratamiento que recibió la paciente, por la patología de apendicitis aguda con absceso y peritonitis. Se indicó, tal y como ocurre en este caso, una falta de sujeción a los protocolos y guías médicas, un inadecuado diligenciamiento y manejo de la historia clínica, declarándose la CULPA ORGANIZACIONAL. (SC13925-2016; 30/09/2016. Rad. 05001-31-03-003-2005-00174-01)

"… (.) *RESPONSABILIDAD ORGANIZACIONAL-Directa de las entidades del sistema de seguridad social en salud por los daños sufridos con ocasión de la prestación del servicio médico. … (.) Concepto de culpa organizacional. Obligaciones de seguridad e información.* … (.)"

La atribución de un hecho a un agente se infiere a partir de los deberes de acción de la relación que surge entre el médico y la paciente, entre el centro médico que presta el servicio y la entidad promotora de salud y el paciente a quien se le presta un servicio deficiente (*dejar elementos en su cuerpo – oblito quirúrgico*) y tardío frente a la detección real de su condición de salud posterior (*Inflamación, supuración, dolor agudo*), para proceder a la extracción del o de los cuerpos extraños.

"… *Las pautas de atribución de un hecho a un agente, en suma, se infieren a partir de los deberes de acción que impone el ordenamiento jurídico, como por ejemplo las normas de familia que asignan obligaciones de ayuda mutua entre los cónyuges; o a los padres, tutores y curadores hacia los hijos u otros sujetos bajo su cuidado; los deberes de protección a cargo del empleador; las obligaciones de seguridad de los establecimientos comerciales y hospitalarios; la obligación de prestación de una atención en salud de calidad … (.); las situaciones que consagran los artículos 2343 y siguientes del Código Civil; o las que ha establecido la jurisprudencia, tales como el concepto del guardián de la cosa.".. (.)"*

"… (.) Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, de estar probado en el proceso … (.) que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. … (.)" (SC13925-2016; 30/09/2016. Rad. 05001-31-03-003-2005-00174-01)

VI. JURAMENTO.

Para lo fines Jurídicos pertinentes, declaro bajo la gravedad del juramento que, según la información suministrada por mis mandantes, a la fecha no se ha presentado igual demanda, ni cursa demanda ante otra autoridad, con identidad de hechos, pretensiones, fundamentos de derecho o concepto de violación, por las mismas partes demandantes, de los que se están reclamando a través de este medio de control.

VIII. COMPETENCIA.

Señor Juez Administrativo, es usted competente para conocer el presente medio de control de reparación directa instaurado en contra de las entidades demandadas, conforme lo preceptuado y previsto en el artículo 155 numeral 6, 161, 164 numeral 2 literal i) de la Ley 1437 de 2011.

IX. ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA.

De conformidad con lo establecido en el artículo 157 del C.P.A.C.A., y para los efectos de la estimación razonada de la cuantía, los perjuicios causados a la parte demandante correspondiente a los perjuicios materiales en su modalidad de lucro cesante futuro, corresponde a la suma de **CIENTO CATORCE MIL SEISCIENTOS NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MCTE., con Treinta y Seis Centavos ($114.609.839,36),** lo anterior no contempla los perjuicios materiales en sus calidades de daño emergente, lucro cesante consolidado, perjuicios morales, el daño a la salud, ni los honorarios de abogados e intereses.

Ley 1437 de 2011, artículos 152, 157 y siguientes.

X. PRUEBAS.

A. DOCUMENTALES APORTADAS.

Adjunto a la presente demanda, las siguientes pruebas documentales:

1. Certificado de existencia y representación legal FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. (6 folios)
2. Certificado de existencia y representación legal MEDILASER S.A. (6 folios)
3. Copia de la historia clínica médica (física – psicológica). (74 folios)
4. Registro civil de nacimiento de los convocantes. (4 folios)
5. Cédulas de ciudadanía de los convocantes. (7 folios)
6. Copia de los desprendibles de pago de nómina de la señora NARDA RODRIGUEZ, de los meses de ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL y MAYO del 2019. (5 folios)
7. Fotografías de la paciente (*Gasas – compresas extraídas del cuerpo de la paciente y cicatriz resultante de la última cirugía*). (3 folios)
8. Guía Práctica de Seguridad en Procesos Quirúrgicos. (*107 folios*)
9. Guía Técnica de Buenas Práctica en Seguridad del Paciente. (*49 folios*)
10. Listado OMS – Chequeo. (*28 folios*)
11. Video de la paciente, en el que se observa la grave infección ocasionada. (*23 seg*)
12. Certificación de pago curaciones por valor de $350.000. (*3 folios*)
13. Copia de acta de conciliación fallida celebrada el día 11 de marzo del año 2021 ante la Procuraduría Séptima Judicial II para asuntos administrativos, como requisito de procedimiento para instaurar el presente medio de control de Reparación Directa. (*4 folios*)
14. Copia de la constancia expedida por la Procuraduría Séptima Judicial II para asuntos administrativos, como requisito de procedimiento para instaurar el presente medio de control de Reparación Directa. (*3 folios*)
15. Resolución 4343 Min-Salud – Der. Paciente. (*12 folios*)

16. Sentencia C.E. Unificación Perjuicios. (*37 folios*)

B. PRUEBAS DOCUMENTALES SOLICITADAS.

1. De manera respetuosa se solicita al Despacho se sirva oficiar a las siguientes entidades, con la finalidad de que remitan **copia íntegra de la historia clínica** de la señora **NARDA RODRIGUEZ identificada con la cédula de ciudadanía número 24.230.342**, en la que se debe incluir las notas de enfermería, exámenes y demás registros de las valoraciones y procedimientos realizados a la paciente:

1.1. **CLÍNICA MEDILASER S.A.** con NIT. 813.001.952-0, Representada Legalmente. Carrera 2 Este # 67 B -90 Barrio Suamox, Sucursal Tunja, Boyacá; Tel. 320 8386706. Correo Electrónico: gerencia.medilaser@gmail.com;notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com

1.2. **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO.,** con NIT. 891.855.039-9, representada Legalmente. Calle 8 número 11 A-43**,** Sogamoso - Boyacá Correo Electrónico: gerencia@hospitalregionalsogamoso.gov.co ; ventanillaunica@hospitalsogamoso.gov.co Telf. 0987726048-0987707565; NIT. 891.855.039-9.

1.3. **CLÍNICA VALLE DEL SOL S.A. o CLINICA CARDIOQUIRURGICA DE BOYACÁ S.A.**, en la Carrera 14 número 3 – 18 Barrio Santa Catalina de Sogamoso (B). Teléfono: 87728153. Correo Electrónico: clinicavalledelsol@gmail.com.

1.4. **MULTIIMAGENES MÉDICAS S.A.S.** con NIT. 900.166.069-5. Carrera 9 número 15 – 65 de Sogamoso (B), Teléfono: 7734095. Correo electrónico: gerenciamim@gmail.com.

2. De manera respetuosa se solicita a su despacho se sirva oficiar a las siguientes entidades con la finalidad de que remitan a este proceso, copia de los contratos suscritos entre las sociedades demandadas, con la finalidad de la prestación del servicio de salud al personal docente, dentro de los que se encuentra la demandante.

Esta solicitud, se eleva con la finalidad de acreditar la responsabilidad solidaria de las entidades demandadas, en torno a la obligación de la prestación del servicio de salud de una manera adecuada, eficiente y oportuna:

2.1. **FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.** con NIT 860525148-5, representada legalmente. Calle 72 No 10 - 03 Piso 4, 5, 8, 9, Bogotá D.C., Colombia y correo electrónico: notjudicial@fiduprevisora.com.co ; notjudicialppl@fiduprevisora.com.co

2.2. **UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T.,** con NIT. 901.153.500-6, representada Legalmente. Avenida norte No 64b-195, CC Nogal Plaza Segundo Piso 213, Tunja, Boyacá y correo electrónico juridica@medisalud.com.co ; representantelegal@medisalud.com.co

2.3. **CLÍNICA MEDILASER S.A.** con NIT. 813.001.952-0, Representada Legalmente.

Carrera 2 Este # 67 B -90 Barrio Suamox, Sucursal Tunja, Boyacá; Tel. 320 8386706. Correo Electrónico: gerencia.medilaser@gmail.com;notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com

C. PRUEBAS TESTIMONIALES.

Con la finalidad de que rindan su testimonio con relación a los hechos expuestos en la demanda, a los perjuicios materiales e inmateriales que le han sido generados a la víctima directa, señora **NARDA RODRIGUEZ identificada con la cédula de ciudadanía número 24.230.342**, como a su núcleo familiar hoy demandante, se solicita se sirva citar a la fecha y hora indicada por el despacho a las siguientes personas:

1. **EDNA XIOMARA BARRAGÁN RODRIGUEZ**, quien se identificad con la cédula de ciudadanía número 33.369.685. Puede ser ubicada en la Diagonal 64C número 2 – 42 Barrio Los Muiscas de la ciudad de Tunja (B), Correo Electrónico: barragan.edna@yahoo.com.co

2. **NANCY ISNEDA RODRIGUEZ SANDOVAL**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 24.230.080. Puede ser ubicada en la Calle 2B Sur número 19A – 13 Barrio Universitario de Sogamoso (B). Telf. 310-783-0091.

3. **MARCO TULIO PERILLA RAMIREZ**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 7.231.237. Puede ser ubicado en la Calle 7 número 7 – 53 de Villanueva (C). Correo Electrónico: academicomanare@gmail.com ; Telf. 312-482-3424.

4. **HEIDY YARID JAIMES LEMUS**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 1.116.551.353. Puede ser ubicado en la Calle 4 Sur número 15A – 08. Correo Electrónico: yaridjaimes@gmail.com ; Telf. 322-894-0038.

D. SOLICITUD DE PRUEBA PERICIAL.

De manera comedida, y atendiendo las particularidades del presente proceso, se solicita respetuosamente a su despacho se decrete la siguiente prueba de carácter pericial:

1. Solicito de manera comedida al despacho, se sirva decretar la remisión de la demandante, como a su núcleo familiar hoy demandante, a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ** de la jurisdicción del domicilio de la misma, con la finalidad de que se logre determinar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral padecido por esta, como consecuencia del hecho generador, el origen y su fecha de estructuración.

   Se ordene en dicha remisión que, la valoración se realice de manera integral, ponderando, analizando y calificando las afectaciones de índole psicológico y/o psiquiátrico que padece la demandante, como consecuencia del hecho, así como los padecimientos físicos ocasionados y derivados del mismo.

XI. ANEXOS.

1. Los relacionados en el acápite de pruebas
2. Poder(es) legalmente conferido(s) para la presente actuación.
3. Copia en PDF de la demanda y sus anexos para sus correspondientes traslados así: una (1) al Ministerio Público, cuatro (2) a la(s) demandada(s) y una (1) a la Agencia Nacional para la Defensa Jurídica del Estado, con el fin de surtir las notificaciones a los Buzones de Notificaciones Judiciales.

XII. NOTIFICACIONES.

1. Del(los) **DEMANDADOS** en las siguientes direcciones:

   A. **CLÍNICA MEDILASER S.A.** con NIT. 813.001.952-0, Representada Legalmente. Carrera 2 Este # 67 B -90 Barrio Suamox, Tunja, Boyacá; Tel. 320 8386706. Correo Electrónico: gerencia.medilaser@gmail.com; notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com

   B. **FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.** con NIT 860525148-5, representada legalmente. Calle 72 No 10 - 03 Piso 4, 5, 8, 9, Bogotá D.C., Colombia y correo electrónico: notjudicial@fiduprevisora.com.co ; notjudicialppl@fiduprevisora.com.co

   C. **UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T.,** con NIT. 901.153.500-6, representada Legalmente. Avenida norte No 64b-195, CC Nogal Plaza Segundo Piso 213, Tunja, Boyacá y correo electrónico juridica@medisalud.com.co ; representantelegal@medisalud.com.co

   D. **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO.,** con NIT. 891.855.039-9, representada Legalmente. Calle 8 número 11 A-43**,** Sogamoso - Boyacá Correo Electrónico: gerencia@hospitalregionalsogamoso.gov.co; ventanillaunica@hospitalsogamoso.gov.co; Telf. 0987726048-0987707565; NIT. 891.855.039-9.

   E. **DR. OSCAR ALBERTO OCHOA.,** identificado con la cédula de ciudadanía número 74.359.811. Calle 59 número 2 Este 58. Telf. Correo Electrónico: oscaralbertoochoa@hotmail.com ; Telf. 313-865-7072

   F. La **AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURÍDICA DEL ESTADO**: Carrera 7 No. 75-66 piso 2 y 3 Bogotá D.C. – 2558955 Ext. 430. Correo Electrónico: procesosnacionales@defensajuridica.gov.co

Cordialmente,



SERGIO MANZANO MACÍAS.
C. C. No. 79.980.855 de Bogotá
T. P. No. 141.305 del C. S. de la J.

Señor(a)
JUEZ ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE(L) BOGOTÁ
(REPARTO)
E.S.D

Referencia: PODER.

NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL, mayor de edad, vecina de Monterrey-Cas identificada con la C.C. 24.230.342 de Monterrey (Casanare), con todo respeto manifiesto a su despacho que confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor **SERGIO MANZANO MACÍAS,** mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá (Cund), identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.980.855 de Bogotá (Cund), abogado en ejercicio con tarjeta profesional No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura. con la finalidad de que presente ante su despacho el **MEDIO DE CONTROL** en ejercicio de la **ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA,** a la que deben ser convocadas las siguientes entidades: **CLÍNICA MEDILASER S.A., FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T., HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO., y el DR. OSCAR ALBERTO OCHOA** ----------

_____, representados legalmente, con ocasión a la responsabilidad médica derivada de la "*mala praxis*" – violación a la "*lex artis*" presentada en la intervención de apendicectomía a la convocante, al dejar un elemento "gasa" al interior del cuerpo de la paciente; así como el error, demora y/o negligencia en el diagnóstico médico, relacionado con la identificación de la presencia de un elemento extraño en el cuerpo de la paciente y los consabidos, derivados perjuicios materiales, morales e inmateriales ocasionados a los convocantes.

Mi apoderado cuenta con las facultades de ley inherentes para ejercer el mandato conferido y las especiales de conciliar, presentar recursos, nulidades, transigir, sustituir, solicitar pruebas, solicitar copias y reasumir el presente poder, desistir, renunciar, recibir, notificarse y cualquiera otra actuación necesaria para la efectiva protección de mis derechos.

Atentamente,

Narda C. Rodriguez S.
NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL.
C.C. 24.230.342 de Monterrey (Casanare)
Email: rnardacecilia@gmail.com
Telf.: 321-377-9702

A SOLICITUD DEL INTERESADO
ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO SIN TACHADURAS NI ENMENDADURAS

Acepto,

Foto de Irving F. Macias V

Irving Fernando Macias Villarreal <irv.mac.vil@hotmail.com>

28

Lun 14/12/2020 6:00 PM

Para: Irving Fernando Macias Villarreal <irv.mac.vil@hotmail.com>



Obtener Outlook para Android

Foto de Irving F. Macias V

Irving Fernando Macias Villarreal <irv.mac.vil@hotmail.com>

Lun 14/12/2020 6:01 PM

Para: Irving Fernando Macias Villarreal <irv.mac.vil@hotmail.com>



Obtener Outlook para Android

5815

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro — REGISTRO DE NACIMIENTO

AT 14154327

IDENTIFICACION del: 1) Texto impreso: 89 09 07 — 2) Texto original:

OFICINA REGISTRO CIVIL: 3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA DOCE — 4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: BOGOTA D.E. — 5) Código: 1012

SECCION GENERICA

INSCRITO: 6) Primer apellido: NOVOA — 7) Segundo apellido: RODRIGUEZ — 8) Nombres: MANUEL FERNANDO

SEXO: 9) Masculino o Femenino: MASCULINO — 10) Masculino: X — Femenino: ☐ — FECHA DE NACIMIENTO: 11) Día: 07 — 12) Mes: SEPTIEMBRE — 13) Año: 1.989

LUGAR DE NACIMIENTO: 14) País: COLOMBIA — 15) Departamento, Int., o Com.: CUNDINAMARCA — 16) Municipio: BOGOTA D.E.

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO: 17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL DE SAN IGNACIO — 18) Hora: 3:00
19) Documento presentado: Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO MEDICO — 20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: MONICA MEDINA — 21) No. licencia: 11714

MADRE: 22) Apellidos (de soltera): RODRIGUEZ SANDOVAL — 23) Nombres: NARDA CECILIA — 24) Edad actual: 25
25) Identificación (clase y número): C.C. No. 24.230.342 Monterrey (Casanare) — 26) Nacionalidad: COLOMBIANA — 27) Profesión u oficio: EDUCADORA

PADRE: 28) Apellidos: NOVOA FERRUCHO — 29) Nombres: HECTOR MANUEL — 30) Edad actual: 30
31) Identificación (clase y número): C.C. No. 79.104.033 ENGATIVA (CUND) — 32) Nacionalidad: COLOMBIANA — 33) Profesión u oficio: EMPLEADO

DENUNCIANTE: 34) Identificación (clase y número): C.C. No. 24.230.342 MONTERREY (CASANARE) — 35) Firma (autógrafa): Narda Cecilia Rodriguez S.
36) Dirección (Municipio y Teléfono): CARRERA 113A No. 139-17 BOGOTA. — 37) Nombre: NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL

TESTIGO: 38) Identificación (clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. — 39) Firma (autógrafa): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.
40) Domicilio (Municipio): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. — 41) Nombre: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

TESTIGO: 42) Identificación (clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. — 43) Firma (autógrafa): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.
44) Domicilio (Municipio): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. — 45) Nombre: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

FECHA DE INSCRIPCION — [FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO]: 46) Día: 19 — 47) Mes: SEPTIEMBRE — 48) Año: 1.989

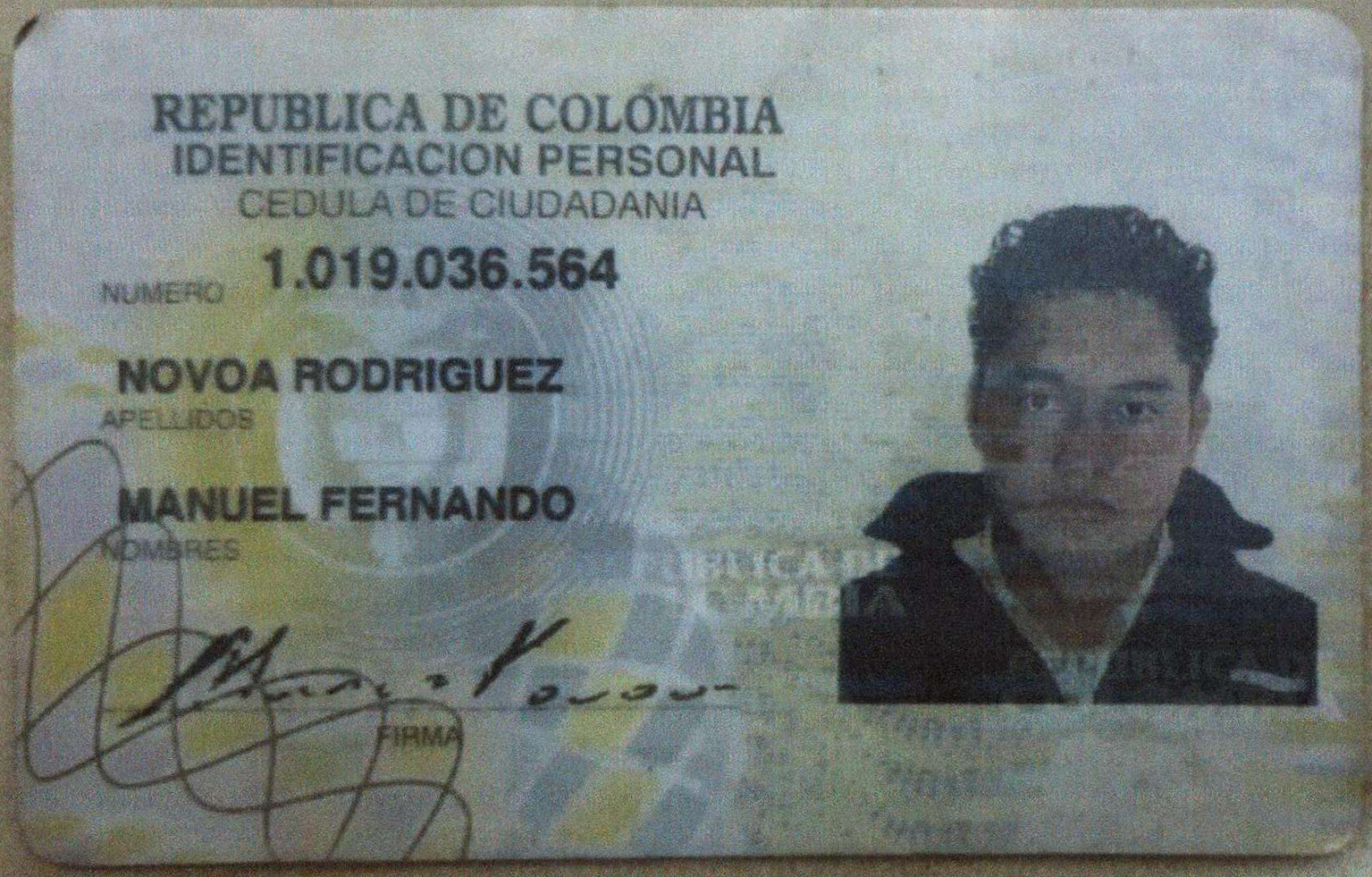
Manuel F. González Castellanos
NOTARIA DOCE DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

NOTARIA DOCE
DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA, SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO CONFORME EL DECRETO 1260 DE 1.970.

FECHA DE EXPEDICION: 22 DIC. 2008

BERNI F. ESCALONA CASTILLA
NOTARIO DOCE



Correo: Irving Fernando Macias Villarreal - Outlook
14/12/2020

Correo: Irving Fernando Macias Villarreal - Outlook
14/12/2020

32



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1989**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-SEP-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500111-42164671-M-1019036564-20071217 **00335** 07351A 02 239060846

33

REGISTRO DEL NACIMIENTO

8736665

A 041 19 06355

OFICINA DE REGISTRO CIVIL	NOTARIA QUINCE	BOGOTA DISTRITO ESPECIAL	1015				
SECCION GENERICA							
NACIDO	NOVOA	RODRIGUEZ	DIDIANA ANDREA				
SEXO	FEMENINO	Masculino ☐ Femenino LX	FECHA DE NACIMIENTO	19	ABRIL	1.984	
LUGAR DE NACIMIENTO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA				
SECCION ESPECIFICA							
DATOS DEL NACIMIENTO	CLINICA CAJA NACIONAL DE PREVISION SOCIAL					7.10 a.m.	
	BOLETA MEDICA		GUSTAVO ADOLFO URREGO			585	
MADRE	RODRIGUEZ SANDOVAL		NARDA CECILIA			20 años	
	24.230.342 de Monterrey(Casan)		COLOMBIANA	PROFESORA			
PADRE	NOVOA FERRUCHO		HECTOR MANUEL			25 años	
	79.104.033 de Engativa-Bogotá		COLOMBIANO	DETECTIVE			
DENUNCIANTE	79.104.033 de Engativa-Bogotá						
	Calle 69 A # 92-42		HECTOR MANUEL NOVOA FERRUCHO				
TESTIGO							
TESTIGO							
FECHA DE INSCRIPCION	FECHA EN QUE SE VENCE ESTE REGISTRO						
	8	MAYO	1.984				

REPUBLICA DE COLOMBIA
Cargado
BOGOTA, D. E.

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, LA QUE EXPIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY _____, CON VALIDEZ PERMANENTE.

21 FEB. 2003

REPUBLICA DE COLOMBIA
CANJE DE BOGOTA
DESPACHO CIVIL
NOTARIA QUINCE

GUSTAVO COMBATT LACHARME
NOTARIO QUINCE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53122225

NOVOA RODRIGUEZ
APELLIDOS

BIBIANA ANDREA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-MAR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REAÑO LOPEZ

P-1500102-42116588-F-0053122225-20030723 0079303204O 02 146740230

Scanned by TapScanner

Superintendencia de Notariado y Registro — REGISTRO DE NACIMIENTO

11256388

8 6 1 1 0 2 6740 35

OFICINA REGISTRO CIVIL | (3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA TREINTA Y SIETE (37) | (4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: BOGOTA CUNDINAMARCA | (5) Código: 9864

SECCION GENERICA

INSCRITO: (6) Primer apellido: NOVOA | (7) Segundo apellido: RODRIGUEZ | (8) Nombres: JHON ALAN

SEXO: (9) Masculino o Femenino: MASCULINO | (10) Masculino [X] Femenino [ ]

FECHA DE NACIMIENTO: (11) Día: 02 | (12) Mes: NOVIEMBRE | (13) Año: 1.986

LUGAR DE NACIMIENTO: (14) País: COLOMBIA | (15) Departamento, Int., o Com.: CUNDINAMARCA | (16) Municipio: BOGOTA D.E.

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO: (17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS | (18) Hora: 12:45 PM

(19) Documento presentado. Antecedente (Cert. médico, Acta parro., Etc.): CERTIFICADO MEDICO | (20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: Dr. BERNARDO PAEZ FONSECA | (21) No. licencia: 9371

MADRE: (22) Apellidos (de soltera): RODRIGUEZ SANDOVAL | (23) Nombres: NARDA CECILIA | (24) Edad actual: 23

(25) Identificación (clase y número): C.C. No. 24.230.342 DE MONTERREY(C/nare.) | (26) Nacionalidad: COLOMBIANA | (27) Profesión u oficio: PROFESORA

PADRE: (28) Apellidos: NOVOA FERRUCHO | (29) Nombres: HECTOR MANUEL | (30) Edad actual: 27

(31) Identificación (clase y número): C.C. No. 79.104.033 DE ENGATIVA(Cund.) | (32) Nacionalidad: COLOMBIANA | (33) Profesión u oficio: GANADERO

DENUNCIANTE: (34) Identificación (clase y número): C.C. No. 79.104.033 DE ENGATIVA(Cund.) | (35) Firma (autógrafa)

(36) Dirección postal y municipio: Calle 69 A No. 92-42 - BOGOTA D.E. | (37) Nombre: HECTOR MANUEL NOVOA FERRUCHO

TESTIGO: (38) Identificación (clase y número): | (39) Firma (autógrafa)

(40) Domicilio (Municipio): | (41) Nombre:

TESTIGO: (42) Identificación (clase y número): | (43) Firma (autógrafa)

(44) Domicilio (Municipio): | (45) Nombre:

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría 37 del Círculo de Bogotá
ALVARO ROJAS
NOTARIO

FECHA DE INSCRIPCION (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO): (46) Día: 25 | (47) Mes: NOVIEMBRE | (48) Año: 1.986

(49) Firma (funcionario ante quien se hace el registro)

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10 - D VI/77

NOTARIA 37 DE BOGOTA D.C.

Calle 67 No. 7 - 86/90 Teléfono 3763737 Fax No. 3767676 Email: notaria37bogota@cable.net.co

EL SECRETARIO JURIDICO DE LA NOTARIA TREINTA Y SIETE DE BOGOTA D.C.

H A C E C O N S T A R :

QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ES AUTENTICA, FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTOS.

SE EXPIDE CONFORME AL ARTICULO 114 DEL DECRETO LEY 1.260 DE 1.970, Y DECRETO 1.534 DE JULIO 13 DE 1.989, A SOLICITUD DEL INTERESADO. BOGOTA, D.C., 11 MAR. 2003

EDUARDO YEPES AMEZQUITA
SECRETARIO JURÍDICO

Escaneado con CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.009.836

NOVOA RODRIGUEZ
APELLIDOS

JHON ALAN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

10-NOV-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500111-42133053-M-1019009836-20041228 06194 04363A 02 179273776

Escaneado con CamScanner

37

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL No.	26389241	DEPARTAMENTO · MUNICIPIO DE INSCRIPCION	FECHA DE INSCRIPCION	DIA	MES	AÑO
		CASANARE MONTERREY		19	JULIO	1997

INSCRITO	APELLIDOS	NOMBRES	SEXO					
	NOVOA RODRIGUEZ.	HECTOR FABIAN.	M	X	F			

LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO
	COLOMBIA	CASANARE	MONTERREY		03	MARZO	1997

MADRE	APELLIDOS: RODRIGUEZ SANDOVAL.	NOMBRES: NARDA CACILIA.
PADRE	APELLIDOS: NOVOA FERRUCHO.	NOMBRES: FECTOR MANUEL.
SOLICITANTE DEL CERTIFICADO	APELLIDOS: NOVOA FERRUCHO.	NOMBRES: HECTOR MANUEL. C. C. 79.104.033 DE ENGATIVA.

CERTIFICADO EXPEDIDO	DIA	MES	AÑO	
	23	FEBRERO	2000	SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO Y CON ESA SOLA FINALIDAD. ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970

NOTA:

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE : MONTERREY CASANARE

LUGAR

LUZ YAMILE BEDOYA RIVEROS.

Nombre del Registrador Municipal

Firma y Sello

F - 4100 - 018

Escaneado con CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.944.741
NOVOA RODRIGUEZ
APELLIDOS
HECTOR FABIAN
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1997
MONTERREY
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

07-MAY-2015 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5200100-00712104-M-1121944741-20150602 0044386782A 1 41993421

ESPACIO EN BLANCO

ESPACIO EN BLANCO

SERGIO MANZANO MACÍAS.
C.C. No. 79.980.855 de Bogotá (Cund)
T.P. No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura.
Email: contacto@abogadosomm.com
Tel: 031- 3423150 / 310-341-5497

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

1533664

En la ciudad de Monterrey, Departamento de Casanare, República de Colombia, el once (11) de marzo de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Única del Círculo de Monterrey, compareció: NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 24230342, presentó el documento dirigido a A QUIEN INTERESE, DOCUMENTO CON ESPACIOS EN BLANCO y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

Narda C. Rodriguez S.

4xzg29q9om7d
11/03/2021 - 11:04:47



----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Notaría Única de Monterrey - Casanare

PAULINA BARRERA CRUZ

Notario Única del Círculo de Monterrey, Departamento de Casanare

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 4xzg29q9om7d



Organización
Manzano & Manzano Ltda.
Abogados O.M.M.

DERECHO ADMINISTRATIVO – LABORAL – CIVIL – PENAL – CONSTITUCIONAL

Señor(a)
JUEZ ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE(L) BOGOTÁ
_ (REPARTO)
E.S.D

Referencia: PODER.

BIBIANA ANDREA NOVOA RODRIGUEZ, mayor de edad, vecina de Popayán (Cauca), identificada con la cédula de ciudadanía número 53.122.225, con todo respeto manifiesto a su despacho que confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor **SERGIO MANZANO MACÍAS,** mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá (Cund), identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.980.855 de Bogotá (Cund), abogado en ejercicio con tarjeta profesional No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura, con la finalidad de que presente ante su despacho **MEDIO DE CONTROL** en ejercicio de la **ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**, a la que deben ser convocadas las siguientes entidades: **CLÍNICA MEDILASER S.A., FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T., HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO., y el DR. OSCAR ALBERTO OCHOA ----------**, representados legalmente, con ocasión a la responsabilidad médica derivada de la "*mala praxis*" – violación a la "*lex artis*" presentada en la intervención de apendicectomía a la convocante, al dejar un elemento "gasa" al interior del cuerpo de la paciente; así como el error, demora y/o negligencia en el diagnóstico médico, relacionado con la identificación de la presencia de un elemento extraño en el cuerpo de la paciente y los consabidos, derivados perjuicios materiales, morales e inmateriales ocasionados a los convocantes.

Mi apoderado cuenta con las facultades de ley inherentes para ejercer el mandato conferido y las especiales de conciliar, presentar recursos, nulidades, transigir, sustituir, solicitar pruebas, solicitar copias y reasumir el presente poder, desistir,

Scanned by TapScanner

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

1556

En la ciudad de Popayán, Departamento de Cauca, República de Colombia, el doce (12) de marzo de dos veintiuno (2021), en la Notaría Primera (1) del Círculo de Popayán, compareció: BIBIANA ANDREA NO RODRIGUEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 53122225, presentó el documento dirigido a PC y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo c cierto.



n0m8g0jp1zo9
12/03/2021 - 08:54:45

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante c biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos Registraduría Nacional del Estado Civil.
Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus c personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Es Civil.

Esta diligencia Notarial se realiza por Exigencia de parte Interesada

Notaria 1a. de Popayán

DOCUMENTO CON ES
EN BLANCO

ANA ELVIRA GUZMÁN DE VARONA

Notario Primera (1) del Círculo de Popayán, Departamento de Cauca

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: n0m8g0jp1zo9

renunciar, recibir, notificarse y cualquiera otra actuación necesaria para la efectiva protección de mis derechos.

Atentamente,

BIBIANA ANDREA NOVOA RODRIGUEZ
C.C. 53.122.225
Email: binovoar@gmail.com
Telf:3214264716

Acepto,

SERGIO MANZANO MACÍAS.
C.C. No. 79.980.855 de Bogotá (Cund)
T.P. No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura.
Email: contacto@abogadosomm.com
Tel: 031- 3423150 / 310-341-5497

Scanned by TapScanner

Señor(a)
JUEZ ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE(L) BOGOTÁ
(REPARTO)
E.S.D

Referencia: PODER.

JHON ALAN NOVOA RODRIGUEZ, mayor de edad, vecino de la cuidad de Bogotá DC., identificado con la cédula de ciudadanía número 1.019.009.836 de Bogotá (Cund), con todo respeto manifiesto a su despacho que confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor **SERGIO MANZANO MACÍAS**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá (Cund), identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.980.855 de Bogotá (Cund), abogado en ejercicio con tarjeta profesional No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura, con la finalidad de que presente ante su despacho **MEDIO DE CONTROL** en ejercicio de la **ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**, a la que deben ser convocadas las siguientes entidades: **CLÍNICA MEDILASER S.A., FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T., HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO., y el DR. OSCAR ALBERTO OCHOA ----------**

_____

_____

_____

_____, representados legalmente, con ocasión a la responsabilidad médica derivada de la "*mala praxis*" – violación a la "*lex artis*" presentada en la intervención de apendicectomía a la convocante, al dejar un elemento "gasa" al interior del cuerpo de la paciente; así como el error, demora y/o negligencia en el diagnóstico médico, relacionado con la identificación de la presencia de un elemento extraño en el cuerpo de la paciente y los consabidos, derivados perjuicios materiales, morales e inmateriales ocasionados a los convocantes.

Mi apoderado cuenta con las facultades de ley inherentes para ejercer el mandato conferido y las especiales de conciliar, presentar recursos, nulidades, transigir, sustituir, solicitar pruebas, solicitar copias y reasumir el presente poder, desistir, renunciar, recibir,

notificarse y cualquiera otra actuación necesaria para la efectiva protección de mis derechos.

Atentamente,

NOTARIA 52 DE BOGOTA D.C.
FIRMA AUTENTICADA

JHON ALAN NOVOA RODRIGUEZ.
C.C. 1.019.009.836 de Bogotá (Cund)
Email: alanjhan@gmail.com
Telf.: 321-509-0952

Acepto,

SERGIO MANZANO MACÍAS.
C.C. No. 79.980.855 de Bogotá (Cund)
T.P. No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura.
Email: contacto@abogadosomm.com
Tel: 031- 3423150 / 310-341-5497

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

47

1534951

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el once (11) de marzo de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Cincuenta Y Dos (52) del Círculo de Bogotá D.C., compareció: JHON ALAN NOVOA RODRIGUEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1019009836 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

v3m329x17zrn
11/03/2021 - 11:24:11

- - - - - Firma autógrafa - - - - -

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

asl

Notaria Cincuenta y Dos de Bogotá D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 52 BOGOTA, D.C.
ANGELICA M. GIL QUESSEP
NOTARIA (E)

ANGELICA MARIA GIL QUESSEP

Notario Cincuenta Y Dos (52) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargado

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: v3m329x17zrn

PAGINA EN BLANCO
NOTARIA 52

Organización
Manzano & Manzano Ltda.
Abogados O.M.M.
DERECHO ADMINISTRATIVO – LABORAL – CIVIL – PENAL – CONSTITUCIONAL

Señor(a)
JUEZ ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE(L) BOGOTÁ
(REPARTO)
E.S.D

Referencia: PODER.

MANUEL FERNANDO NOVOA RODRIGUEZ, mayor de edad, vecino de Monterrey Casanare, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.019.036.564 de Bogotá, con todo respeto manifiesto a su despacho que confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor **SERGIO MANZANO MACÍAS**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá (Cund), identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.980.855 de Bogotá (Cund), abogado en ejercicio con tarjeta profesional No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura, con la finalidad de que presente ante su despacho **MEDIO DE CONTROL** en ejercicio de la **ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**, a la que deben ser convocadas las siguientes entidades:

CLÍNICA MEDILASER S.A., FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T., HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO., y el DR. OSCAR ALBERTO OCHOA ----------

representados legalmente, con ocasión a la responsabilidad médica derivada de la "*mala praxis*" – violación a la "*lex artis*" presentada en la intervención de apendicectomía a la convocante, al dejar un elemento "gasa" al interior del cuerpo de la paciente; así como el error, demora y/o negligencia en el diagnóstico médico, relacionado con la identificación de la presencia de un elemento extraño en el cuerpo de la paciente y los consabidos, derivados perjuicios materiales, morales e inmateriales ocasionados a los convocantes.

Mi apoderado cuenta con las facultades de ley inherentes para ejercer el

Escaneado con Can

mandato conferido y las especiales de conciliar, presentar recursos, nulidades, transigir, sustituir, solicitar pruebas, solicitar copias y reasumir el presente poder, desistir, renunciar, recibir, notificarse y cualquiera otra actuación necesaria para la efectiva protección de mis derechos.

Atentamente,

MANUEL FERNANDO NOVOA RODRIGUEZ
C.C. 1.019.036.564 de Bogotá.
Email: mnovoarodriguez4@gmail.com
Telf.: 321-905-9395/3112327696

Acepto,

SERGIO MANZANO MACÍAS.
C.C. No. 79.980.855 de Bogotá (Cund)
T.P. No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura.
Email: contacto@abogadosomm.com
Tel: 031- 3423150 / 310-341-5497

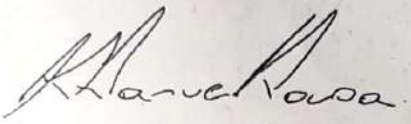
Escaneado con Can

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

51

1556302

En la ciudad de Monterrey, Departamento de Casanare, República de Colombia, el doce (12) de marzo de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Única del Círculo de Monterrey, compareció: MANUEL FERNANDO NOVOA RODRIGUEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1019036564, presentó el documento dirigido a A QUIEN PUEDA INTERESAR y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.



- - - - - Firma autógrafa - - - - -

60mvxnw79z3n
12/03/2021 - 08:54:31



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Notaría Única de Monterrey Casanare

PAULINA BARRERA CRUZ

Notario Única del Círculo de Monterrey, Departamento de Casanare

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 60mvxnw79z3n

Escaneado con Can

Señor(a)
JUEZ ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE(L) BOGOTÁ
(REPARTO)
E.S.D

Referencia: PODER.

HECTOR FABIÁN NOVOA RODRIGUEZ, mayor de edad, vecina de Sogamoso, identificada con la cédula de ciudadanía número 1121944741, con todo respeto manifiesto a su despacho que confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor **SERGIO MANZANO MACÍAS,** mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá (Cund), identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.980.855 de Bogotá (Cund), abogado en ejercicio con tarjeta profesional No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura, con la finalidad de que presente ante su despacho **MEDIO DE CONTROL** en ejercicio de la **ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**, a la que deben ser convocadas las siguientes entidades: **CLÍNICA MEDILASER S.A., FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T., HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO., y el DR. OSCAR ALBERTO OCHOA ----------**, representados legalmente, con ocasión a la responsabilidad médica derivada de la "*mala praxis*" – violación a la "*lex artis*" presentada en la intervención de apendicectomía a la convocante, al dejar un elemento "gasa" al interior del cuerpo de la paciente; así como el error, demora y/o negligencia en el diagnóstico médico, relacionado con la identificación de la presencia de un elemento extraño en el cuerpo de la paciente y los consabidos, derivados perjuicios materiales, morales e inmateriales ocasionados a los convocantes.

Mi apoderado cuenta con las facultades de ley inherentes para ejercer el mandato conferido y las especiales de conciliar, presentar recursos, nulidades, transigir, sustituir, solicitar pruebas, solicitar copias y reasumir el presente poder, desistir, renunciar, recibir, notificarse y cualquiera otra actuación necesaria para la efectiva protección de mis derechos.

Atentamente,

NOTARIA SEGUNDA SOGAMOSO FIRMA AUTENTICADA

HECTOR FABIAN NOVOA RODRIGUEZ
C.C. 1.121.944.741
Email: novoa.hector@uptc.edu.co
Telf: 312-360-8222

RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTO
Ante la Notaria Segunda de Sogamoso compareció el
Señor Hector Fabian Novoa Rodriguez.
con C.C. No. 121 944 741 de Villavicencio
y manifestó que la firma es suya y reconoce como cierto y autentico el contenido del documento.
FIRMA:
SOGAMOSO 11 MAR 2021
Lucy Mesa Díaz
NOTARIA SEGUNDA DE SOGAMOSO

REPÚBLICA DE COLOMBIA Lucy Mesa Díaz NOTARIA SEGUNDA SOGAMOSO - BOYACÁ

Acepto,

SERGIO MANZANO MACÍAS.
C.C. No. 79.980.855 de Bogotá (Cund)
T.P. No. 141.305 del Consejo Superior de la Judicatura.
Email: contacto@abogadosomm.com
Tel: 031- 3423150 / 310-341-5497

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: CLINICA MEDILASER S.A.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD ANóNIMA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 813001952-0
ADMINISTRACIÓN DIAN : NEIVA
DOMICILIO : NEIVA

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 211974
FECHA DE MATRÍCULA : SEPTIEMBRE 23 DE 2010
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : FEBRERO 28 DE 2020
ACTIVO TOTAL : 516,704,605,388.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CARRERA 7 NO. 11-65
BARRIO : EL CENTRO
MUNICIPIO / DOMICILIO: 41001 - NEIVA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 8724100
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : 3174030022
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CARRERA 7 NO. 11-65
MUNICIPIO : 41001 - NEIVA
BARRIO : EL CENTRO
TELÉFONO 1 : 8724100
TELÉFONO 3 : 3174030022
CORREO ELECTRÓNICO : notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

CERTIFICA - AFILIACIÓN

EL COMERCIANTE ES UN AFILIADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 12 DE LA

LEY 1727 DE 2014.

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 15 DE ABRIL DE 1997 DE EL REPRESENTANTE LEGAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 28168 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CENTRO DE UROLOGIA EMPRESA UNIPERSONAL.

CERTIFICA - CAMBIOS DE DOMICILIO

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1705 DEL 31 DE AGOSTO DE 2010 DE LA NOTARIA CUARTA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 28167 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010, SE INSCRIBE EL CAMBIO DE DOMICILIO DE : BOGOTA A LA CIUDAD DE NEIVA

CERTIFICA - RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

1) CENTRO DE UROLOGIA EMPRESA UNIPERSONAL
2) CLINICA DE UROLOGIA Y/O CLINICA DE UROLOGIA JAIME NAVARRO LTDA.
3) CLINICA DE UROLOGIA LTDA.
4) CLINICA DE ESPECIALISTAS MEDILASER LTDA. Y/O CLINICA DE UROLOGIA LTDA.
5) CLINICA MEDILASER LTDA. Y/O CLINICA DE UROLOGIA LTDA.
Actual.) CLINICA MEDILASER S.A.

CERTIFICA - CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 196 DEL 29 DE ENERO DE 1999 SUSCRITO POR NOTARIA TERCERA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 28169 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CENTRO DE UROLOGIA EMPRESA UNIPERSONAL POR CLINICA DE UROLOGIA Y/O CLINICA DE UROLOGIA JAIME NAVARRO LTDA.

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 785 DEL 29 DE MARZO DE 1999 SUSCRITO POR NOTARIA TERCERA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 28170 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CLINICA DE UROLOGIA Y/O CLINICA DE UROLOGIA JAIME NAVARRO LTDA. POR CLINICA DE UROLOGIA LTDA.

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 3028 DEL 03 DE NOVIEMBRE DE 1999 SUSCRITO POR NOTARIA TERCERA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 28171 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CLINICA DE UROLOGIA LTDA. POR CLINICA DE ESPECIALISTAS MEDILASER LTDA. Y/O CLINICA DE UROLOGIA LTDA.

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 2441 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2000 SUSCRITO POR NOTARIA TERCERA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 28173 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CLINICA DE ESPECIALISTAS MEDILASER LTDA. Y/O CLINICA DE UROLOGIA LTDA. POR CLINICA MEDILASER LTDA. Y/O CLINICA DE UROLOGIA LTDA.

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 397 DEL 21 DE FEBRERO DE 2007 SUSCRITO POR NOTARIA 39 DE BOGOTA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 28176 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CLINICA MEDILASER LTDA. Y/O CLINICA DE UROLOGIA LTDA. POR CLINICA MEDILASER S.A.

CERTIFICA - TRANSFORMACIONES / CONVERSIONES

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 196 DEL 29 DE ENERO DE 1999 DE LA NOTARIA TERCERA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 28169 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : TRANSFORMACION DE EMPRESA UNIPERSONAL A SOCIEDAD LIMITADA

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 397 DEL 21 DE FEBRERO DE 2007 DE LA NOTARIA 39 DE BOGOTA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 28176 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : TRANSFORMACION DE SOCIEDAD LIMITADA A SOCIEDAD ANONIMA

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
EP-1705	20100831	NOTARIA CUARTA	NEIVA	RM09-28167	20100923
EP-196	19990129	NOTARIA TERCERA	NEIVA	RM09-28169	20100923
EP-785	19990329	NOTARIA TERCERA	NEIVA	RM09-28170	20100923
EP-3028	19991103	NOTARIA TERCERA	NEIVA	RM09-28171	20100923
EP-407	20000301	NOTARIA TERCERA	NEIVA	RM09-28172	20100923
EP-2441	20000928	NOTARIA TERCERA	NEIVA	RM09-28173	20100923
EP-359	20010219	NOTARIA TERCERA	NEIVA	RM09-28174	20100923
EP-3705	20061229	NOTARIA TERCERA	NEIVA	RM09-28175	20100923
EP-397	20070221	NOTARIA 39	BOGOTA	RM09-28176	20100923
EP-1547	20080825	NOTARIA CUARTA	NEIVA	RM09-28177	20100923
CE-	20101119	REVISOR FISCAL	NEIVA	RM09-28466	20101119
EP-1224	20130627	NOTARIA CUARTA	NEIVA	RM09-35850	20130702
CE-	20141009	REVISOR FISCAL	NEIVA	RM09-39096	20141020
EP-3458	20171110	NOTARIA CUARTA DEL CIRCULO DE NEIVA	NEIVA	RM09-49219	20171115

CERTIFICA

ESTA PERSONA JURIDICA FUE CONSTITUIDA MEDIANTE DOCUMENTO PRIVADO DE 15 DE ABRIL DE 1997, E INSCRITA INICIALMENTE EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL DIA 17 DE ABRIL DE 1997, BAJO EL NO. 10385 DEL LIBRO IX.

IGUALMENTE ES DE RESALTAR QUE ESTA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU DOMICILIO MEDIANTE ESCRITURA PUBLICA NO. 3705 DE FECHA 29 DE DICIEMBRE DE 2006, DE LA NOTARIA TERCERA DE NEIVA, INSCRITA EL 10 DE ENERO DE 2007 BAJO EL NUMERO 22354 DEL LIBRO IX, MEDIANTE LA CUAL SE REGISTRO CAMBIO DE DOMICILIO DE LA CIUDAD DE NEIVA A BOGOTA D.C.

POSTERIORMENTE, MEDIANTE ESCRITURA PUBLICA NO. 1705 DE 31 DE AGOSTO DE 2010 DE LA NOTARIA CUARTA DE NEIVA, E INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010 BAJO EL NUMERO 28167 DEL LIBRO IX CAMBIO NUEVAMENTE SU DOMICILIO DE BOGOTA A NEIVA.

CERTIFICA - VIGENCIA

QUE LA DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA (VIGENCIA) ES HASTA EL 15 DE ABRIL DE 2027

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRA OBJETO PRINCIPAL LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: A) PRESTACION DIRECTA E INDIRECTA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD DE TODO NIVEL, QUE VAN DESDE LA CONSULTA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO EN TODAS LAS ESPECIALIDADES MEDICAS EN GENERAL; B) CONTRATACION CON ENTIDADES E INSTITUCIONES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN TODOS SUS NIVELES Y CAMPOS, TANTO PUBLICAS COMO PRIVADAS, FRENTE A LOS SERVICIOS QUE OFRECE. C) CONSTRUIR, EDIFICAR, REMODELAR Y AMPLIAR OBRAS CIVILES Y ELECTRICAS DE TODA NATURALEZA. D) REALIZAR CONSULTORIA EN LAS DIFERENTES AREAS ASISTENCIALES DE SALUD QUE MANEJA, ASI COMO EN LAS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCION, DISEÑO Y REMODELACION DE OBRAS CIVILES Y ELECTRICAS. E) LA

PRODUCCION, VENTA, PERMUTA, Y COMERCIALIZACION EN GENERAL DE TODA CLASE DE BIENES MUEBLES OFRECIDOS AL PUBLICO, RELACIONADOS O NO CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE SALUD O CONSTRUCTIVA, ASI COMO TAMBIEN LA ADQUISICION DE BIENES INMUEBLES, SU ADMINISTRACION Y ENAJENACION O TRASLACION DE DOMINIO A CUALQUIER TITULO ONEROSO. F) PRODUCIR, IMPORTAR O EXPORTAR DIRECTAMENTE O POR INTERPUESTA PERSONA TODA CLASE DE BIENES MUEBLES, INCLUIDOS INSTRUMENTAL Y EQUIPOS MEDICOS QUIRURGICOS, ASI COMO TODAS CLASE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS; G) LA COMERCIALIZACION DE CURSOS MEDICOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, USANDO PARA ELLO MEDIOS MECANICOS O ELECTRONICOS, SEMINARIOS O CONFERENCIAS Y EN GENERAL TODA CLASE DE INSTRUMENTOS Y ACTIVIDADES QUE EN CAMPO CIENTIFICO DE LA MEDICINA PUEDA DESARROLLARSE. H) LA PRODUCCION DE AIRE MEDICINAL EN SITIO POR COMPRESOR. EN DESARROLLO DEL OBJETO DESCRITO EN EL PARRAFO ANTERIOR, LA SOCIEDAD PODRA REALIZAR LOS SIGUIENTES ACTOS Y OPERACIONES: 1) ADQUIRIR, ENAJENAR, GRAVAR, ADMINISTRAR, TOMAR Y DAR EN ARRENDAMIENTO TODA CLASE DE BIENES. 2) INTERVENIR ANTE TERCEROS O ANTE LOS MISMOS SOCIOS, COMO ACREEDORES O COMO DEUDORES, EN TODA CLASE DE OPERACIONES DE CREDITO, RECIBIENDO LAS GARANTIAS DEL CASO, CUANDO HAYA LUGAR A ELLAS. 3) CELEBRAR CON ESTABLECIMIENTOS DE CREDITO O COMPAÑIAS ASEGURADORAS TODAS LAS OPERACIONES DE CREDITO Y SEGUROS QUE SE RELACIONEN CON LOS NEGOCIOS Y BIENES SOCIALES. 4) TOMAR O DAR DINERO EN CALIDAD DE MUTUO CON O SIN INTERESES, GIRAR, ENDOSAR, ADQUIRIR, ACEPTAR, COBRAR, PROTESTAR, INVERTIR, PAGAR TITULOS VALORES O CUALQUIER OTRO EFECTO DE COMERCIO, OTORGAR Y RECIBIR GARANTIAS; 5) FORMAR PARTE DE OTRAS SOCIEDADES QUE SE PROPONGAN ACTIVIDADES SEMEJANTES, COMPLEMENTARIAS O ACCESORIAS DE LA EMPRESA SOCIAL O QUE SEAN DE CONVENIENCIA GENERAL PARA LOS ASOCIADOS O ABSORBER TALES EMPRESAS; 6) TRANSIGIR, DESISTIR Y APELAR LAS DECISIONES DE ARBITROS EN LAS CUESTIONES EN QUE TENGAN INTERES FRENTE A TERCEROS O A LOS ASOCIADOS MISMOS O A SUS ADMINISTRADORES O TRABAJADORES; 7) TRANSFORMARSE EN OTRO TIPO DE SOCIEDAD O FUSIONARSE CON OTRA U OTRAS SOCIEDADES; 8) OBTENER DERECHOS DE PROPIEDAD SOBRE MARCAS, DIBUJOS, INSIGNIAS, PATENTES Y PRIVILEGIOS, ACEPTARLOS CEDERLOS A CUALQUIER TITULO; 9) CELEBRAR Y EJECUTAR, EN GENERAL, TODOS LOS ACTOS O CONTRATOS PREPARATORIOS, COMPLEMENTARIOS O ACCESORIOS DE TODOS LOS ANTERIORES Y TODOS LOS DEMAS ACTOS O CONTRATOS, CONEXOS O COMPLEMENTARIOS QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO SOCIAL, LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD Y SEAN DE CONDICIONES MERCANTILES LICITAS.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	10.000.000.000,00	1.000.000,00	10.000,00
CAPITAL SUSCRITO	8.392.800.000,00	839.280,00	10.000,00
CAPITAL PAGADO	8.392.800.000,00	839.280,00	10.000,00

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 90 DEL 15 DE JULIO DE 2015 DE ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 41898 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 24 DE JULIO DE 2015, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	NAVARRO PARRA JAIME ANTONIO	CC 12,120,798

POR ACTA NÚMERO 90 DEL 15 DE JULIO DE 2015 DE ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 41898 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 24 DE JULIO DE 2015, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	PRIETO MARIBEL	CC 55,178,188

POR ACTA NÚMERO 90 DEL 15 DE JULIO DE 2015 DE ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 41898 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 24 DE JULIO DE 2015, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	GONZALEZ CLAVIJO DORIS YANETH	CC 51,749,678

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 90 DEL 15 DE JULIO DE 2015 DE ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 41898 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 24 DE JULIO DE 2015, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA	VANEGAS CASADIEGO JAVIER ANDRES	CC 7,708,440

POR ACTA NÚMERO 134 DEL 25 DE JULIO DE 2017 DE ASAMBLEA GRAL. EXTRAORD. DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 48595 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE AGOSTO DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA	SUAZA VALLEJO MARIO ANDRES	CC 7,723,714

POR ACTA NÚMERO 123 DEL 20 DE FEBRERO DE 2017 DE ASAMBLEA EXTRAORDINARIA ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 47452 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 30 DE MARZO DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA	CRUZ VEGA URIEL	CC 93,409,150

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 155 DEL 26 DE FEBRERO DE 2016 DE LA JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 43905 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE MARZO DE 2016, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	SUAREZ ANDRADE MARIA CAROLINA	CC 36,305,150

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 155 DEL 26 DE FEBRERO DE 2016 DE LA JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 43905 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE MARZO DE 2016, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION

SUPLENTE DE REPRESENTANTE LEGAL — MEDINA BAHAMON CESAR AUGUSTO — CC 7,722,363

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

ORGANOS DE ADMINISTRACION: LA SOCIEDAD TENDRA LOS SIGUIENTES ORGANOS DE ADMINISTRACION, DIRECCION, REPRESENTACION Y FISCALIZACION. 1) LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONIESTAS. 2) LA JUNTA DIRECTIVA; 3) EL REPRESENTANTE LEGAL; 4) REVISOR FISCAL.

DE LA REPRESENTACION LEGAL: LA SOCIEDAD TENDRA UN REPRESENTANTE LEGAL QUIEN ESTARA A CARGO DE REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODOS LOS ACTOS QUE EFECTUE Y CONSTITUIR MANDATARIOS ESPECIALES QUE LLEVEN LA REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD EN DETERMINADOS CASOS, CUANDO ELLO SE CONSIDERE CONVENIENTE O NECESARIO. EN SUS FALTAS ABSOLUTAS, TEMPORALES O ACCIDENTALES, EL REPRESENTANTE LEGAL SERA REEMPLAZADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE, QUIEN ACTUARA CON LAS MISMAS FACULTADES QUE AQUEL.

FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL: EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES LOS REPRESENTANTES LEGALES PODRAN POR SI SOLOS Y CON PLENOS PODERES EJERCER LAS FUNCIONES Y ATRIBUCIONES CONTEMPLADOS EN LOS ARTICULO 99 Y 196 DEL CODIGO DE COMERCIO Y EN ESPECIAL LOS SIGUIENTES: A) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE ANTE LOS ASOCIADOS, ANTE TERCEROS, Y ANTE TODA CLASE DE AUTORIDADES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, FUNCIONARIOS, PERSONAS JURIDICAS O NATURALES, ETC. B) EJECUTAR LOS ACUERDOS Y RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y DE LA JUNTA DIRECTIVA. C) EJECUTAR LOS ACTOS Y CELEBRAR LOS CONTRATOS QUE TIENDAN A LLENAR LOS FINES DE LA SOCIEDAD Y EL OBJETO SOCIAL. EN EJERCICIO DE ESTA FACULTA PODRA; TRANSIGIR, COMPROMETER, CONCILIAR, DESISTIR, RECIBIR E INTERPONER ACCIONES Y RECURSO DE CUALQUIER GENERO DE TODOS LOS NEGOCIOS O ASUNTOS DE CUALQUIER INDOLE QUE TENGA PENDIENTE LA SOCIEDAD; CONTRAER OBLIGACIONES CON GARANTIA PERSONAL, PRENDARIA E HIPOTECARIA, DAR O RECIBIR DINERO EN MUTUO, HACER DEPOSITOS BANCARIOS, CELEBRAR EL CONTRATO COMERCIAL DE CAMBIO EN TODAS SUS MANIFESTACIONES; FIRMAR TODA CLASE DE TITULOS VALORES Y NEGOCIAR ESTA CLASE DE INSTRUMENTOS, FIRMARLOS ACEPTARLOS, PROTESTARLOS, ENDOSARLOS, PAGARLOS, DESCARGARLOS, TENERLOS O CANCELARLOS; COMPARECER EN JUICIOS EN QUE SE DISCUTE EL DOMINIO DE LOS BIENES SOCIALES DE CUALQUIER CLASE; FORMAR NUEVAS SOCIEDADES O ENTRAR A FORMAR PARTE DE OTRAS YA EXISTENTES. D) CONSTITUIR LOS APODERADOS JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES QUE JUZGUE NECESARIOS PARA LA ADECUADA REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD DELEGANDOLES LAS FACULTADES QUE ESTIME CONVENIENTE, DE AQUELLAS QUE EL MISMO GOZA. E) PRESENTAR A LA JUNTA DIRECTIVA EN FORMA ANUAL, UN INFORME DEL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL ACOMPAÑADO DE ANEXOS FINANCIEROS Y COMERCIALES. F) PRESENTAR EN ASOCIO CON LA JUNTA DIRECTIVA LOS INFORMES Y DOCUMENTOS DE QUE TRATA EL CODIGO DEL COMERCIO. G) DESIGNAR, PROMOVER Y REMOVER EL PERSONAL DE LA SOCIEDAD SIEMPRE Y CUANDO ELLA NO DEPENDA DE OTRO ORGANO SOCIAL Y SEÑALAR EL GENERO DE SUS LABORES, REMUNERACIONES, ETC., Y HACER LOS DESPIDOS DE CASO. H) CONVOCAR A LA JUNTA DIRECTIVA. I) DELEGAR DETERMINADAS FUNCIONES PROPIAS DE SU CARGO DENTRO DE LOS LÍMITES SEÑALADOS EN ESTOS ESTATUTOS. J) CUIDAR LA RECAUDACION E INVERSION DE LOS FONDOS DE LA EMPRESA. K) VELAR PORQUE CUMPLA ESTRICTAMENTE SUS DEBERES Y PONER EN CONOCIMIENTO DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS O JUNTA DIRECTIVA LAS IRREGULARIDADES O FALTAS GRAVES QUE OCURRAN SOBRE ESTE PARTICULAR. L) TODAS LA DEMAS FUNCIONES NO ATRIBUIDAS A LA JUNTA DIRECTIVA U OTRO ORGANO SOCIAL QUE TENGAN RELACION CON LA DIRECCION DE LA EMPRESA SOCIAL, Y TODAS LAS DEMAS QUE LE DELEGUE LA LEY, LA ASAMBLEA GENERAL Y LA JUNTA DIRECTIVA. PARAGRAFO. EL REPRESENTANTE LEGAL REQUIERE AUTORIZACION PREVIA DE LA JUNTA DIRECTIVA PARA LA REALIZACION DE CUALQUIER ACTO QUE TENGA UNA CUANTIA SUPERIOR A DOS MIL (2000) SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, Y DE LA ASAMBLEA GENERAL CUANDO LA CUANTIA DEL ACTO SEA SUPERIOR A 5.000 SALARIO MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.

DE LA JUNTA DIRECTIVA: LA JUNTA DIRECTIVA ES UN CUERPO COLEGIADO INTEGRADO POR TRES (3) MIEMBROS PRINCIPALES Y TRES (3) SUPLENTES PERSONALES ELEGIDOS POR LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS APLICANDO EL SISTEMA DEL CUOCIENTE ELECTORAL. LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA PODRAN SER ACCIONISTAS O TERCEROS AJENOS A LA SOCIEDAD. LOS DIRECTIVOS SUPLENTES REEMPLAZARAN A LOS PRINCIPALES EN SUS FALTAS ABSOLUTAS O TEMPORALES Y PUEDEN SER LLAMADOS A LAS DELIBERACIONES DE LA JUNTA, A UN EN

LOS CASOS EN QUE NO LES CORRESPONDA ASISTIR Y EN TAL EVENTO TENDRAN UNICAMENTE VOZ. FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA:

SON FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA: A) EJECUTAR Y REGLAMENTAR LAS POLÍTICAS TRAZADAS POR LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS. B) DESIGNAR A LOS REPRESENTANTES LEGALES DE LA SOCIEDAD Y SEÑALARLES SU REMUNERACIÓN. C) CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS A REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS A TRAVÉS DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA D) ELEGIR AL PRESIDENTE Y SECRETARIO DE LA JUNTA DIRECTIVA. E) RENDIR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS A TRAVÉS DE LOS REPRESENTANTES LEGALES, UN INFOMIE SOBRE LA GESTIÓN SOCIAL EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR Y TODOS LOS DEMÁS INFORMES QUE LA ASAMBLEA DEMANDE. F) ORDENAR LAS ACCIONES QUE DEBAN ENTABLARSE CONTRA LOS REPRESENTANTES LEGALES Y DEMÁS FUNCIONARIOS DE LA SOCIEDAD. G) APROBAR LA EMISIÓN Y COLOCACIÓN DE ACCIONES Y SU REGLAMENTO. H) SERVIR DE ÓRGANO CONSULTOR A LA REPRESENTACIÓN LEGAL. I) APROBAR LA APERTURA DE AGENCIAS O SURCUSALES, DENTRO O FUERA DEL PAÍS. J) AUTORIZAR AL REPRESENTANTE LEGAL CON EL VOTO UNÁNIME DE SUS MIEMBROS A ENAJENAR, ADQUIRIR, MUDAR, GRAVAR, LIMITAR EN CUALQUIER FORMA Y CUALQUIER TÍTULO LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE LA SOCIEDAD EJERCER TODAS LAS DEMÁS FUNCIONES ATRIBUCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO QUE NO ESTEN ASIGNADAS A LA REPRESENTACIÓN LEGAL. K) CUIDAR EL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS DISPOSICIONES CONSIGNADAS EN LOS ESTATUTOS, EN LA LEY Y DE LAS QUE ELLA MISMA DICTE PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. L) ADMITIR EL INGRESO DE TERCEROS COMO ACCIONISTAS, CON EL VOTO UNÁNIME DE SUS MIEMBROS. M) AUTORIZAR CON EL VOTO UNÁNIME DE SUS MIEMBROS LA ENAJENACIÓN O ADQUISICIÓN DE MARCAS, NOMBRES COMERCIALES, LEMAS O ENSEÑAS PARA O DE LA SOCIEDAD. N) AUTORIZAR EXPRESAMENTE CON LA DECISIÓN DE LA MAYORÍA DE SUS MIEMBROS AL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD A TOMAR DINERO A TITULO DE MUTUO Y PARA CUALQUIER ACTO O CONTRATO DE CUANTÍA SUPERIOR A DOS MIL (2000) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES O) DESIGNAR AL REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL Y SUPLENTE Y DEFINIR SU FORMA DE VINCULACION. PARÁGRAFO: LAS DECISIONES TOMADAS POR LA JUNTA DIRECTIVA EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES DEBERÁN CONTAR CON EL VOTO DE LA MAYORÍA DE SUS MIEMBROS.

FUNCIONES DEL REVISOR FISCAL: EL REVISOR FISCAL TENDRA LAS SIGUIENTES FUNCIONES Y ATRIBUCIONES: A. VERIFICAR QUE SE CUMPLAN A CABALIDAD LAS ORDENES E INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y LA JUNTA DIRECTIVA. B. EXAMINAR Y EMITIR CONCEPTO SOBRE LOS ESTADOS FINANCIEROS, ACTAS Y LIBROS DE CONTABILIDAD, LA CORRESPONDENCIA, EL ARCHIVO DE LA SOCIEDAD Y VELAR PORQUE LA CONTABILIDAD Y TODOS LOS DEMAS ACTOS DE LA SOCIEDAD SE AJUSTEN A LAS PRESCRIPCIONES LEGALES. C. AUTORIZAR CON SU FIRMA LOS BALANCES DE LA SOCIEDAD. D. INFORMAR A LA REPRESENTACION LEGAL, A LA JUNTA DIRECTIVA Y A LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS SOBRE TODAS LAS IRREGULARIDADES QUE OBSERVE EN DESARROLLO DE LAS OPERACIONES SOCIALES. E. CONVOCAR A LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS O A LA JUNTA DIRECTIVA A REUNIONES ORDINARIAS O EXTRAORDINARIAS CUANDO LO JUZGUE CONVENIENTE. F. RENDIR A LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS UN INFORME SOBRE LA GESTION DE LA SOCIEDAD, ASI COMO SU MARCHA, SEGUN SU APRECIACION Y TODOS LOS DEMAS INFORMES QUE SE LE SOLICITE O ESTIME CONVENIENTE. G. RENDIR A LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS UN INFORME SOBRE LA GESTION DE LA SOCIEDAD, ASI COMO SU MARCHA, SEGUN SU APRECIACION Y TODOS LOS DEMAS INFORMES QUE SE LE SOLICITE O ESTIME CONVENIENTE. H. COLABORAR CON LAS ENTIDADES GUBERNAMENTALES QUE EJERZAN INSPECCION Y VIGILANCIA DE LA COMPAÑIA Y RENDIRLES LOS INFORMES A QUE HAYA LUGAR O QUE LE SOLICITEN. I. INSPECCIONAR LOS BIENES DE LA SOCIEDAD Y PROCURAR QUE SE TOMEN OPORTUNAMENTE LAS MEDIDAS DE CONSERVACION Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS Y DE LOS QUE ELLA TENGA EN CUSTODIA A CUALQUIER TITULO. J. TODAS LAS DEMAS FUNCIONES QUE POR LEY O POR ESTATUTOS CORRESPONDAN A LA REVISORIA FISCAL.

CERTIFICA - PODERES

MEDIANTE ESCRITURA PUBLICA NRO. 223 DE LA NOTARIA CUARTA DEL CIRCULO DE NEIVA, DE FECHA 8 DE FEBRERO DE 2018, INSCRITA EL 16 DE FEBRERO DE 2018, BAJO EL NUMERO 979 DEL LIBRO V, SE REGISTRO: OTORGAMIENTO DE PODER ESPECIAL A JUAN DIEGO FIERRO OLIVEROS, EN LA SIGUIENTE FORMA: CLINICA MEDILASER S.A., REPRESENTADA LEGALMENTE POR LA DOCTORA MARIA CAROLINA SUAREZ ANDRADE, IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DEL CIUDADANÍA NÚMERO 36.305.150 EXPEDIDA EN NEIVA (H), TAL COMO SE ACREDITA CON EL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL EXPEDIDO POR LA CAMARA DE

COMERCIO DE NEIVA, DOCUMENTO QUE SE ANEXA Y PROTOCOLIZA EN EL INSTRUMENTO PUBLICO Y EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES OTORGADAS POR LOS ESTATUTOS DE LA EMPRESA, MANIFIESTA: PRIMERA. QUE OBRANDO EN EL CARACTER Y REPRESENTACION INDICADOS Y CON EL FIN DE EJERCER LA ADECUADA REPRESENTACION Y DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL DE CLINICA MEDILASER S.A., CONFIERE EL PRESENTE INSTRUMENTO PUBLICO PODER GENERAL DE REPRESENTACION LEGAL, AL DOCTOR JUAN DIEGO FIERRO OLIVEROS, IDENTIFICADO CON C.C.. NO. 4.924.127 DE PALERMO (H), PARA QUE EN ADELANTE EJERZA LA REPRESENTACION LEGAL EN LAS DILIGENCIAS JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES, DENTRO DE LAS SOLICITUDES DE CONCILIACION Y PROCESOS JUDICIALES, O PROCEDIMIENTOS ADELANTADOS POR AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS EN LOS QUE LA SOCIEDAD CLINICA MEDILASER S.A. ES SUJETO PROCESAL, COMO CONVOCADO, DEMANDANTE, DEMANDADO, COADYUVANTE O LLAMADO EN GARANTÍA, ENTRE OTROS, DENTRO DE LA CIUDAD DE NEIVA CON RESPECTO A TODOS LOS PROCESOS QUE SE TRAMITAN POR TEMAS DE RESPONSABILIDAD MEDICA. SEGUNDA. EL DOCTOR JUAN DIEGO FIERRO OLIVEROS, QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADO PARA EL EJERCICIO DEL PODER GENERAL DE REPRESENTACION LEGAL AQUÍ CONFERIDO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS PROPIAS DEL MANDATO. EN CONSECUENCIA SE OTORGA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A) REPRESENTAR AL GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, EN TODOS AQUELLOS ACTOS DE CARACTER PROCEDIMENTAL, JUDICIAL Y/O ADMINISTRATIVO, EN ASUNTOS DE RESPONSABILIDAD MEDICA EN LOS QUE DEBE INTERVENIR EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD CLINICA MEDILASER S.A. B). ASISTIR CON FACULTADES EXPRESAS PARA CONCILIAR, EN REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA CLINICA MEDILASER S.A., A LAS CONCILIACIONES EN MATERIA JUDICIAL PRE-JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL, A LOS QUE SEA CITADA LA EMPRESA, BAJO LOS PARÁMETROS Y LINEAMIENTOS EXPRESAMENTE ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN C) ATENDER DILIGENCIAS, COMO INTERROGATORIOS DE PARTE, INSPECCIONES JUDICIALES, EN CASO DE QUE SEA REQUERIDO DENTRO DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA, DE TAL MODO QUE EN NINGÚN CASO, LA SOCIEDAD QUEDE SIN REPRESENTACIÓN JUDICIAL, Y EN GENERAL PARA QUE ASUMA LA PERSONERÍA JUDICIAL CUANDO ASÍ LO ESTIME CONVENIENTE Y NECESARIO EN CUMPLIMIENTO DEL MANDATO. PARÁGRAFO. EN LOS EVENTOS QUE LA SOCIEDAD TENGA DISPOSICIÓN DE REALIZAR CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN, SERÁ NECESARIA LA AUTORIZACIÓN EXPRESA Y ESCRITA QUE EMITA EL COMITE NACIONAL DE DECISIÓN Y CONCILIACIÓN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA. TERCERA: NO SE OTORGAN AL APODERADO LAS FACULTADES PARA RECIBIR SUMAS DE DINERO, O DISPONER DE DERECHOS LITIGIOSOS A FAVOR DE LA SOCIEDAD, SIN PREVIA AUTORIZACIÓN, CUARTA: EL APODERADO INFORMARÁ PERIÓDICAMENTE, DETALLADAMENTE, DE TODAS Y CADA UNA DE LAS GESTIONES DESPLEGADAS EN CUMPLIMIENTO DEL MANDATO DE REPRESENTACIÓN LEGAL CONFERIDO. QUINTA. EL PRESENTE PODER GENERAL SE TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSALES: 1. POR TERMINACIÓN DEL VÍNCULO CONTRACTUAL EXISTENTE ENTRE LA CLINICA MEDILASER S.A. Y EL APODERADO GENERAL. 2. CUANDO EL REPRESENTANTE LEGAL DE CLINICA MEDILASER S.A., REVOQUE EL MANDATO CONFERIDO QUE PODRÁ HACERSE EN CUALQUIER MOMENTO, DE MANERA UNILATERAL Y SIN LUGAR A REQUERIMIENTO O AVISO PREVIO. 3. POR RENUNCIA DEL APODERADO GENERAL, AL MANDATO DE PODER JUDICIAL CONFERIDO. 4. DE MUTUO ACUERDO. SEXTA:. EL APODERADO QUEDA INVESTIDO DE TODAS LAS FACULTADES LEGALES QUE SEAN INHERENTES AL DESARROLLO DEL MANDATO CONFERIDO Y RESPONDERÁ DE SU EJERCICIO DE CONFORMIDAD A LAS NORMAS LEGALES ESTABLECIDAS.

C E R T I F I C A:

MEDIANTE ESCRITURA PUBLICA NRO.826 DE LA NOTARIA CUARTA DEL CIRCULO DE NEIVA, DE FECHA 7 DE MAYO DE 2019, INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 20 DE MAYO DE 2019 BAJO EL NUMERO 1010 DEL LIBRO V, SE REGISTRO: OTORGAMIENTO DE PODER GENERAL A EDNA ROCIO HOYOS LOZADA, EN LA SIGUIENTE FORMA: CLINICA MEDILASER S.A., REPRESENTADA LEGALMENTE POR LA DOCTORA MARIA CAROLINA SUAREZ ANDRADE, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 36.305.150 EXPEDIDA EN NEIVA (H), TAL COMO SE ACREDITA CON EL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL, EXPEDIDO POR LA CAMARA DE COMERCIO DE NEIVA, DOCUMENTO QUE SE ANEXA Y PROTOCOLIZA EN EL INSTRUMENTO PÚBLICO, Y EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES OTORGADAS POR LOS ESTATUTOS DE LA EMPRESA, MANIFIESTA: PRIMERA: QUE OBRANDO EN EL CARÁCTER Y REPRESENTACIÓN INDICADOS, Y CON EL FIN DE EJERCER LA ADECUADA REPRESENTACIÓN Y DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL DE CLÍNICA MEDILASER S.A., CONFIERE CON EL PRESENTE INSTRUMENTO PÚBLICO PODER GENERAL DE REPRESENTACIÓN LEGAL, A LA DRA. EDNA ROCIO HOYOS LOZADA, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.117.506.005 DE FLORENCIA (C), PARA QUE EN ADELANTE EJERZA LA REPRESENTACIÓN LEGAL EN LAS DILIGENCIAS JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES, DENTRO DE LAS SOLICITUDES DE CONCILIACIÓN Y PROCESOS JUDICIALES, PROCEDIMIENTOS ADELANTADOS POR AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS EN LOS QUE LA SOCIEDAD CLÍNICA MEDILASER S.A. ES SUJETO PROCESAL,

COMO CONVOCADO, DEMANDANTE, DEMANDADO, COADYUVANTE O LLAMADO EN GARANTÍA, ENTRE OTROS, DENTRO DE LA CIUDAD DE NEIVA CON RESPECTO A TODOS LOS PROCESOS QUE SE TRAMITAN POR TEMAS DE RESPONSABILIDAD MEDICA. SEGUNDA: LA DOCTORA EDNA ROCIO HOYOS LOZADA, QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA EL EJERCICIO DEL PODER GENERAL DE REPRESENTACIÓN LEGAL AQUÍ CONFERIDO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS PROPIAS DEL MANDATO. EN CONSECUENCIA SE OTORGA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A) REPRESENTAR AL GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, EN TODOS AQUELLOS ACTOS DE CARÁCTER PROCEDIMENTAL, JUDICIAL Y/O ADMINISTRATIVO, EN ASUNTOS DE RESPONSABILIDAD MEDICA EN LOS QUE DEBE INTERVENIR EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD CLÍNICA MEDILASER S.A. B) ASISTIR CON FACULTADES EXPRESAS PARA CONCILIAR, EN REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA CLÍNICA MEDILASER S.A., A LAS CONCILIACIONES EN MATERIA JUDICIAL PRE-JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL, A LOS QUE SEA CITADA LA EMPRESA, BAJO LOS PARÁMETROS Y LINEAMIENTOS EXPRESAMENTE ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN. C) ATENDER DILIGENCIAS, COMO INTERROGATORIOS DE PARTE, INSPECCIONES JUDICIALES, EN CASO DE QUE SEA REQUERIDO DENTRO DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA, DE TAL MODO QUE EN NINGÚN CASO, LA SOCIEDAD QUEDE SIN REPRESENTACIÓN JUDICIAL, Y EN GENERAL PARA QUE ASUMA LA PERSONERÍA JUDICIAL CUANDO ASÍ LO ESTIME CONVENIENTE Y NECESARIO EN CUMPLIMIENTO DEL MANDATO. PARÁGRAFO: EN LOS EVENTOS QUE LA SOCIEDAD TENGA DISPOSICIÓN DE REALIZAR CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN, SERÁ NECESARIA LA AUTORIZACIÓN EXPRESA Y ESCRITA QUE EMITA EL COMITÉ NACIONAL DE DECISIÓN Y CONCILIACIÓN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA. TERCERA: NO SE OTORGAN A LA APODERADA LAS FACULTADES PARA RECIBIR SUMAS DE DINERO, O DISPONER DE DERECHOS LITIGIOSOS A FAVOR DE LA SOCIEDAD, SIN PREVIA AUTORIZACIÓN. CUARTA: LA APODERADA INFORMARA PERIÓDICAMENTE, Y DETALLADAMENTE, DE TODAS Y CADA UNA DE LAS GESTIONES DESPLEGADAS EN CUMPLIMIENTO DEL MANDATO DE REPRESENTACIÓN LEGAL CONFERIDO. QUINTA: EL PRESENTE PODER GENERAL SE TERMINARA POR LAS SIGUIENTES CAUSALES: 1.- POR TERMINACIÓN DEL VINCULO CONTRACTUAL EXISTENTE ENTRE LA CLÍNICA MEDILASER S.A. Y LA APODERADA GENERAL. 2. CUANDO EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA CLÍNICA MEDILASER S.A., REVOQUE EL MANDATO CONFERIDO QUE PODRÁ HACERSE EN CUALQUIER MOMENTO, DE MANERA UNILATERAL Y SIN LUGAR A REQUERIMIENTO O AVISO PREVIO. 3. POR RENUNCIA DE LA APODERADA GENERAL, AL MANDATO DE PODER JUDICIAL CONFERIDO. 4. DE MUTUO ACUERDO. SEXTA: LA APODERADA QUEDA INVESTIDA DE TODAS LAS FACULTADES LEGALES QUE SEAN INHERENTES AL DESARROLLO DEL MANDATO CONFERIDO Y RESPONDERÁ DE SU EJERCICIO DE CONFORMIDAD A LAS NORMAS LEGALES ESTABLECIDAS.

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 129 DEL 30 DE MAYO DE 2017 DE ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 48243 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE JUNIO DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
FIRMA REVISORA FISCAL	C&G ACCOUNTING S.A.S.	NIT 901060995-8	9010609958

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 30 DE JULIO DE 2020 DE REPRESENTANTE LEGAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 57785 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 31 DE AGOSTO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	GUTIERREZ TRUJILLO JORGE ARMANDO	CC 1,075,212,191	155898-T

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRIMEROS SUPLENTES

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 30 DE JULIO DE 2020 DE REPRESENTANTE LEGAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 57785 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 31 DE AGOSTO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL SUPLENTE	LOPEZ MORALES JESUS ALBERTO	CC 1,075,285,115	257077-T

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

*** **NOMBRE ESTABLECIMIENTO** : CLINICA MEDILASER S.A.
MATRICULA : 147138
FECHA DE MATRICULA : 20050331
FECHA DE RENOVACION : 20200228
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
DIRECCION : CALLE 7 NO. 11-29
BARRIO : ALTICO
MUNICIPIO : 41001 - NEIVA
TELEFONO 1 : 8724100
TELEFONO 2 : 3174030022
CORREO ELECTRONICO : notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 95,827,119
EMBARGOS, DEMANDAS Y MEDIDAS CAUTELARES
** **LIBRO** : RM08, **INSCRIPCION**: 11760, **FECHA**: 20170630, **ORIGEN**: JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO, **NOTICIA**: INSCRIPCION DE LA DEMANDA SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ORDENADO POR EL JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO

CERTIFICA - SUCURSALES Y AGENCIAS

QUE ES PROPIETARIO DE LAS SIGUIENTES SUCURSALES Y AGENCIAS EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

*** **NOMBRE** : UNIDAD DE ATENCION INMEDIATA LA TOMA
CATEGORÍA : AGENCIA
MATRÍCULA : 284039
FECHA DE MATRÍCULA : 20160713
FECHA DE RENOVACIÓN : 20200228
ÚLTIMO AÑO RENOVADO : 2020
DIRECCION : CARRERA 1G NO. 14A - 63
MUNICIPIO : 41001 - NEIVA
TELÉFONO 1 : 3152197100
CORREO ELECTRÓNICO : notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion
ACTIVOS VINCULADOS : 1,018,276,182

*** **NOMBRE** : CLINICA ABNER LOZANO
CATEGORÍA : AGENCIA
MATRÍCULA : 325066
FECHA DE MATRÍCULA : 20190326
FECHA DE RENOVACIÓN : 20200228
ÚLTIMO AÑO RENOVADO : 2020
DIRECCION : CALLE 26 Nro. 3W-98
MUNICIPIO : 41001 - NEIVA
TELÉFONO 1 : 3164310498
CORREO ELECTRÓNICO : dccabreras@medilaser.co
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion
ACTIVOS VINCULADOS : 18,191,047,760

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es GRAN EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $464,631,163,968
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8610

CERTIFICA

QUE MEDIANTE DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA 19 DE JUNIO DE 2013, INSCRITO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 08 DE JULIO DE 2013, BAJO EL NUMERO 50 DEL LIBRO XX, SE REGISTRO EL CONTRATO DE FIDUCIA MERCANTIL SUSCRITO ENTRE FIDUCIARIA BANCOLOMBIA S. A. SOCIEDAD FIDUCIARIA REPRESENTADA POR EL SEÑOR FELIPE GONZALEZ PAEZ, IDENTIFICADO CON LA C.C. NO. 19. 361. 474 DE BOGOTA, SOCIEDAD FIDUCIARIA QUE EN ADELANTE Y PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SE DENOMINARA LA FIDUCIARIA Y POR LA OTRA, CLINICA MEDILAR S.A ., REPRESENTADA POR EL SEÑOR JUAN PABLO LOPEZ REBELLON, IDENTIFICADO CON LA C.C. NO. 79.236.182 DE BOGOTA QUE PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SE DENOMINARA EL FIDEICOMITENTE.

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $6,100

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

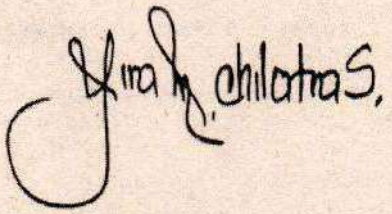
IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siineiva.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación NpJHtFwU1R

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

Cámara de Comercio de Tunja

CAMARA DE COMERCIO DE TUNJA
OSCAR ALBERTO OCHOA OCHOA S.A.S.
Fecha expedición: 2020/12/14 - 13:37:37 **** Recibo No. S000490000 **** Num. Operación. 90-RUE-20201214-0007 **66**

CODIGO DE VERIFICACIÓN zjXhEbDNYg

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: OSCAR ALBERTO OCHOA OCHOA S.A.S.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 901269286-3
ADMINISTRACIÓN DIAN : TUNJA
DOMICILIO : TUNJA

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 169693
FECHA DE MATRÍCULA : MARZO 28 DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : SEPTIEMBRE 18 DE 2020
ACTIVO TOTAL : 10,000,000.00
GRUPO NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CALLE 59 -2 ESTE 58
BARRIO : SANTA HELENA
MUNICIPIO / DOMICILIO: 15001 - TUNJA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 3138657072
TELÉFONO COMERCIAL 2 : 3005678083
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : oscaralbertoochoa@hotmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 59 -2 ESTE 58
MUNICIPIO : 15001 - TUNJA
BARRIO : SANTA HELENA
TELÉFONO 1 : 3138657072
TELÉFONO 2 : 3005678083
CORREO ELECTRÓNICO : oscaralbertoochoa@hotmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : oscaralbertoochoa@hotmail.com

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 22 DE MARZO DE 2019 DE LA ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 31600 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 28 DE MARZO DE 2019, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA OSCAR ALBERTO OCHOA OCHOA S.A.S..

CERTIFICA - VIGENCIA

VIGENCIA: QUE EL TÉRMINO DE DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA ES INDEFINIDO.

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRA COMO OBJETO PRINCIPAL LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL. ASI MISMO, PODRA REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD ECONOMICA LICITA DE SERVICIOS DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL COLOMBIANO. LA SOCIEDAD PODRA LLEVAR A CABO, EN GENERAL, TODAS LAS OPERACIONES, DE CUALQUIER NATURALEZA, RELACIONADAS CON EL OBJETO MENCIONADO, ASI COMO CUALESQUIERA ACTIVIDADES SIMILARES, CONEXAS O COMPLEMENTARIAS A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	10.000.000,00	10.000,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	10.000.000,00	10.000,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	10.000.000,00	10.000,00	1.000,00

CERTIFICA - SITUACIONES DE CONTROL Y GRUPOS EMPRESARIALES

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA 22 DE MARZO DE 2019 Y SEGUN DECRETO 667 DE 2018 SE INSCRIBE SITUACION DE CONTROL EL 22 DE MARZO DE 2019 BAJO EL NUMERO 31601 DEL LIBRO IX, DE LA SOCIEDAD SUBORDINADA OSCAR ALBERTO OCHOA OCHOA S.A.S. SIENDO EL CONTROLADOR OSCAR ALBERTO OCHOA OCHOA IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 74.359.811 CON DOMICILIO EN CALLE 59 2 ESTE 58 CONDOMINIO SANTA HELENA CASA 3 MANZANA C DE NACIONALIDAD COLOMBIANA.

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 22 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 31600 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 28 DE MARZO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION

Cámara de Comercio de Tunja

CAMARA DE COMERCIO DE TUNJA
OSCAR ALBERTO OCHOA OCHOA S.A.S.
Fecha expedición: 2020/12/14 - 13:37:37 **** Recibo No. S000490000 **** Num. Operación. 90-RUE-20201214-0007 68

CODIGO DE VERIFICACIÓN zjXhEbDNYg

REPRESENTANTE LEGAL OCHOA OCHOA OSCAR ALBERTO CC 74,359,811

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: LA REPRESENTACION LEGAL DE LA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA ESTARA A CARGO DE UNA PERSONA NATURAL O JURIDICA, ACCIONISTA O NO, QUIEN NO TENDRA SUPLENTES, DESIGNADO PARA UN TERMINO DE UN AÑO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, Y PODRA SER REELEGIDO INDEFINIDAMENTE. LA SOCIEDAD SERA GERENCIADA, ADMINISTRADA Y REPRESENTADA LEGALMENTE ANTE TERCEROS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, QUIEN NO TENDRA RESTRICCIONES DE CONTRATACION POR RAZON DE LA NATURALEZA NI DE LA CUANTIA DE LOS ACTOS QUE CELEBRE. POR LO TANTO, SE ENTENDERA QUE EL REPRESENTANTE LEGAL PODRA CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. EL REPRESENTANTE LEGAL SE ENTENDERA INVESTIDO DE LOS MAS AMPLIOS PODERES PARA ACTUAR EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD, CON EXCEPCION DE AQUELLAS FACULTADES QUE, DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS, SE HUBIEREN RESERVADO LOS ACCIONISTAS. EN LAS RELACIONES FRENTE A TERCEROS, A SOCIEDAD QUEDARA OBLIGADA POR LOS ACTOS Y CONTRATOS CELEBRADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL. LE ESTA PROHIBIDO AL REPRESENTANTE LEGAL Y A LOS DEMAS ADMINISTRADORES DE LA SOCIEDAD, POR SI O POR INTERPUESTA PERSONA, OBTENER BAJO CUALQUIER FORMA O MODALIDAD JURIDICA PRESTAMOS POR PARTE DE LA SOCIEDAD U OBTENER DE PARTE DE LA SOCIEDAD AVAL, FIANZA O CUALQUIER OTRO TIPO DE GARANTIA DE SUS OBLIGACIONES PERSONALES.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $1
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8621

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $6,100

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE TUNJA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

Cámara de Comercio de Tunja

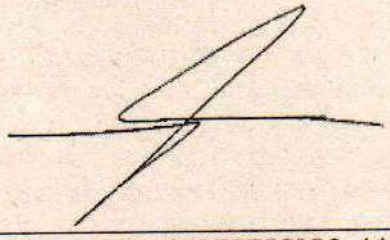
CODIGO DE VERIFICACIÓN zjXhEbDNYg

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siitunja.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación zjXhEbDNYg

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.
Sigla: FIDUPREVISORA S.A.
Nit: 860.525.148-5
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00247691
Fecha de matrícula: 16 de octubre de 1985
Último año renovado: 2020
Fecha de renovación: 18 de junio de 2020

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cl 72 #. 10 - 03
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: noti_contabilidad@fiduprevisora.com.co
Teléfono comercial 1: 7566633
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cl 72 No. 10 - 03
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notjudicial@fiduprevisora.com.co
Teléfono para notificación 1: 7566633
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo

Constanza del Pilar Fuentes Trujillo

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

REFORMAS ESPECIALES

Por Escritura Pública número 001846 de Notaría 33 de Bogotá del 10 de julio de 1989, inscrita el 29 de agosto de 1989 bajo el número 00273421 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: SOCIEDAD FIDUCIARIA LA PREVISORA LIMITADA, por el de: FIDUCIARIA LA PREVISORA LTDA.

Por E.P. No.462 Notaría 29 de Santa Fé de Bogotá del 24 de enero de 1.994, inscrita el 1 de febrero de 1.994 bajo el No. 435.739 del libro IX, la sociedad se transformó de limitada en anónima bajo el nombre de: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.

Por Escritura Pública número 00010715 de Notaría 29 de Bogotá, del 11 de diciembre de 2001, inscrita el 11 de diciembre de 2001 bajo el número 805761 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., por el de: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. La cual podrá usar la sigla FIDUPREVISORA S.A.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 11 de marzo de 2044.

OBJETO SOCIAL

El objeto exclusivo de la sociedad es la celebración, realización y ejecución de todas las operaciones autorizadas a las sociedades fiduciarias, por normas generales, y a la presente sociedad, por normas especiales esto es, la realización de los negocios fiduciarios, tipificados en el código de comercio y previstos tanto en el estatuto orgánico del sistema financiero como en el estatuto de contratación de la administración publica, al igual que en las

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

disposiciones que modifiquen, sustituyan, adicionen o reglamenten a las anteriores. En consecuencia, la sociedad podrá: A) Tener la calidad de fiduciario, según lo dispuesto en el artículo 1.226 del código de comercio. B) Celebrar encargos fiduciarios que tengan por objeto la realización de inversiones, la administración de bienes o la ejecución de actividades relacionadas con el otorgamiento de garantías por terceros para asegurar el cumplimiento de obligaciones la administración o vigilancia de los bienes sobre los que se constituyan las garantías y la realización de las mismas, con sujeción a las restricciones legales. C) Obrar como agente de transferencia y registro de valores. D) Obrar como representante de tenedores de bonos. E) Obrar, en los casos en que sea procedente con arreglo a la ley, como sindico, curador de bienes o depositario de sumas consignadas en cualquier juzgado, por orden de autoridad judicial competente o por determinación de las personas que tengan facultad legal para designarlas con tal fin. F) Prestar servicio de asesoría financiera. G) Emitir bonos por cuenta de una fiducia mercantil o de dos o más empresas, de conformidad con las disposiciones legales. H) Administrar fondos de pensiones de jubilación de invalidez. I) Actuar como intermediario en el mercado de valores en los eventos autorizados por las disposiciones vigentes. J) Obrar como agente de titularización de activos. K) ejecutar las operaciones especiales determinadas por el artículo 276 del estatuto orgánico del sistema financiero. L) En general, realizar todas las actividades que le sean autorizadas por la ley. Para el desarrollo de su objeto la sociedad podrá realizar todas las operaciones relacionadas con el ejercicio y cumplimiento de obligaciones legales y contractuales y con la ejecución del objeto social, como las siguientes: A) Adquirir, enajenar, gravar y administrar toda clase de bienes muebles o inmuebles. B) Intervenir como deudora o como acreedora en toda clase de operaciones de crédito, dando o recibiendo las garantías del caso, cuando haya lugar a ellas. C) Celebrar con otros establecimientos de crédito y con compañías aseguradoras, toda clase de operaciones relacionadas con los bienes y negocios de la sociedad. D) girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar y negociar, en general, toda clase de títulos valores y cualesquiera otra clase de derechos personales y títulos de crédito. E) Celebrar contratos de prenda, de anticresis, de depósito, de garantía, de administración, de mandato, de comisión y de consignación. F) intervenir directamente en juicios de sucesión como tutora, curadora o albacea fiduciaria. G) Emitir y negociar títulos o certificados libremente negociables y garantizados por las fiducias a su cargo. H) escindir o invertir en

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

sociedades administradoras de fondos de cesantías y sociedades de servicios técnicos, o administrar transitoriamente, cuando así lo apruebe el gobierno nacional de acuerdo a la ley 50 de 1990. Fondos de cesantías, para lo cual se observara lo dispuesto en las normas legales pertinentes. I) En virtud de contratos de fiducia mercantil y encargos fiduciarios, llevar la representación y administración de cuentas especiales de la nación y de los fondos de que trata el artículo 276 del estatuto orgánico del sistema financiero, así como de entidades nacionales y territoriales, que creen con la debida autorización, cumpliendo con los objetivos para ellas previstos y respetando la destinación de los bienes que las conforman. J) Obrar como agente de entidades o establecimientos públicos, recibiendo encargos fiduciarios, según lo previsto en el artículo 9 del decreto 1050 de 1968 y normas complementarias y, en tal carácter, administrar bienes, invertir o cuidar de su correcta inversión, recaudar sus productos, recibir, aceptar y ejecutar los encargos y facultades, recibir dineros y efectuar pagos por cuenta de las mismas. K) Celebrar contratos y convenios con personas naturales y jurídicas, de derecho público y privado, relacionados con los bienes y negocios de la sociedad. L) realizar todos los actos y operaciones que tengan por finalidad ejercer los derechos y cumplir las obligaciones legal o convencionalmente derivadas de la existencia de la sociedad.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	: $72.000.000.000,00
No. de acciones	: 72.000.000,00
Valor nominal	: $1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	: $71.960.184.000,00
No. de acciones	: 71.960.184,00
Valor nominal	: $1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	: $71.960.184.000,00
No. de acciones	: 71.960.184,00

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Valor nominal : $1.000,00

NOMBRAMIENTOS

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

Junta Directiva: Principal (es)

Nombre	Identificación

Primer Renglón
Ministro de Hacienda y Crédito Público o su Delegado
Que por Resolución No. 4671 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, del 11 de diciembre de 2019, inscrito el 10 de Marzo de 2020 bajo el No. 02562356 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)
Ana Lucía Villa Arcila C.C. 00000041542874
Segundo Renglón
Que mediante Decreto No. 962 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, del 07 de julio de 2020, inscrito el 5 de Agosto de 2020 bajo el No. 02604091 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)

Nombre	Identificación
Álvaro Hernán Vélez Millán	C.C. 00000006357600

Tercer Renglón
Que por Acta No. 71 del 18 de enero de 2019, inscrito el 29 de Marzo de 2019 , bajo el No. 02441315, del libro IX, fue (ron) nombrado (s)
Álvaro Hernán Vélez Millán C.C. 00000006357600
Cuarto Renglón
Que por Acta No. 72 del 28 de marzo de 2019 inscrita el 11 de Junio de 2019 bajo el No. 02475209 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)
Maria Mercedes Cecilia Gloria Cuellar Lopez C.C. 000000041366061
Quinto Renglón
Que por Decreto No. 748 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público del 10 de mayo de 2017 inscrito el 21 de julio de 2017 bajo el No. 02244335 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)
Juan Luis Hernandez Celis C.C. 000000019162294

Junta Directiva: Suplente (s)

Suplente del Tercer Renglón
Que por Acta No. 68 del 9 de febrero de 2018, inscrito el 25 de abril de 2018, bajo el No. 02334128 del libro IX, fue (ron) nombrada (s)
Claudia Isabel Gonzalez Sanchez C.C. 000000052033893
Suplente del Cuarto Renglón
Que por Acta No. 69 del 22 de marzo de 2018, inscrita el 10 de julio de 2018 bajo el No. 02355853 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Parra Carrascal Angela Patricia C.C. 000000052817359
Suplente del Quinto Renglón
Que por Acta No. 56 del 27 de diciembre de 2011 inscrito el 8 de marzo de 2012 bajo el No. 01614352 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)
German Eduardo Quintero Rojas C.C. 000000079783751

REVISORES FISCALES

Mediante Acta No. 73 del 24 de marzo de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 29 de mayo de 2020 con el No. 02573009 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	DELOITTE & TOUCHE LTDA	N.I.T. No. 000008600058134

Mediante Documento Privado No. SIN NUN del 26 de junio de 2020, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 3 de julio de 2020 con el No. 02583905 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Baquero Gonzalez Laura Maria	C.C. No. 000000052716113 T.P. No. 109570-T

Mediante Documento Privado No. SIN NUM del 25 de agosto de 2020, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de septiembre de 2020 con el No. 02613107 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Garzon Ardila Fernely	C.C. No. 000001019024692 T.P. No. 202219-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

ESCRITURA NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

25	29-III-1.985	33 BTA.	16- X -1.985 NO.178.536
3195	29-XII-1.987	33 BTA.	3- V -1.988 NO.235.032
2634	13-X -1.988	33 BTA.	15-XI -1.988 NO.250.101
1846	10-VII-1.989	33 BTA.	29-VIII-1989 NO.273.421
3890	29-XII-1.989	33 BTA.	23- I-1.990 NO.285.079
4301	31-XII-1.990	33 BTA.	20-II -1.991 NO.318.474
2281	12-VIII-1992	33 STAFE BTA	14-VIII-1992 NO.374.851
462	24- I- 1994	29 STAFE BTA	1- II- 1994 NO.435.739
4384	20- V -1994	29 STAFE BTA	25- V - 1994 NO.449.074
10193	23- X- 1995	29 STAFE BTA	09- XI- 1995 NO.515.413
5065	30- V -1996	29 STAFE BTA	28- VI -1996 NO.543.749
966	05- II -1997	29 STAFE BTA	25- II -1997 NO.575.176

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0012384 del 10 de noviembre de 1998 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00658281 del 26 de noviembre de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0004981 del 15 de julio de 1999 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00698893 del 5 de octubre de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0010110 del 28 de diciembre de 1999 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00711971 del 12 de enero de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0002436 del 3 de mayo de 2000 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00730783 del 29 de mayo de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0005251 del 28 de julio de 2000 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00740050 del 9 de agosto de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0010715 del 11 de diciembre de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00805761 del 11 de diciembre de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0005445 del 7 de junio de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00840437 del 16 de agosto de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0006090 del 26 de mayo de 2003 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00883471 del 9 de junio de 2003 del Libro IX
E. P. No. 0001283 del 10 de	00920945 del 19 de febrero de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

febrero de 2004 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	2004 del Libro IX
E. P. No. 0002649 del 11 de marzo de 2004 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00926870 del 26 de marzo de 2004 del Libro IX
E. P. No. 0003914 del 25 de abril de 2005 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00989338 del 3 de mayo de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0010756 del 28 de septiembre de 2005 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01015358 del 7 de octubre de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0012204 del 28 de octubre de 2005 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01019494 del 2 de noviembre de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0009677 del 10 de agosto de 2006 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01074957 del 28 de agosto de 2006 del Libro IX
E. P. No. 0004445 del 30 de marzo de 2007 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01122768 del 11 de abril de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0006721 del 10 de mayo de 2007 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01136407 del 6 de junio de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0001341 del 27 de junio de 2007 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	01144592 del 13 de julio de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0000649 del 21 de abril de 2008 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	01209991 del 29 de abril de 2008 del Libro IX
E. P. No. 1005 del 27 de junio de 2009 de la Notaría 61 de Bogotá D.C.	01308428 del 30 de junio de 2009 del Libro IX
E. P. No. 47 del 18 de enero de 2010 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01355776 del 22 de enero de 2010 del Libro IX
E. P. No. 2105 del 16 de julio de 2010 de la Notaría 52 de Bogotá D.C.	01401939 del 29 de julio de 2010 del Libro IX
E. P. No. 1952 del 12 de noviembre de 2010 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	01432148 del 29 de noviembre de 2010 del Libro IX
E. P. No. 34 del 12 de enero de	01446766 del 21 de enero de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

2011 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	2011 del Libro IX
E. P. No. 1488 del 25 de abril de 2013 de la Notaría 6 de Bogotá D.C.	01726773 del 30 de abril de 2013 del Libro IX
E. P. No. 0835 del 23 de abril de 2014 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01830264 del 29 de abril de 2014 del Libro IX
E. P. No. 503 del 31 de mayo de 2018 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02364091 del 6 de agosto de 2018 del Libro IX
E. P. No. 1025 del 8 de julio de 2020 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02587776 del 16 de julio de 2020 del Libro IX

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Que por Documento Privado No. 0000000 de Representante Legal del 11 de agosto de 2006, inscrito el 16 de agosto de 2006 bajo el número 01073010 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:
- LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS
Domicilio: Bogotá D.C.
Presupuesto: No reportó
Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6431
Actividad secundaria Código CIIU: 6630

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Nombre: FIDUCIARIA LA PREVISORA
Matrícula No.: 00404160

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 14 de diciembre de 2020 Hora: 13:34:00
Recibo No. BA20058393
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20058393A64AF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Fecha de matrícula:	4 de abril de 1990
Último año renovado:	2020
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cr 71 # 9 - 87 Lc 1 - 14
Municipio:	Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

PERMISO DE FUNCIONAMIENTO

Por Resolución No. 2521 del 27 de mayo de 1.985, de la Superintendencia Bancaria, inscrita el 16 de octubre de 1.985 bajo el número 178537 del libro IX, se concedió permiso de funcionamiento a la compañía.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son informativos:

Valle Sol
NIT 900.103.377-9

CLINICA VALLE DEL SOL S.A.
CARRERA 14 No 3 18 Barrio Santa Catalina
TELEFONOS (8) 7721252 - 7780153
Sogamoso - Boyacá

EPICRISIS 24230342

DOCUMENTO CC24230342 **PACIENTE** NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL **NACIDO** 25/09/1963 **EDAD** 55 Años
DIRECCION CLL 4 SUR 15 A 08 **TELEFONO** 3123608222 **CIUDAD** SOGAMOSO **DEPARTAMENTO** BOYACA

URGENCIAS

DATOS DEL INGRESO URGENCIAS

16/12/2018 16:13:CRISTHIAN DAVID CUBIDES RUIZ (MEDICO GENERAL) -REG: 1049634025

DATOS DEL INGRESO:

MOTIVO: DOLOR HEMIABDOMEN INFERIOR,
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL EN HEMIABDOMEN INFERIOR, REFIERE TENESMO VESICAL, DOLOR LUMBAR. FIEBRE DE 39° C PUNTO MAS ALTO CUANTIFICADO POR PACIENTE

ANTECEDENTES:

PATOLÓGICOS: HIPERTENSION
HIPERCOLESTEROLEMIA
QUIRÚRGICOS: HISTERECTOMIA
TRAUMÁTICOS: -
HOSPITALARIOS: -
FAMILIARES: -
FARMACOLÓGICOS: LOSARTAN

OCUPACIONALES: -
TOXICO-ALÉRGICOS: NIEGA ALERGIAS

SIGNOS VITALES:

SIGNOS VITALES TRIAGE: TA: 103/69 T(°C): 37.6 Talla(cms): 152 FC: 110 FR: 18
Atención Inicial: PACIENTE DE 55 AÑO(S) CON UNA EVOLUCIÓN DE 24 HORA(S), CONSISTENTE EN DOLOR PELVICO, OTROS DOLORES, INGRESA POR POLIURIA, DISURIA, PICOS FEBRILES SUBJETIVOS. Peso(Kg): 58
Clasif: V - TRG III SatO2(%): 93 Glasgow: 15

EXAMEN FÍSICO: Cabeza y cuello: Mucosa oral humeda, escleras anictericas, isocórico, normoreactivo, cuello movil no masas
Tórax: Simétrico, ruidos cardiacos rítmicos no soplos, murmullo vesicular presente no agregados
Abdomen: rigides muscular, doloroso al a palpacion de fosa hemiabdomen inferiore, mc burney positivo, blomber positivo, ruidos intestinales presentes, no se palpan masas ni adenomegalias
Extremidades: Simétricas, no edemas, pulsos distales presentes, llenado capilar de 2 segundos
Neurológico: Alerta, orientada, no deficit motor ni sensitivo aparente
DIAGNÓSTICO: Diagnóstico(s) de Ingreso:
K359 APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Valle Sol
CLINICA
NIT 900.103.377-9

CLINICA VALLE DEL SOL S.A.
CARRERA 14 No 3 18 Barrio Santa Catalina
TELEFONOS (8) 7721252 - 7728153
Sogamoso - Boyacá

EPICRISIS 24230342

DOCUMENTO CC24230342 **PACIENTE** NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL **NACIDO** 25/09/1963 **EDAD** 55 Años
DIRECCION CLL 4 SUR 15 A 08 **TELEFONO** 3123608222 **CIUDAD** SOGAMOSO **DEPARTAMENTO** BOYACA

CONDUCTA INICIAL: PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL, DE INICIO PROGRESIVO, QUE GENERA DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD, FIEBRE, TENESMO VESICAL POR DOLOR
ABDOMEN SUGESTIVO DE APENDICITIS AGUDA
SIGNOS DE DESHIDRATACION GRADO II

PLAN
1. SS HEMOGRAMA
2. LACTATO DE RINGER 1000 CC DE BOLO CONTINUAR A 100 CC HORA
3. REVALORAR

DATOS DEL EGRESO DE URGENCIAS

16/12/2018 22:16:CRISTHIAN DAVID CUBIDES RUIZ (MEDICO GENERAL) -REG: 1049634025

SALIDA:

OBSERVACIONES: PACIENTE QUIEN ES ADMITIDA PARA REMISION EN CLINICA MEDILASER TUNJA PARA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.
PACIENTE ES TRASLADADA EN AMBULANCIA DE ESTA INSTITUCION , EN EL MOMENTO PERSITENCIA DE CLINICA INICIAL, HEMODINAMICAMNETE ESTABLE
DIAGNÓSTICO AL EGRESO: Diagnóstico(s) de egreso:
K359 APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

La orden de egreso es dada por **CRISTHIAN DAVID CUBIDES RUIZ**
La conducta de Urgencias es **REMISION A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD** y la incapacidad es de **0** días

FECHA EMISION: 16/12/2018

Muestra: 16/12/2018 - 16

Valle Sol Clínica

INFORME DE LABORATORIO CLINICO No. 94887 **82**

NOMBRE	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	**IDENTIFICACION**	CC 24230342
DIRECCION	CLL 4 SUR 15 A 08	**EDAD**	55 Años
ENTIDAD		**SERVICIO**	URGENCIAS

HEMATOLOGIA

PROFESIONAL: MARITZA ALEJANDRA RINCON MORALES

Realizado: 16/12/2018 17:12:13 HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA- HEMATOCRITO- RECUENTO DE ERITROCITOS- INDICES ERITROCITARIOS- L

RBC	4.16 xmm3	4.5 - 5.6
HEMOGLOBINA	12.8 g/dl	13.0 - 18.10
HEMATOCRITO	38.1 %	35.0 - 50.00
VCM	91.7 FL	80.0 - 97.0
HCM	30.7 pg	27.00 - 32.00
CHCM	33.5 g/dl	32.00 - 36.40
PLAQUETAS	219 x103 mm3	130 - 450
VPM	7.8 FL	
RD- CV	14.21 %	11.6 -15.5
PDW	15.7	
PCT	0.17 %	
LEUCOCITOS	13.2 xmm3	3.36 - 10.78
NEUTROFILOS	70.9 %	50 - 62 %
LINFOCITOS	21.2 %	25 - 40 %
MID%	7.9 %	
RDW - SD	46.4 fl	

Los resultados no Llevan Firma y Sello teniendo en cuenta el articulo 18 de la Resolución 1995 de Julio de 1999

ELABORADO POR: MARITZA ALEJANDRA RINCON M

28

Gmail

Autorizaciones Valledelsol <autorizacionesvalledelsol@gmail.com>

83

Fwd: REMISION PACIENTE NARDA RODRIGUEZ SANDOVAL CC24230342 MEDISALUD CX GENERAL DX APENDICITIS

1 mensaje

Referencia y Contrareferencia Boyaca Medisalud UT <referenciaboyacamedisaludut@gmail.com>
Para: REFERENCIA <autorizacionesvalledelsol@gmail.com>
Cc: Referencia Medilaser Tunja <referenciamedilasertja@gmail.com>

16 de diciembre de 2018, 21:44

Cordial saludo

De acuero a la aceptación del dr Uscategui de la Clinica Medilaser remito autorización de TAB para el traslado inmediato.

Quedo atenta a cualquier inquietud.

Gracias

---------- Forwarded message ---------
From: **Referencia Medilaser Tunja** <referenciamedilasertja@gmail.com>
Date: dom., dic. 16, 2018 9:34 PM
Subject: Re: REMISION PACIENTE NARDA RODRIGUEZ SANDOVAL CC24230342 MEDISALUD CX GENERAL DX APENDICITIS
To: Referencia y Contrareferencia Boyaca Medisalud UT <referenciaboyacamedisaludut@gmail.com>

Buenas Noches

Cordial saludo

La remisión relacionada anteriormente se encuentra ACEPTADA DR USCATEGUI CX GENERAL ENVIAR CON TODA LA DOCUMENTACIÓN , HCL , FAMILIAR

Agradezco toda su atención y colaboración

Cordialmente,

REFERENCIA
ANGELA VARGAS
CLÍNICA CARDIOVASCULAR MEDILASER
SEDE TUNJA
referenciamedilasertja1@gmail.com
3208386712-7453000 EXT 3024

En clínica cardiovascular Medilaser nuestro mayor compromiso es cuidar de tu salud y la de tu familia **84**

El dom., 16 dic. 2018 a las 21:19, Referencia y Contrareferencia Boyaca Medisalud UT (<referenciaboyacamedisaludut@gmail.com>) escribió:

Cordial saludo

Agradezco su colaboración para de tramite a remisión.

---------- Forwarded message ---------
From: **Autorizaciones Valledelsol** <autorizacionesvalledelsol@gmail.com>
Date: dom., dic. 16, 2018 9:14 PM
Subject: REMISION PACIENTE NARDA RODRIGUEZ SANDOVAL CC24230342 MEDISALUD CX GENERAL DX APENDICITIS
To: Dilma Rocio Medina Puerto <medisaludcta@gmail.com>, Referencia y Contrareferencia Boyaca Medisalud UT <referenciaboyacamedisaludut@gmail.com>, <gerenciaboyaca@medisaludut.com.co>, <referencia3@hospitalsogamoso.gov.co>, Referencia Clínica de Especialistas <referencia@cespecialistas.com>, Clinica el Laguito <clinicalaguito@gmail.com>, Referencia Hospital Regional de Sogamoso ESE <referenciatres@hospitalsogamoso.gov.co>, HOSPITAL REGIONAL Duitama <referenciahospitalduitama1@gmail.com>

Buenas Noches:

envió formato de remisión, historia clínica de la paciente en mension quien requiere valoración y manejo por cirugía general.

agradecemos su colaboración y pronta respuesta

Cordialmente

LORENA ZEA
Auxiliar Referencia - Autorizaciones
Clinica Valle Del Sol
Celular: 321 444 46 01 - 321 442 56 14
Telf: 772 12 52 - 773 92 72
Cra 14 # 3 - 18 Brr. Sta Catalina
Sogamoso - Boyacá

--
En Clínica Cardiovascular Medilaser cuidamos de tu salud y la de tu familia.

Medisalud_UT,_SGA-Sistema_de_gestión(53).pdf
53K

Valle Sol clínica
NIT 900.103.377-9

CLINICA VALLE DEL SOL S.A.
CARRERA 14 No 3 18 Barrio Santa Catalina
TELEFONOS (8) 7721252 - 7785 53
Sogamoso - Boyacá

HISTORIA CLÍNICA No 24230342

DOCUMENTO CC 24230342 **PACIENTE** NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL **NACIDO** 25/09/1963 **EDAD** 55 Años
DIRECCION CLL 4 SUR 15 A 06 **TELEFONO** 3123606222 **CIUDAD** SOGAMOSO **DEPARTAMENTO** BOYACA

URGENCIAS

DATOS DEL INGRESO URGENCIAS

16/12/2018 16:13:CRISTHIAN DAVID CUBIDES RUIZ (MEDICO GENERAL) -REG: 1049634025

DATOS DEL INGRESO:

MOTIVO: DOLOR HEMIABDOMEN INFERIOR,
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL EN HEMIABDOMEN INFERIOR, REFIERE TENESMO VESICAL, DOLOR LUMBAR. FIEBRE DE 39° C PUNTO MAS ALTO CUANTIFICADO POR PACIENTE

ANTECEDENTES:

PATOLÓGICOS: HIPERTENSION
HIPERCOLESTEROLEMIA
QUIRÚRGICOS: HISTERECTOMIA
TRAUMÁTICOS: -
HOSPITALARIOS: -
FAMILIARES: -
FARMACOLÓGICOS: LOSARTAN

OCUPACIONALES: -
TOXICO-ALÉRGICOS: NIEGA ALERGIAS

SIGNOS VITALES:

SIGNOS VITALES TRIAGE: TA: 103/69 T(ºC): 37.6 Talla(cms): 152 FC: 110 FR: 18
Atención Inicial: PACIENTE DE 55 AÑO(S) CON UNA EVOLUCIÓN DE 24 HORA(S), CONSISTENTE EN DOLOR PELVICO, OTROS DOLORES, INGRESA POR POLIURIA, DISURIA, PICOS FEBRILES SUBJETIVOS. Peso(Kg): 58
Clasif: V - TRG III SatO2(%): 93 Glasgow: 15

EXAMEN FÍSICO: Cabeza y cuello: Mucosa oral humeda, escleras anictericas, isocórico, normoreactivo, cuello movil no masas
Tórax: Simétrico, ruidos cardiacos rítmicos no soplos, murmullo vesicular presente no agregados
Abdomen: rigides muscular, doloroso al a palpacion de fosa hemiabdomen inferiore, mc burney positivo, blomber positivo, ruidos intestinales presentes, no se palpan masas ni adenomegalias
Extremidades: Simétricas, no edemas, pulsos distales presentes, llenado capilar de 2 segundos
Neurológico: Alerta, orientada, no deficit motor ni sensitivo aparente
DIAGNÓSTICO: Diagnóstico(s) de Ingreso:
K359 APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Valle Sol
CLINICA
NIT 900.103.377-9

CLINICA VALLE DEL SOL S.A.
CARRERA 14 No 3 18 Barrio Santa Catalina
TELEFONOS (8) 7721252 - 7728453
Sogamoso - Boyacá

HISTORIA CLÍNICA No 24230342

DOCUMENTO CC 24230342 **PACIENTE** NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL **NACIDO** 25/09/1963 **EDAD** 55 Años
DIRECCION CLL 4 SUR 15 A 08 **TELEFONO** 3123608222 **CIUDAD** SOGAMOSO **DEPARTAMENTO** BOYACA

CONDUCTA INICIAL: PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL, DE INICIO PROGRESIVO, QUE GENERA DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD, FIEBRE, TENESMO VESICAL POR DOLOR
ABDOMEN SUGESTIVO DE APENDICITIS AGUDA
SIGNOS DE DESHIDRATACION GRADO II

PLAN
1. SS HEMOGRAMA
2. LACTATO DE RINGER 1000 CC DE BOLO CONTINUAR A 100 CC HORA
3. REVALORAR

16/12/2018 16:13:CRISTHIAN DAVID CUBIDES RUIZ (MEDICO GENERAL) -REG: 1049634025

ÓRDEN MÉDICA: 16/12/2018 16:25:33 ORDENES MEDICAS
- CONSULTA DE URGENCIAS- POR MEDICINA GENERAL
- SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD
- LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN) Solución inyectable ADMINISTRACION Via: INTRA VENOSA Dosificación: 1000 Frecuencia: Inmediata
- HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA- HEMATOCRITO- RECUENTO DE ERITROCITOS- INDICES ERITROCITARIOS- LEUCOGRAMA- RECUENTO DE PLAQUETAS - INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO

16/12/2018 20:52:CRISTHIAN DAVID CUBIDES RUIZ (MEDICO GENERAL) -REG: 1049634025

NOTA EVOLUCIÓN:

EVOLUCIÓN: PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL DE 30 HORAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL EN HEMIABDOMEN INFERIOR, ASOCIADO A 2 EPISODIOS EMETICOS, EN EL MOMENTO PERSISTE DOLOR
PERSISTE TAQUICARDICA CON FC 102 lpm, FIEBRE 38.5°

PARACLÍCICOS:

Laboratorio: HEMOGRAMA EVIDENCIA AUSENCIAD E ANEMIA
LEUCOCITOSIS DE 13.500, NEUTROS DEL 70%**PROCEDIMIENTO:**902210 - HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA- HEM
FECHA:16/12/2018 17:12:13
PCT: 0.17 %
NEUTROFILOS: 70.9 %
RD- CV: 14.21 %
LINFOCITOS: 21.2 %
MID%: 7.9 %

Valle Sol Clínica
NIT 900.103.377-9

CLINICA VALLE DEL SOL S.A.
CARRERA 14 No 3 18 Barrio Santa Catalina
TELEFONOS (8) 7721252 - 7787153
Sogamoso - Boyacá

HISTORIA CLÍNICA No 24230342

DOCUMENTO CC 24230342 **PACIENTE** NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL **NACIDO** 25/09/1963 **EDAD** 55 Años
DIRECCION CLL 4 SUR 15 A 08 **TELEFONO** 3123608222 **CIUDAD** SOGAMOSO **DEPARTAMENTO** BOYACA

HCM: 30.7 pg
PLAQUETAS: 219 x103 mm3
RBC: 4.16 xmm3
HEMATOCRITO: 38.1 %
CHCM: 33.5 g/dl
VPM: 7.8 FL
LEUCOCITOS: 13.2 xmm3
HEMOGLOBINA: 12.8 g/dl
VCM: 91.7 FL
RDW - SD: 46.4 fl
PDW: 15.7

PLAN:

PLAN: 1. SE INDICA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL POR PROBABLE DIAGNOSTICO DE APENDICITIS, COMO NO SE CUENTA CON ESPECIALIDAD SE INICIA REMISION
2. INICIAR CLINDAMICINA 600 MG CADA 12
3. INICIAR METRONIDAZOL 500 MG CADA 8 HORAS
4. LEV A 100 CC HORA

16/12/2018 20:57:CRISTHIAN DAVID CUBIDES RUIZ (MEDICO GENERAL) -REG: 1049634025

Persona responsable (Unicamente atenciones urgentes):
Nombres y Apellidos:HECTOR FABIAN NOVOA RODRIGUEZ **Dirección residencia:**CALLE 4 SUR #15A-08
Télefono:3123608222
Antecedentes:. HIPERTENSION
HIPERCOLESTEROLEMIA
Solicitud de referencia::
1. Nombre del Procedimiento Solicitado:VALORACION POR CIRUGIA GENERAL
Anamnesis:: PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL DE 30 HORAS DE EVOLUCION ASOCIADO A FIEBRE, Y 2 EPISODIO EMETICOS, DOLOR EN HEMIABDOMEN INFERIOR QUE IMPIDE MOVILIDAD
Examen Fisico:: ABDOMEN CON RIGUIDES MUSCULAR, MC BURNEY POSITIVO, BLOMBER POSITIVO, TAQUICARDIA 108 LPM.
PICOS FEBRILES MANEJADOS CON MEDIDAS FISICAS.
Resultados Exàmenes diagnósticos: HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS DE 13 500 + NEUTROFILIA
Nombre del diagnóstico y Codigo de diagnóstico: APENDICITIS **K359**
Tratamiento / Complicaciones:: LIQUIDOS ENDOVENOSOS
Motivo Referencia::
Motivo:: Servicio no ofertado
Medio de Trasporte::
Tipo::TAB (Trasporte Ambulancia Básica) **Acompañante::**Enfermera **Lista de chequeo:**No

Valle Sol Clínica
NIT 900.103.377-9

CLINICA VALLE DEL SOL S.A.
CARRERA 14 No 3 18 Barrio Santa Catalina
TELEFONOS (8) 7721252 - 7788 53
Sogamoso - Boyacá

HISTORIA CLÍNICA No 24230342

DOCUMENTO CC 24230342 **PACIENTE** NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL **NACIDO** 25/09/1963 **EDAD** 55 Años
DIRECCION CLL 4 SUR 15 A 08 **TELEFONO** 3123608222 **CIUDAD** SOGAMOSO **DEPARTAMENTO** BOYACA

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

REPORTE DE EPICRISIS

89

Ingreso: 2969100 **Fecha de Impresión:** sábado, 22 de diciembre de 2018 12:38 p. m.

Identificación: 24230342 **Nombres:** NARDA CECILIA **Apellidos:** RODRIGUEZ SANDOVAL

DATOS BASICOS

Fecha Ingreso: 17/12/2018 12:09:06 a. m.
Servicio Ingreso: URGENCIAS TUNJA
Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto
Apellidos: RODRIGUEZ SANDOVAL
Nombres: NARDA CECILIA
Dirección: calle 4 sur 15 a 08 - SOGAMOSO - SOGAMOSO
Telefono: 3219059395 - 3123608222
Entidad Responsable: UNION TEMPORAL MEDISALUD
Profesión: EDUCADORES SOCIALES.
Fecha Nacimiento: 25/09/1963 12:00:00 a. m.

Fecha Egreso: 22/12/2018 12:36:21 p. m.
Servicio Egreso: HOSPITALIZACION PREMIUM
Tipo Documento: CC **Numero:** 24230342
Edad: 55 Años 02 Meses 22 Dias (25/09/1963)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA
Estado Civil: SOLTERA
Grupo Etnico:
Seguridad Social: UNION TEMPORAL MEDISALUD

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Codigo CIE10 K37X

Diagnostico APENDICITIS, NO ESPECIFICADA

CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION

22/12/2018 12:37:43 p. m. PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD EN SU 5 DIA DE HOSPITALIZACION EN MANEJO POR EL SERVICO DE CIRUGIA GENERAL EN DIA 4 DE POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA HALLANDO SINDROME ADHERENCIAL SEVERO , ADHERENCIAS DE ASA DELGADAS A PARED ABDOMINAL , INTERASAS ; ADHERENCIA DE ILOEN TERMINAL A PELVIS : EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA POR LAPAROTOMIA. APENDICITIS AGUDA FASE GANGRENOSA , CON ABSCESO QUE SE EXTIENDE HACIA REGION RETROILEAL Y HACIA PELVIS. EPIPLON ADHERIDO EN AREA DE ABSCESO CON NECROSIS Y ABSCESO DE EPIPLON. LIQUIDO LIBRE EN PELVIS Y PARA LO CUAL SE ENCUENTRA EN CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO CON PIPERACILINA TAZOBACTAM HOY DIA 5 AL EXAMEN FISICOS ABDOMEN NO DISTENSION BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR HERIDA SIN SIGNOS DE INFECCION DREN DRENAJE 10cc SEROHEMATICO CLARO PARACLINICOS DE CONTROL PCR: 111.2 MG/DL POSITIVA. HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 12000 N: 60.9 %, L: 35.2 %, HB: 12.1, HT: 36.3 PLAQUETAS: 377.000. LEUCOCITOSIS NO NEUTROFILIA NO ANEMIA, CREATININA: 0.72 MG/DL NORMAL, NITROGENO UREICO: 9.1 MG/DL NORMAL. SODIO: 141.7 MMOL/L NORMAL. POTASIO: 3.07 MMOL/L BAJO. PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION ADECUADA , NO HAY SIRS , TOLERA LA VIA ORAL SE INIDCA RETIRO DE DREN ; SE DECIDE DAR SALIDA CON FORMULA MEDICA RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA CLAROS Y CITA DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 1 SEMANA , SE EXPLICA DE FORMA CLARA A PACIENTE Y FAMILIAR .

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER MEDICINA GENERAL

DATOS DE INGRESO

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: INGRESA REMITIDA ACEPTADA POR EL DR USCATEGUI

Enfermedad Actual: PACIENTE REFIERE CUADRO QUE INICIA AYER DE DOLOR ABDOMINALEN MESOGASTRIO CON IRRADIACION A HIPOGASTRIO ASOCIADO A FIEBRE, INGRESA FEBRIL, TAQUICARDICA, PACIENTE ACEPTADA POR EL DR USCATEGUI. SE SOSPECHA POSIBLE CUADRO DE APENDICITIS DEL SITIO DE REMISION ESTABA EN MANEJO CON CLINDAMICINA+METRONIDAZOL.

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS HTA
FARMACOLOGICOS LOSARTAN 5O MG CADA 12 HORAS
TOXICO-ALERGICOS NO REFIRE
FAMILIARES NO REFEIRE
QX HISTERECTOMIA

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Prof. # 9844-14

90

ANTECEDENTES GENERALES

Medicos: -- No Refiere --
Quirurgicos: -- No Refiere --
transfusionales: -- No Refiere --
Inmunologicos: -- No Refiere --
Alergicos: -- No Refiere --
Traumaticos: -- No Refiere --
Psicologicos: -- No Refiere --
Farmacologicos: -- No Refiere --
Familiares: -- No Refiere --
Toxicos: -- No Refiere --
Otros: -- No Refiere --

ANTECEDENTES ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

Medicos: -- No Refiere --
Quirurgicos: -- No Refiere --
transfusionales: -- No Refiere --
Inmunologicos: -- No Refiere --
Alergicos: -- No Refiere --
Traumaticos: -- No Refiere --
Psicologicos: -- No Refiere --
Farmacologicos: -- No Refiere --
Familiares: -- No Refiere --
Toxicos: -- No Refiere --
Otros: -- No Refiere --

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Edad Gestacional: Semanas
Control Prenatal: **Cantidad:** **Inicio Control Prenatal:** Semanas **HIV:**
IqM Toxoplasma: **Fecha Último Examen:** **Ant. Sup. Hepatitis B:**
IgG Toxoplasma: **Fecha Último Examen:** **VDRL:** **Diluciones:**
Riesgos Obstétricos:
Parcial de Orina:
Cuadro Hemático:
Test Sullivan:
Glucemia Basal:
Otros Obstétricos:

REVISION POR SISTEMAS

SIN OTRO SINTOMA ASOCIADO.

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

TA: 107/65 mmHg **TAM:** 79,00 mmHg **FC:** 101 lpm **FR:** 20 rpm **T:** 38 °C **SO2:** 90% **PESO:** 1 KG **TALLA:** 1 CM
IMC: 10000 Kg/m²

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza: ☑N ☐AN MUCOSA ORAL HUMEDA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS
Ojos: ☑N ☐AN
ORL: ☑N ☐AN

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Prof. # 9844-14

91

Cuello:	☑N ☐AN	
Torax:	☑N ☐AN	RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS
Abdomen:	☑N ☐AN	BLANDO, DEPRESIBLE, DISNTENDIDO Y DOLOROSO A LA PALPACION DIFUSA.
Genitourinario:	☑N ☐AN	
Extremidades:	☑N ☐AN	SIN EDEMAS
Neurologica:	☑N ☐AN	SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO.
Piel:	☑N ☐AN	

Observaciones:

ANALISIS

17/12/2018 12:21:15 a. m. PACIENTE REFIERE CUADRO QUE INICIA AYER DE DOLOR ABDOMINALEN MESOGASTRIO CON IRRADIACION A HIPOGASTRIO ASOCIADO A FIEBRE, INGRESA FEBRIL, TAQUICARDICA, CON SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, PACIENTE ACEPTADA POR EL DR USCATEGUI. SE SOSPECHA POSIBLE CUADRO DE APENDICITIS DEL SITIO DE REMISION ESTABA EN MANEJO CON CLINDAMICINA+METRONIDAZOL. SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACIO SE SS LABS, CONTROL CON REPORTES.

Profesional: YENNY ALEXANDRA PAEZ BAEZ MEDICINA GENERAL

EPICRISIS RESUMIDA

COMPLICACIONES

NINGUNA

PRONOSTICO

SEGUN EVOLCUION DEL PACIENTE

RECOMENDACIONES

OMPEPRAZOL
ACTAMINOFEN
INCAPACIDAD MEDICA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
K37X	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA		☑
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS		☐

ORDENES MEDICAS

SERVICIOS IPS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Servicios Con Interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
• 17/12/2018 12:21:15 a. m.	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	1	☐

Interpretación: NEGATIVO. **Folio Inter:** 2

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	MEMO	OTRO GRAM EN MUESTRA DE ORINA 0. No se observan bacterias Nota: La presencia de una bacteria_campo de inmersion tiene una correlacion de

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Prof. # 9844-14

Mayor100.000 UFC_ml en el urocultivo (en el 85% de los casos)corresponden a una bacteriuria significativa. 92

- 17/12/2018 12:21:15 a. m. CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 1

Interpretación: NORMAL **Folio Inter:** 2

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.76 mg/dl	

- 17/12/2018 12:21:15 a. m. HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO 1

Interpretación: LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, PRESENCIA DE ANEMIA **Folio Inter:** 2

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
NUMERO DE GRANULOCITOS	9.70 x10^3mm^3	
RECUENTO DE LEUCOCITOS	12.5 x10^3mm^3	
NUMERO DE LINFOCITOS	2.60 x10^3mm^3	
NUMEROS DE MONOCITOS	0.20 x10^3mm^3	
PORCENTAJE DE GRANULOCITOS	76.2 %	
PORCENTAJE DE LINFOCITOS	21.5 %	
PORCENTAJE DE MONOCITOS	2.3 %	
RECUENTO DE ERITROCITOS	3.46 10^6/mm^3	
HEMOGLOBINA	10.9 g/dl	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91 fL	
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.5 pg	
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	34.1 g/dl	
DESVIACION ESTANDAR DEL ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS	14.4 fL	
HEMATOCRITO	32.0 %	
RECUENTO DE PLAQUETAS	191 x10^3mm^3	
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	7.4 um^3	
ANCHO DE DISTRIBUCION DE PLAQUETAS	13.8 %	
PLAQUETOCRITO	0.141 %	

- 17/12/2018 12:21:15 a. m. NITROGENO UREICO 1

Interpretación: NORMAL **Folio Inter:** 2

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
NITROGENO UREICO BUN	11.1 mg/dl	

- 17/12/2018 12:21:15 a. m. TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] 1

Interpretación: NORMAL **Folio Inter:** 2

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
TIEMPO DE PROTROMBINA	16.5 seg	
CONTROL NORMAL	13.9 seg	
INR	1.20 seg	

- 17/12/2018 12:21:15 a. m. TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] 1

Interpretación: NORMAL. **Folio Inter:** 2

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT	26.7 seg	
CONTROL NORMAL PTT	30.0 seg	

- 17/12/2018 12:21:15 a. m. UROANALISIS 1

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Prof. # 9844-14

Interpretación: SIN PIURIA SIN BACTERIURIA **Folio Inter:** 2

93

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
COLOR ORINA	AMARILLO	
ASPECTO ORINA	LIGERAMENTE TURB	
GLUCOSA ORINA	neg mg/dl	
BILIRRUBINA ORINA	neg mg/dl	
CUERPOS CETONICOS ORINA	neg mg/dl	
DENSIDAD ORINA	1.020	
SANGRE ORINA	10 RBC/ml	
PH ORINA	7	
PROTEINAS ORINA	10 mg/dl	
UROBILINOGENO ORINA	0 mg/dl	
NITRITOS ORINA	neg	
LEUCOCITOS ORINA	neg WBC/ml	
MICROSCOPICO ORINA	MEMO	CELULAS EPITELIALES 1-3 XC LEUCOCITOS 1-3 XC HEMATIES 1-3 XC BACTERIAS ESCASAS
OLOR ORINA	SG	

- 17/12/2018 12:21:15 a. m. INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL 1 ☐

Interpretación: CIRUGIA GENERAL **Folio Inter:** 4

Paciente con idx :
1.abdomen agudo
2. apendicitis aguda perforada / peritonitis ?

S//desde hace 2 dia s doplor abdominal , distension , vomitom , malestar genral
O//mal estado general , taquicardica , polipneica dht
fc : 102 fr.24
cp : normal
abdomen : con signos claros de irritacion peritoneal (abdomen en tabla) ; blumberg , rovsing , dumphy : positivos
A//al momento de la valoracion en mal estdado general , taquicardica , dht , pilipneica , abdomen con signos claros de irritacion peritoneal ; conisdero cc de apendicitis aguda complicada-peritonitis ; debe ser llevada a cirugia para laparotomia exploratoria ; se inicia antibiotico , analgesia , lev ; se pasa boleta a salas de cirugia ; se explica de forma clara a paciente .

- 21/12/2018 4:33:45 p. m. CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 14 ☐

Interpretación: CREATININA: 0.72 MG/DL NORMAL **Folio Inter:** 15

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.72 mg/dl	

- 21/12/2018 4:33:45 p. m. HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO 14 ☐

Interpretación: HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 12000 N: 60.9 %, L: 35.2 %, HB: 12.1, HT: 36.3 PLAQUETAS: 377.000. LEUCOCITOSIS NO NEUTROFILIA NO ANEMIA **Folio Inter:** 15

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
NUMERO DE GRANULOCITOS	7.40 x10^3mm^3	
RECUENTO DE LEUCOCITOS	12.0 x10^3mm^3	
NUMERO DE LINFOCITOS	4.20 x10^3mm^3	
NUMEROS DE MONOCITOS	0.40 x10^3mm^3	
PORCENTAJE DE GRANULOCITOS	60.9 %	
PORCENTAJE DE LINFOCITOS	35.2 %	
PORCENTAJE DE MONOCITOS	3.9 %	

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Prof. # 9844-14

94

RECUENTO DE ERITROCITOS	3.99 10^6/mm^3
HEMOGLOBINA	12.1 g/dl
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91 fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.2 pg
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	33.2 g/dl
DESVIACION ESTANDAR DEL ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS	13.8 fL
HEMATOCRITO	36.3 %
RECUENTO DE PLAQUETAS	377 x10^3mm^3
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	7.1 um^3
ANCHO DE DISTRIBUCION DE PLAQUETAS	13.1 %
PLAQUETOCRITO	0.269 %

- 21/12/2018 4:33:45 p. m. NITROGENO UREICO — 14 ☐ — Folio Inter: 15

Interpretación: NITROGENO UREICO: 9.1 MG/DL NORMAL

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
NITROGENO UREICO BUN	9.1 mg/dl	

- 21/12/2018 4:33:45 p. m. POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS — 14 ☐ — Folio Inter: 15

Interpretación. POTASIO: 3.07 MMOL/L BAJO

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
POTASIO	3.07 mmol/L	

- 21/12/2018 4:33:45 p. m. PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO — 14 ☐ — Folio Inter: 15

Interpretación: PCR: 111.2 MG/DL POSITIVA

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	111.2 mg/l	

- 21/12/2018 4:33:45 p. m. SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS — 14 ☐ — Folio Inter: 15

Interpretación: SODIO: 141.7 MMOL/L NORMAL

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
SODIO	141.7 mmol/L	

Servicios Sin Interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
17/12/2018 12:21:15 a. m.	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	1	☐
17/12/2018 8:44:43 a. m.	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	3	☐
17/12/2018 11:21:05 a. m.	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	5	☑
18/12/2018 2:53:56 p. m.	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	8	☐
19/12/2018 2:57:36 p. m.	TERAPIA FISICA INTEGRAL	10	☐

MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Medicamento	Manejo Extramural
ACETAMINOFEN 500 mg Tableta	☐
ACETAMINOFEN 500 mg Tableta	☑
AMPICILINA SODICA / SULBACTAM 1 g + 0.5 g Polvo para inyeccion	☐
DICLOFENACO SODICO 75 mg/3 ml Solucion Inyectable	☐
DIPIRONA MAGNESICA 2 g/5 ml Solucion Inyectable	☐
HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR 40mg/0.4ml Solucion Inyectable - CLEXANE (36241-02 - 300107611)	☐

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Prof. # 9844-14

Indigo Crystal.Net - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to CLINICA MEDILASER S.A. Nit. 813001952-0

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

REPORTE INCAPACIDADES

95

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: RODRIGUEZ SANDOVAL
Nombres: NARDA CECILIA
Dirección: calle 4 sur 15 a 08 - SOGAMOSO - SOGAMOSO
Teléfono: 3219059395 - 3123608222
Entidad: UNION TEMPORAL MEDISALUD

Tipo Documento: CC **Numero:** 24230342
Edad: 55 Años 02 Meses 22 Dias (25/09/1963)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Fecha Inicial Incapacidad: 17/12/2018
Fecha Final Incapacidad: 15/01/2019

Tipo Incapacidad: Ambulatorio **NoDias:** 30
Causa Ingreso: Enfermedad general adulto **Es Porroga:** ☐
Diagnostico: APENDICITIS, NO ESPECIFICADA

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional # 3844-14

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

96

REPORTE ORDENES MEDICAS EXTRAMURAL

Ingreso: 2969100 **Fecha Historia:** 22/12/2018 12:37:43 p. m.

Número de Folio: 17 **Ubicación:** CLINICA MEDILASER S.A. TUNJA - HOSPITALIZACION PREMIUM

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: RODRIGUEZ SANDOVAL
Nombres: NARDA CECILIA
Dirección: calle 4 sur 15 a 08 - SOGAMOSO - SOGAMOSO
Teléfono: 3219059395 - 3123608222
Entidad: UNION TEMPORAL MEDISALUD

Tipo Documento: CC **Numero:** 24230342
Edad: 55 Años 02 Meses 27 Dias (25/09/1963)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA

ORDENES MEDICAS

DIETA: BLANDA

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Código	Medicamento	Administración	Cantidad
A02BO002101	OMEPRAZOL 20 mg Capsula	20.00 mg Cada 24 Hora(s) Vía: ORAL	30
C09CL021161	LOSARTAN 50 mg Tableta	50.00 mg Cada 12 Hora(s) Vía: ORAL	60
N02BA001011	ACETAMINOFEN 500 mg Tableta	1000.00 mg Cada 6 Hora(s) Vía: ORAL	40

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Cantidad
890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	1
	Observaciones: EN 10 DIAS DR OCHOA	

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Prof. # 9844-14

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

97

SOLICITUD MEDICAMENTOS EXTRAMURAL

Ingreso: 2969100 **Fecha Historia:** 22/12/2018 12:37:43 p. m.
Número de Folio: 17 **Ubicación:** CLINICA MEDILASER S.A. TUNJA - HOSPITALIZACION PREMIUM
Dirección: CRA 7 11-65 Neiva **Teléfono:** 8724100

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: RODRIGUEZ SANDOVAL
Nombres: NARDA CECILIA
Dirección: calle 4 sur 15 a 08 - SOGAMOSO - SOGAMOSO
Teléfono: 3219059395 - 3123608222
Entidad: UNION TEMPORAL MEDISALUD

Tipo Documento: CC **Numero:** 24230342
Edad: 55 Años 02 Meses 27 Días (25/09/1963)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Medicamento	Administración	Duración	Cantidad
OMEPRAZOL 20 mg Capsula	20.00 mg Cada 24 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	30
LOSARTAN 50 mg Tableta	50.00 mg Cada 12 Hora(s) Vía: ORAL	30 Dias	60
ACETAMINOFEN 500 mg Tableta	1000.00 mg Cada 6 Hora(s) Vía: ORAL	5 Días	40

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
K37X	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA		☑
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS		☐

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Prof. # 9844-14

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

REPORTE INCAPACIDADES

98

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: RODRIGUEZ SANDOVAL
Nombres: NARDA CECILIA
Dirección: calle 4 sur 15 a 08 - SOGAMOSO - SOGAMOSO
Teléfono: 3219059395 - 3123608222
Entidad: UNION TEMPORAL MEDISALUD

Tipo Documento: CC **Numero:** 24230342
Edad: 55 Años 02 Meses 22 Dias (25/09/1963)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Fecha Inicial Incapacidad: 17/12/2018
Fecha Final Incapacidad: 15/01/2019

Tipo Incapacidad: Ambulatorio **NoDias:** 30
Causa Ingreso: Enfermedad general adulto **Es Porroga:** ☐
Diagnostico: APENDICITIS, NO ESPECIFICADA

Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER



Profesional: CIELO IVONNE SUAREZ SOLER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional # 9844-14

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

CITA MEDICA

99

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: RODRIGUEZ SANDOVAL
Nombres: NARDA CECILIA
Edad: 55 Años 04 Meses 03 Días (25/09/1963)

No. HC:
Tipo Documento: CC **Numero:** 24230342
Sexo: FEMENINO

DATOS DE LA CITA

Fecha de la Cita: 28 de enero del 2019 --[redacted]
Consultorio: SALA ELECTROCARDIOGRAMA
Actividad: T - CIRUGIA GENERAL
Diagnóstico:

Clase de Cita: POS OPERATORIO
Profesional: OSCAR ALBERTO OCHOA OCHOA
Especialidad: CIRUGIA GENERAL

OBSERVACIONES

HORA 8:00 AM, FACTGURAR EN SOTANO 1

Clinica Medilaser Tunja

Recuerde: El día de la cita debe traer: •Original y copia de la autorización con fecha vigente •Copia de la orden medica •Recibo de pago de la cuota moderadora •Exámenes realizados anteriormente•Historia clínica

NIT: 891855039-9

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

ORDEN DE INCAPACIDAD

100
HOSPITALIZACIC

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación:1575900798

Paciente:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	Dirección:	calle 4 sur n 15 a 09
Documento:	CC 24230342	Telefono:	3123608622
Sexo/Edad:	FEMENINO / 55 A 3 M 20 D	Fecha:	14/01/2019 08:51
Empresa:	MEDISALUD UT - URGENCIAS	Admisión No.	167701

Diagnostico: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Tipo de Incapacidad: INCAPACIDAD MEDICA

Fecha Inicio: 10/01/2019 Fecha Fin: 29/01/2019 Dias Incapacidad: 20

Observaciones:
PACIENTE CON PATOLOGIA GENERAL, SE DA INCAPACIDAD POR 20 DIAS DESDE EL INGRESO

Profesional:

WALTER ENRIQUE RINCON GUEVARA
Tarjeta profesional : 13457
MEDICO ESPECIALISTA

Firma

Impreso por : WERG - WALTER ENRIQUE RI

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

NIT: 891855039-9

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

Sistemas CitiSalud
09/02/2019 9:08.06

101

ORDEN DE INCAPACIDAD

HOSPITALIZACION

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional Código Habilitación:157590079801

Paciente:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	Dirección:	calle 4 sur n 15 a 08
Documento:	CC 24230342	Telefono:	3123608622
Sexo/Edad:	FEMENINO / 55 A 4 M 15 D	Fecha:	09/02/2019 09:02
Empresa:	MEDISALUD UT - URGENCIAS	Admisión No.	168543

Diagnostico: Y619 OBJETO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN EL CUERPO DURANTE ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA, NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: LABORAL

Fecha Inicio: 03/02/2019 Fecha Fin: 04/03/2019 **Dias Incapacidad:** 30

Observaciones:
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE FECHA DE INGRESO

Profesional:

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANES(
Registro Medico : 01152
MEDICO ESPECIALISTA

Firma

Impreso por : JZRM - ROBERTO M JEANNER

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

NIT: 891855039-9

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

Sistemas CitiSalud
01/03/2019 9:44.53

102

ORDEN DE INCAPACIDAD

CONSULTA EXTERNA

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional — Código Habilitación:157590079801

Paciente:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	**Dirección:**	calle 4 sur n 15 a 08
Documento:	CC 24230342	**Telefono:**	3123608622
Sexo/Edad:	FEMENINO / 55 A 5 M 4 D	**Fecha:**	01/03/2019 09:38
Empresa:	MEDISALUD UT - HOSPITALIZADO	**Cita No.**	684168

Diagnostico: Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Tipo de Incapacidad: LABORAL

Fecha Inicio: 01/03/2019 **Fecha Fin:** 16/03/2019 **Dias Incapacidad:** 16

Observaciones:

Profesional:

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANES(
Registro Medico : 01152
MEDICO ESPECIALISTA

Firma

Impreso por : JZRM - ROBERTO M JEANNER

MultiImagenes Médicas S.A.S

FECHA : 10 de Enero del 2019
NOMBRE : **NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL**
EDAD : 55 AÑOS
DOCUMENTO : 24230342
ESTUDIO : **ULTRASONIDO DE ABDOMEN TOTAL**
ENTIDAD : PARTICULAR

DATOS CLINICOS: No disponibles.

Con transductor convex multifrecuencia de 3.5 MHZ, se realizó ultrasonido de abdomen total encontrándose lo siguiente:

Hígado homogéneo de tamaño normal, cuyo lóbulo derecho mide 170 mm., (normal) que no rebasa el reborde costal.
Vesícula de paredes de 2.4 mm., no engrosadas, sin litiasis.
Hepatocolédoco de 4.3 mm., libre, sin demostrarse litiasis en su interior.
No dilatación de vías biliares intra ni extrahepática.
Páncreas y bazo de aspecto normal.
Riñones de forma, tamaño y posición normal, con buena diferenciación cortico-medular, sin ectasia ni litiasis.
Vejiga, llena, con paredes de 4.3 mm, de aspecto normal.
Aorta abdominal de calibre normal, con buen flujo vascular al Doppler color.
Cambios inflamatorios a nivel el meso, en flanco y fosa iliaca derecha asociados a liquido libre laminar, de ligera cuantía interasas que sugiero caracterizar mediante tomografía contrastada con doble contraste.

OPINIÓN:
VER DESCRIPCIÓN.
SUGIERO TOMOGRAFÍA CONTRASTADA CON DOBLE CONTRASTE.
SE REMITE PACIENTE A SERVICIO DE URGENCIAS.

Atentamente,

JAHIR JOSUE JIMENEZ DIAZ
Medico Radiólogo
RM 1820/2008
PM

Recuerde llevar el resultado de este estudio a su médico tratante.

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT: 891855039-9
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

EPICRISIS

ır Atención:E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación: 157590079801

104

IENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
ITIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	168543
VICIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	03/02/2019 10:37					FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01

AGNOSTICOS DE EGRESO:

Principal:	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Principal:	Y619	OBJETO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN EL CUERPO DURANTE ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA NO ESPECIFICADA

TADO GENERAL A LA SALIDA:

ENO

AN DE MANEJO:

ÁLISIS:
CIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, POP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS TRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). HOY DÍA DE ANTIBIÓTICO 5, PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO, CULTIVO MUESTRA E COLI BLEE Y S. EPIDERMIDIS CON ALTO ADO DE RESISTENCIA, PERO DADO EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA CON TERAPIA ANTIBIÓTICA INSTAURADA HASTA EL MOMENTO, Y FUENTE INFECCIOSA YA EXTRAÍDA DEL ERPO DE LA PACIENTE, SE DA EGRESO CON ANTIBIOTICOTERAPIA VÍA ORAL. RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. CITA CONTROL AMBULATORIA EN 8 DÍAS NCAPACIDAD LABORAL. SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

AN:
RESO
PROFLOXACINO 500 MG VO CADA 12 HORAS POR 10 DÍAS
TRONIDAZOL 500 MG VO CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS
ETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS POR 15 DIAS
NTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 8 DÍAS
IRACIONES DIARIAS
CAPACIDAD LABORAL POR 30 DÍAS A PARTIR DE FECHA DE INGRESO
COMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

DICO QUE ELABORA:

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANESCO
Registro Medico : 01152
MEDICO ESPECIALISTA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

NIT: 891855038-6

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

Sistemas CitiSalud

09/02/2019 11:22:16

EPICRISIS

Atención:E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitac[illegible]57590079801

105

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
TIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	168543
CIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
A INGRESO:	03/02/2019 10:37					FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01
ACION CAMA:	231 A 234						

IVO SOLICITUD DEL SERVICIO:

LOR ABDOMINAL

DO GENERAL AL INGRESO:

ENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
OS VITALES:
5 LPM FR: 20 RPM TA: 120/82 MMHG SAO2:92 % AL AMBIENTE
ZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI RGITACIÓN.
X: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, OS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
MEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTE, DISMINUIDOS. CICATRIZ MEDIANA AUMBILICAL SIN SIGNOS DE INFECCIÓN. BLANDO, DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE ABDOMEN DER Y MESOGASTRIO DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA DERECHA. SIN SG DE IRRITACIÓN TONEAL
EMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
OLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

CLINICOS
ABDOMINAL TOTAL (11/01/2019): Es un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección bdominal de 92 mm en la interlínea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en el interior a imagen hiperdensa asociada interna. El hígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarrenales no ntan alteraciones. Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales. No hay aire ni liquido libre en la ad abdominal.
ómago y las asas intestinales son de aspecto usual. No identificó lesiones focales ó

ERMEDAD ACTUAL:

IENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRÚRGICO DENTRO DE CAVIDAD IESTIVO DE GOSSYPIBOMA POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018).

TECEDENTES PERSONALES:

OSPITALARIOS	PATOLÓGICOS: HIPERTENSIÓN ARTERIAL FARMACOLÓGICOS: LOSARTAN 50 MG X2 QUIRÚRGICOS: LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 17/12/18 TÓXICOS: NIEGA ALÉRGICOS : NIEGA HOSPITALARIOS: POR CIRUGÍA TRAUMÁTICOS :NIEGA FAMILIARES: NIEGA
LERGICOS	NINGUNO

gnos Vitales

SO: 0 Kg TALLA: 0 cm

xamen Fisico

STADO GENERAL	PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIGNOS VITALES: FC: 85 LPM FR: 20 RPM TA: 120/82 MMHG SAO2:92 % AL AMBIENTE CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN. TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. ABDOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTE, DISMINUIDOS. CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL SIN SIGNOS DE INFECCIÓN. BLANDO, DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HEMIABDOMEN DER Y MESOGASTRIO DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA DERECHA. SIN SG DE IRRITACIÓN PERITONEAL EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS. NEUROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE. PARACLINICOS TAC ABDOMINAL TOTAL (11/01/2019): Es un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección intraabdominal de 92 mm en la interlínea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en el interior de una imagen hiperdensa asociada interna. El hígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarrenales no presentan alteraciones. Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales. No hay aire ni liquido libre en la cavidad abdominal. El estómago y las asas intestinales son de aspecto usual. No identifico lesiones focales ó

DIAGNOSTICOS DE INGRESO:

Principal	R103	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN

CONDUCTA:

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT: 891855039-9
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

EPICRISIS

Sistemas CitiSalud
09/02/2019 11:32:17

Atención:E.S.E. Hosp Regional — Código Habilitación: 106

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
TIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	168543
CIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	03/02/2019 10:37					FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01

ALISIS:
IENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRÚRGICO DENTRO DE CAVIDAD
GESTIVO DE GOSSYPIBOMA POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). CON QUE EVIDENCIA PRESENCIA DE FISTULA CUTANEA QUE
MUNICA LA CAVIDAD ABDOMINAL DE LA FOSA ILIACA DERECHA HACIA LA PIEL SIN PRESENCIA DE COLECCIONES, POSIBLE GOSSYPIBOMA. POR LO ANTERIOR SE HOSPITALIZA PACIENTE
A LAPAROTOMIA EXPLORATORIA. SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RESIÓN DIAGNÓSTICA:
OR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRÚRGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA
P TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
ERTENSIÓN ARTERIAL POR HC
SPITALIZAR POR CIRUGÍA GENERAL
)

VOLUCION

/02/2019 19:41	Especialidad:	CIRUGIA	Tipo:	EVOLUCION MEDICO TRATANTE	

)RA INICIO: 17+40
)RA FIN: 18+40
AGNÓSTICO PREOPERATORIO: DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRÚRGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA
AGNÓSTICO POSTOPERATORIO: IDEM
OCEDIMIENTO: LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA
RUJANO: DR JEANNERET
UDANTE: BOLAÑOS (INTERNO)
IESTESIÓLOGO: DRA. HERNANDEZ
IESTESIA: GENERAL
STRUMENTADORA: SANDY
)MPLICACIONES: NO DETECTADAS
ECUENTO: COMPLETO

LLAZGOS
)HERENCIAS DE ASA A PARED PÉLVICA DERECHA. SE LIBERAN ADHERENCIAS, Y SE EVIDENCIA ABSCESO Y OBJETO EXTRAÑO (COMPRESA), SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, FÉTIDO, DE
)DERADA CANTIDAD.

ROCEDIMIENTO:
JO ANESTESIA GENERAL, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS. SE REALIZA INCISIÓN MEDIANA INFRAUMBILICAL Y
JPRAUMBILICAL POR PLANOS HACIA CAVIDAD ENCONTRANDO ADHERENCIAS DE ASA A PARED PÉLVICA DERECHA. SE LIBERAN ADHERENCIAS, Y SE EVIDENCIA ABSCESO Y OBJETO
XTRAÑO (COMPRESA), SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, FÉTIDO, DE MODERADA CANTIDAD. SE RETIRA Y SE HACE LAVADO CON 1500 CC DE SOLUCIÓN SALINA. SE COLOCA HEMOVAC Y
E FIJA A PIEL. SE HACE REVISIÓN DE HEMOSTASIA. SE CIERRA FASCIA CON VYCRIL 1.0. SE DEJA HERIDA ABIERTA. SE CUBRE CON GASA CON SOLUCIÓN SALINA, APÓSITO Y FIXOMULL.
ECUENTOS COMPLETOS
NGRADO ESCASO.
ONTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL
/O
AÑANA DIETA BLANDA
ACTATO DE RINGER A 100 CC/H
AMPICILINA SUBACTAM 3 GR IV CADA 8 HORAS (FI: 03/02/2019)
IPIRONA 2 GR IV CADA 6 HORAS
IPIRONA 75 MG IV CADA 12 HORAS
ETOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
ANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
SV- AC

3/02/2019 23:24	Especialidad:	CIRUGIA	Tipo:	EVOLUCION MEDICO TRATANTE	

ORRECCIÓN. SE FORMULA DICLOFENACO 75 MNG IV CADA 12 HR
ORRECCIÓN. SE FORMULA DICLOFENACO 75 MNG IV CADA 12 HR

4/02/2019 10:00	Especialidad:	CIRUGIA	Tipo:	EVOLUCION MEDICO TRATANTE	

VOLUCIÓN PISO CIRUGÍA GENERAL 04/01/2019

ACIENTE DE 55 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE:
OSSYPIBOMA
OP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019
OP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
IPERTENSIÓN ARTERIAL POR HC

UBJETIVO:
ACIENTE REFIERE DOLOR MODERADO QUE SEDE CON LA ANALGESIA, NO HA INICIADO VÍA ORAL. REFIERE DESDE LA MADRUGADA ESCALOFRÍOS, NO PICOS FEBRILES.

BJETIVO:
ACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
IGNOS VITALES:
C: 88 LPM FR: 20 RPM SAO2:92 % AL AMBIENTE
ABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN.
ÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: HERIDA CUBIERTA CON APOSITO, HEMOVAC FIJADO A PARED ABDOMINAL. DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
NEUROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

ANÁLISIS:
PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADA EL DÍA DE AYER POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). ES LLEVADA A EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, ENCONTRANDO COMPRESA Y ABSCESO, CON MODERADA SALIDA DE MATERIAL PURULENTO FÉTIDO, SE DEJA HERIDA ABIERTA. EN MANEJO ANTIBIÓTICO HOY DÍA 1. EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, CON ADECUADA MODULACIÓN DEL DOLOR, PRESENCIA DE ESCALOFRÍOS POR LO QUE SE INICIA CURVA TERMINA ESTRICTA. PENDIENTE REPORTE DE PATOLOGÍA, GRAM Y CULTIVO. SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL
DIETA BLANDA
LACTATO DE RINGER A 100 CC/H

EPICRISIS

r Atención:E.S.E. Hosp Regional — Codigo Habilitación: 1507900079801

107

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL						No. HISTORIA:	24230342	
TIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO:	Femenino	ADMISION No.:	168543	
RIGEN DE INGRESO:		Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización	
HA INGRESO:	03/02/2019 10:37						FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01	

PICILINA SULBACTAM 3 GR IV CADA 6 HORAS (FI: 03/02/2019) ***SUSPENDER***
IRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS ***CAMBIO***
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
NTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
INDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
TOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
NITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
RVA TÉRMICA ESTRICTA****
V- AC
AN:
NTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL
ETA BLANDA
CTATO DE RINGER A 100 CC/H
PICILINA SULBACTAM 3 GR IV CADA 6 HORAS (FI: 03/02/2019) ***SUSPENDER***
IRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS ***CAMBIO***
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
NTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
INDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
TOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
NITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
SARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS
IRVA TÉRMICA ESTRICTA****
V- AC

04/02/2019 09:12	Especialidad:	CIRUGIA	Tipo:	EVOLUCION MEDICO TRATANTE

OLUCIÓN PISO CIRUGÍA GENERAL 05/01/2019

CIENTE DE 55 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE:
OSSYPIBOMA
OP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019
OP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
ERTENSIÓN ARTERIAL POR HC

BJETIVO:
CIENTE REFIERE DOLOR MODERADO QUE SEDE CON LA ANALGESIA. EL DÍA DE AYER PRESENTÓ UN PICO FEBRIL.

BJETIVO:
CIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES:
: 87 LPM FR: 20 RPM SAO2:91 % AL AMBIENTE, DRENAJE HEMOVAC 0 CC, SONDA VESICAL 2600 CC
ABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN.
ORAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
BDOMEN: HERIDA CUBIERTA CON APOSITO, HEMOVAC FIJADO A PARED ABDOMINAL. DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
XTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
EUROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

ARACLÍNICOS:
RAM: Procedencia de la Muestra COMPRESA SECRECIÒN PERITONEAL Reaccion Leucocitaria Aumentada Cocos Gram Positivos +

NÁLISIS:
CIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, POP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS
XTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). EN MANEJO ANTIBIÓTICO HOY DÍA 2. EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, GRAM QUE EVIDENCIA REACCIÓN LEUCOCITARIA
UMENTADA, COCOS GRAM POSITIVOS +, PENDIENTE REPORTE DE PATOLOGÍA Y CULTIVO. SE RETIRA SONDA VESICAL. SE INICIA DIETA BLANDA. MAÑANA SE EVALÚA RETIRO DE HEMOVAC.
E EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

LAN:
ONTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL
IETA BLANDA ***NUEVA***
ACTATO DE RINGER A 100 CC/H
IPIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS
CETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
ENTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
CLINDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
METOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
RETIRAR SONDA VESICAL****
CURVA TÉRMICA ESTRICTA
CSV- AC

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL
DIETA BLANDA ***NUEVA***
LACTATO DE RINGER A 100 CC/H
DIPIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS
ACETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
GENTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
CLINDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
METOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
RETIRAR SONDA VESICAL****
CURVA TÉRMICA ESTRICTA
CSV- AC

05/02/2019 09:53	Especialidad:	CIRUGIA	Tipo:	EVOLUCION MEDICO TRATANTE

EVOLUCIÓN PISO CIRUGÍA GENERAL 06/01/2019

PACIENTE DE 55 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE:
GOSSYPIBOMA
POP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019

EPICRISIS

Atención:E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación: 150690079601

108

:NTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
'IFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	168543
ICIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
A INGRESO:	03/02/2019 10:37					FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01

P TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
ERTENSIÓN ARTERIAL POR HC

BJETIVO:
:IENTE REFIERE BUENA TOLERANCIA AL DOLOR CON ANALGESIA INSTAURADA, REFIERE PASAR BUENA NOCHE, NO HAY SIGNOS DE INFECCIÓN , TOLERANDO VÍA ORAL, MICCIONES Y POSICIONES DE CARACTERÍSTICAS USUALES

JETIVO:
:IENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
NOS VITALES:
102 LPM FR: 16 RPM SAO2:96 % AL AMBIENTE, DRENAJE HEMOVAC 3 CC,
BEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN.
RAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
DOMEN: HERIDA CUBIERTA CON APÓSITO, HEMOVAC FIJADO A PARED ABDOMINAL. DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
TREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
UROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

RACLÍNICOS:
AM: Procedencia de la Muestra COMPRESA SECRECIÓN PERITONEAL Reaccion Leucocitaria Aumentada Cocos Gram Positivos +

ÁLISIS:
:IENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, POP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS TRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). HOY DÍA DE ANTIBIÓTICO 2, PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO, SE CONTINÚA IGUAL MANEJO INTRAHOSPITALARIO, SE INDICA AMBULACIÓN, PENDIENTE CULTIVO, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

AN:
NTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL
TA BLANDA
CTATO DE RINGER A 100 CC/H
IRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
NTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
NDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
TOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
SARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
NITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
RVA TÉRMICA ESTRICTA
V- AC
ÁLISIS:
:IENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, POP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS TRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). HOY DÍA DE ANTIBIÓTICO 2, PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO, SE CONTINÚA IGUAL MANEJO INTRAHOSPITALARIO, SE INDICA AMBULACIÓN, PENDIENTE CULTIVO, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

AN:
NTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL
ETA BLANDA
CTATO DE RINGER A 100 CC/H
PIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
NTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
INDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
TOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
SARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
NITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
JRVA TÉRMICA ESTRICTA
SV- AC

/02/2019 09:32	Especialidad:	CIRUGIA	Tipo:	EVOLUCION MEDICO TRATANTE	

/OLUCIÓN PISO CIRUGÍA GENERAL 07/01/2019

ACIENTE DE 55 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE:
OSSYPIBOMA
OP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019
OP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
IPERTENSIÓN ARTERIAL POR HC

JBJETIVO:
ACIENTE REFIERE BUEN MANEJO DEL DOLOR, PASÓ BUENA NOCHE, NO HAY SIGNOS DE INFECCIÓN , NO HAY SIGNO DE IRRITACIÓN PERITONEAL, TOLERANDO VÍA ORAL, MICCIONES Y EPOSICIONES DE CARACTERÍSTICAS USUALES

BJETIVO:
ACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
IGNOS VITALES:
C: 96 LPM FR: 18 RPM SAO2: 98 % AL AMBIENTE, DRENAJE HEMOVAC 1 CC,
ABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN.
ÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
BDOMEN: HERIDA CUBIERTA CON APÓSITO, HEMOVAC FIJADO A PARED ABDOMINAL. DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
XTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
EUROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

NÁLISIS:
ACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, POP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS XTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). HOY DÍA DE ANTIBIÓTICO 3, PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO,SE INDICA RETIRO DE HEMOVAC Y REEVALUAR EVOLUCIÓN LÍNICA, CONTINÚA PENDIENTE CULTIVO PARA LA REVALORACION, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

'LAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL
DIETA BLANDA
CATÉTER SELLADO

ir Atención:E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitac[illegible]109[illegible]7590079801

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL						No. HISTORIA:	24230342
TIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO:	Femenino	ADMISION No.:	168543
VICIO DE INGRESO:		Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	03/02/2019 10:37						FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01

PIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS **** SUSPENDER****
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
ENTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
INDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
ETOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS ***** SUSPENDER****
SARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
NITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS **** SUSPENDER**+
MEPRAZOL 20 MG VO CADA 12 H
RAPIA FÍSICA
RAPIA RESPIRATORIA E INCENTIVO RESPIRATORIO
TIRO DE HEMOVAC
V- AC
ÁLISIS:
CIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, POP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS
TRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). HOY DÍA DE ANTIBIÓTICO 3, PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO,SE INDICA RETIRO DE HEMOVAC Y REEVALUAR EVOLUCIÓN CLÍNICA.
ONTINÚA PENDIENTE CULTIVO PARA LA REVALORACION, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

AN:
ONTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÌA GENERAL
ETA BLANDA
TÉTER SELLADO
PIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS **** SUSPENDER****
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
NTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
INDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
ETOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS ***** SUSPENDER****
SARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
NITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS **** SUSPENDER**+
MEPRAZOL 20 MG VO CADA 12 H
RAPIA FÍSICA
RAPIA RESPIRATORIA E INCENTIVO RESPIRATORIO
TIRO DE HEMOVAC
V- AC

02/2019 10:28	Especialidad:	CIRUGIA	Tipo:	EVOLUCION MEDICO TRATANTE	

VOLUCIÓN PISO CIRUGÍA GENERAL 08/02/2019

CIENTE DE 55 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE:
OSSYPIBOMA
OP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019
OP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
PERTENSIÓN ARTERIAL POR HC

JBJETIVO
CIENTE REFIERE BUEN MANEJO DEL DOLOR, TOLERANDO VÍA ORAL, MICCIONES Y DEPOSICIONES DE CARACTERÍSTICAS USUALES. NO HA PRESENTADO FIEBRE NI EMESIS

BJETIVO:
CIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES: FC: 96 LPM FR: 18 RPM SAO2: 98 % AL AMBIENTE
ABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN.
ÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
BDOMEN: HERIDA CUBIERTA CON APÓSITO, DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. SIGNOS INFLAMATORIOS LEVES DADOS POR
RITEMA PERILESIONAL, NO PRESENTA HIPERTERMIA, NO PUS, NO SANGRADO
XTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
EUROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

NÁLISIS:
ACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, POP LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS
XTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). HOY DÍA DE ANTIBIÓTICO 4, PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO, CONTINÚA PENDIENTE CULTIVO PARA LA REVALORACIÓN, SE
XPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
ONTINUAR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL
IETA BLANDA
ATÉTER SELLADO
CETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
ENTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
LINDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
OSARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
MEPRAZOL 20 MG VO CADA 12 H
ERAPIA FÍSICA
ERAPIA RESPIRATORIA E INCENTIVO RESPIRATORIO
ENDIENTE CULTIVO
SV- AC

INTERCONSULTAS

Especialidad:

Solicitud:

Motivo Solicitud:

Respuesta:

Diagnóstico(s) Interconsulta:

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT: 3918660039-9
CALLE 8 No. 11A -48 Tel: 7 70 2301

EPICRISIS

Atención:E S.E. Hosp Regional — Código Habilitación: 1100179801 **110**

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
TIFICACION:	CC	24230342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	168543
IDIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
A INGRESO:	03/02/2019 10:37					FECHA EGRESO:	08/02/2019 08:01

ACION CAMA: Z31 A Z34

VO SOLICITUD DEL SERVICIO:

DOR ABDOMINAL

DO GENERAL AL INGRESO:

ENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. HIDRATADO. AFEBRIL. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
OS VITALES:
FC: 85 LPM FR: 20 RPM TA: 120/82 MMHG SAO2 97 % AL AMBIENTE
EZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI
RGITACION.
X: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS.
OS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
MEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTE, DISMINUIDOS. CICATRIZ MEDIANA
UMBILICAL SIN SIGNOS DE INFECCION. BLANDO. DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE
ABDOMEN DER Y MESOGASTRIO DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA DERECHA, SIN SD DE IRRITACION
TONEAL.
EMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
OLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15. SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

CLINICOS
ABDOMINAL TOTAL (11/01/2019): Es un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una
ión intraabdominal de 92 mm en la intestinea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire
interior de una imagen hiperdensa asociada interna. El hígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas
renales no presentan alteraciones. Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales. No hay aire
libre en la cavidad abdominal.
Estómago y las asas intestinales son de aspecto usual. No identificó lesiones focales)

ERMEDAD ACTUAL:

ENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD
ESTIVO DE GOSSYPIBOMA POR TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018).

ECEDENTES PERSONALES:

OSPITALARIOS	PATOLOGICOS: HIPERTERCION ARTERIAL FARMACOLOGICOS: LOSARTAN 50 MG /Z QUIRURGICOS: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 17/12/18 TOXICOS: NIEGA ALERGICOS : NIEGA HOSPITALARIOS: POR CIRUGIA TRAUMATICOS: NIEGA
ERGICOS	FAMILIARES: NIEGA NINGUNO

nos Vitales

O: 0 Kg TALLA: 0 cm

imen Físico

TADO GENERAL

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. HIDRATADO. AFEBRIL. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
SIGNOS VITALES:
FC: 85 LPM FR: 20 RPM TA: 120/82 MMHG SAO2 97 % AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI REGITACION.
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTE, DISMINUIDOS. CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL SIN SIGNOS DE INFECCION. BLANDO. DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HEMABDOMEN DER Y MESOGASTRIO DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA DERECHA, SIN SD DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
NEUROLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15. SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

PARACLINICOS
TAC ABDOMINAL TOTAL (11/01/2019): Es un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección intraabdominal de 92 mm en la intestinea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en el interior de una imagen hiperdensa asociada interna. El hígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarenales no presentan alteraciones. Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales. No hay aire libre en la cavidad abdominal.
El estómago y las asas intestinales son de aspecto usual. No identificó lesiones focales)

NOSTICOS DE INGRESO:

Impresión: R103 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN

UCTA:

ISIS:
ENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD
ESTIVO DE GOSSYPIBOMA POR TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). CON QUE EVIDENCIA PRESENCIA DE FISTULA CUTANEA
COMUNICA LA CAVIDAD ABDOMINAL DE LA FOSA ILIACA DERECHA HACIA LA PIEL SIN PRESENCIA DE COLECCIONES. POSIBLE GOSSYPIBOMA. POR LO ANTERIOR SE HOSPITALIZA
ENTE PARA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA. SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

ESION DIAGNOSTICA:
R ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA.
TAC ABDOMINAL TOTAL (11/01/2019): Es un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección intraabdominal de 92 mm en la intestinea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en el interior de una imagen hiperdensa asociada interna. El hígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarenales no presentan alteraciones. Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales. No hay aire libre en la cavidad abdominal.
El estómago y las asas intestinales son de aspecto usual. No identificó lesiones focales)
RAPENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
TENSION ARTERIAL POR HC



HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT. 891856099-9
CALLE 9 No. 11A-43 Tel. 7 70 2201

Sistemas CliSalud
19/02/2019 16:06:37
Page 3 of 6

EPICRISIS

Ir Atención:E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación: 15[illegible]79801

112

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24730342
TIFICACION:	CC	24730342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	168543
VICIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	03/02/2019 10:37					FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01

ESPITALIZAR POR CIRUGIA GENERAL
)
VOLUCION

02/2019 12:41 Especialidad: CIRUGIA Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

RA INICIO: 17+40
RA FIN: 18+40
AGNOSTICO PREOPERATORIO: DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA
AGNOSTICO POSTOPERATORIO: IDEM
OCEDIMIENTO: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
RUJANO: DR JEANNERET
AYUDANTE: SOLANO (INTERNO)
ESTESIOLOGO: DRA. HERNANDEZ
ESTESIA: GENERAL
TRUMENTADORA: SANDY
MPLICACIONES: NO DETECTADAS
UENTO: COMPLETO

LLAZGOS:
ERENCIAS DE ASAA PARED PELVICA DERECHA. SE LIBERAN ADHERENCIAS. Y SE EVIDENCIAABSCESO Y OBJETO EXTRANO (COMPRESA). SALIDA DE MATERIAL PURULENTO FETIDO. MODERADA CANTIDAD.

OCEDIMIENTO:
A ANESTESIA GENERAL. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA. COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS. SE REALIZA INCISION MEDIANA INFRAUMBILICAL Y PRAUMBILICAL POR PLANOS HACIA CAVIDAD ENCONTRANDO ADHERENCIAS DE ASAA PARED PELVICA DERECHA. SE LIBERAN ADHERENCIAS. Y SE EVIDENCIA ABSCESO Y OBJETO TRANO (COMPRESA). SALIDA DE MATERIAL PURULENTO. FETIDO. DE MODERADA CANTIDAD. SE RETIRA Y SE HACE LAVADO CON 1500 CC DE SOLUCION SALINA. SE COLOCA HEMOVAC E FIJA A PIEL. SE HACE REVISION DE HEMOSTASIA. SE CIERRA FASCIA CON VYCRIL 1.0. SE DEJA HERIDA ABIERTA. SE CUBRE CON GASA CON SOLUCION SALINA. APOSITO Y OMULL.
UENTOS COMPLETOS
NTINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
)
ANA DIETA BLANDA
TATO DE RINGER A 100 CC/H
PICILINA SUBACTAM 3 GR IV CADA 6 HORAS (FI: 03/02/2019)
IRONA 2 GR IV CADA 6 HORAS
IRONA 75 MG IV CADA 12 HORAS
TOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
ITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
/ AC

02/2019 23:24 Especialidad: CIRUGIA Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

RRECCION. SE FORMULA DICLOFENACO 75 MNG IV CADA 12 HR

RRECCION. SE FORMULA DICLOFENACO 75 MNG IV CADA 12 HR

02/2019 10:00 Especialidad: CIRUGIA Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

VOLUCION POS QUIRURGICA GENERAL PACIENTE

IENTE DE 55 ANOS CON DIAGNOSTICOS DE:
OSYPIBOMA
LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 04/02/2019
TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
ERTENSION ARTERIAL POR MC

JETIVO:
IENTE REFIERE DOLOR MODERADO QUE CEDE CON LA ANALGESIA. NO HA INICIADO VIA ORAL. REFIERE DESDE LA MADRUGADA ESCALOFRIOS. NO PICOS FEBRILES.

ETIVO:
IENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. HIDRATADO. AFEBRIL. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
98 LPM FR: 20 RPM SAO2:92 % AL AMBIENTE
EZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION.
AX: SIMETRICO. NORMOEXPANSIBLE. SIN TIRAJES. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
OMEN: HERIDA CUBIERTA CON APOSITO. HEMOVAC FIJADO A PARED ABDOMINAL. DOLOR LEVE A LA PALPACION. NO MASAS. NO MEGALIAS. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
REMOADES: MOVILES. SIMETRICAS. EUTROFICAS. LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
ROLOGICO: ATENTA. ALERTA. GLASGOW 15/15. SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

LISIS:
IENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD HOSPITALIZADA EL DIA DE AYER POR GOSSYPIBOMa POR POP TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS
RAINSTITUCIONAL (17/12/2018). ES LLEVADA A EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO. ENCONTRANDO COMPRESA Y ABSCESO. CON MODERADA SALIDA DE MATERIAL PURULENTO DO. SE DEJA HERIDA ABIERTA. EN MANEJO ANTIBIOTICO HOY DIA 1. EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE. CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR. ENCIA DE ESCALOFRIOS POR LO QUE SE INICIA CURVA TERMICA ESTRICTA. PENDIENTE REPORTE DE PATOLOGIA. DRAIN Y CULTIVO. DE EXPLICO A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

:
TINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
A BLANDA
TATO DE RINGER A 100 CC/H
OXINA SULBACTAM 3 GR IV CADA 6 HORAS (FI: 03/02/2019) ***SUSPENDER***
IRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS *** CAMBIO***
DAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
TAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
DAMICINA 500 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
OCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
TIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
A TERMICA ESTRICTA***
AC

EPICRISIS

ir Atención:E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación: 157690079801

113

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL				No. HISTORIA:	24230342	
TIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO:	Femenino	ADMISION No.:	168543
VICIO DE INGRESO:		Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	03/02/2019 10:37						FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01

AN:
NTINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
ETA BLANDA
CTATO DE RINGER A 100 CC/H
MPICILINA SULBACTAM 3 GR IV CADA 6 HORAS (FI: 03/02/2019) ***SUSPENDER***
PIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS ***CAMBIO***
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
NTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
INDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
ETOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
NITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
SARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS
RUA TERMICA ESTRICTA
V- AC

/02/2019 09:22 Especialidad: CIRUGIA Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

OLUCION PISO CIRUGIA GENERAL 05/01/2019

CIENTE DE 55 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:
OSSYPIBOMA
OP LAPAROTOMA EXPLORATORIA 04/02/2019
OP TARDIO LAPAROTOMA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
PERTENSION ARTERIAL POR HC

BJETIVO:
CIENTE REFIERE DOLOR MODERADO QUE SEDE CON LA ANALGESIA, EL DIA DE AYER PRESENTO UN PICO FERRIL.

JETIVO:
CIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES:
87 LPM FR: 20 RPM SAO2:91 % AL AMBIENTE. DRENAJE HEMOVAC 0 CC. SONDA VESICAL 2500 CC
BEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION.
RAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
DOMEN: HERIDA CUBIERTA CON APOSITO, HEMOVAC FIJADO A PARED ABDOMINAL, DOLOR LEVE A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
TREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
UROLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

RACLINICOS:
AM: Procedencia de la Muestra COMPRESA SECRECION PERITONEAL Reaccion Leucocitaria Aumentada Cocos Gram Positivos +

ALISIS:
CIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS
TRAINSTITUCIONAL (17/12/2018), EN MANEJO ANTIBIOTICO HOY DIA 7, EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, GRAM QUE EVIDENCIA REACCION LEUCOCITARIA
MENTADA, COCOS GRAM POSITIVOS +, PENDIENTE REPORTE DE PATOLOGIA Y CULTIVO, SE RETIRA SONDA VESICAL, SE INICIA DIETA BLANDA, MAÑANA SE EVALUA RETIRO DE
MOVAC, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

AN:
NTINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
ETA BLANDA***NUEVA***
CTATO DE RINGER A 100 CC/H
PIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
NTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
INDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
ETOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
NITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
TIRAR SONDA VESICAL***
RUA TERMICA ESTRICTA
V- AC

AN:
NTINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
ETA BLANDA***NUEVA***
CTATO DE RINGER A 100 CC/H
PIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
NTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
INDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
ETOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
NITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
TIRAR SONDA VESICAL***
RUA TERMICA ESTRICTA
V- AC

/02/2019 09:53 Especialidad: CIRUGIA Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

OLUCION PISO CIRUGIA GENERAL 06/02/2019

CIENTE DE 55 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:
OSSYPIBOMA
OP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 04/02/2019
OP TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
PERTENSION ARTERIAL POR HC

BJETIVO:
CIENTE REFIERE BUENA TOLERANCIA AL DOLOR CON ANALGESIA INSTAURADA, REFIERE PASAR BUENA NOCHE, NO HAY SIGNOS DE INFECCION, TOLERANDO VIA ORAL, MICCIONES Y
POSICIONES DE CARACTERISTICAS USUALES

JETIVO:
CIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES:
102 LPM FR: 16 RPM SAO2:96 % AL AMBIENTE. DRENAJE HEMOVAC 3 CC.
BEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION.
RAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
DOMEN: HERIDA CUBIERTA CON APOSITO, HEMOVAC FIJADO A PARED ABDOMINAL, DOLOR LEVE A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
TREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
UROLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

RACLINICOS:
AM: Procedencia de la Muestra COMPRESA SECRECION PERITONEAL Reaccion Leucocitaria Aumentada Cocos Gram Positivos +

ALISIS:
CIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS
TRAINSTITUCIONAL (17/12/2018), HOY DIA DE ANTIBIOTICO 2, PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO, SE CONTINUA IGUAL MANEJO INTRAHOSPITALARIO, SE INDICA
AMBULACION, PENDIENTE CULTIVO, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

EPICRISIS

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación: 1676900079

PACIENTE: NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL

No. HISTORIA: 24230342 **114**

IDENTIFICACION: CC. 24230342 EDAD: 55 A 4 M 9 D SEXO: Femenino

ADMISION No.: 168243

SERVICIO DE INGRESO: Urgencias

SERVICIO EGRESO: Hospitalización

FECHA INGRESO: 03/02/2019 10:37

FECHA EGRESO: 09/02/2019 09:01

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
DIETA BLANDA
LACTATO DE RINGER A 100 CC/H
DIPIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS
ACETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
GENTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
CLINDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
METOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
LOSARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
CURVA TERMICA ESTRICTA
OSV. AC
ANALISIS:
PACIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD, POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). HOY DIA DE ANTIBIOTICO 2. PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO. SE CONTINUA IGUAL MANEJO INTRAHOSPITALARIO. SE INDIC DEAMBULACION. PENDIENTE CULTIVO. SE EXPLICAA LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
DIETA BLANDA
LACTATO DE RINGER A 100 CC/H
DIPIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS
ACETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
GENTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
CLINDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
METOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
LOSARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
CURVA TERMICA ESTRICTA
OSV. AC

07/02/2019 09:52 Especialidad: CIRUGIA Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

EVOLUCION PISO CIRUGIA GENERAL 07/01/2019

PACIENTE DE 55 ANOS CON DIAGNOSTICOS DE:
GOSSYPIBOMA
POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 04/02/2019
POP TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
HIPERTENSION ARTERIAL POR HC

SUBJETIVO:
PACIENTE REFIERE BUEN MANEJO DEL DOLOR, PASO BUENA NOCHE, NO HAY SIGNOS DE INFECCION, NO HAY SIGNO DE IRRITACION PERITONEAL, TOLERANDO VIA ORAL, MICCIONES DEPOSICIONES DE CARACTERISTICAS USUALES

OBJETIVO:
PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
SIGNOS VITALES:
FC: 96 LPM FR: 18 RPM SAO2: 98 % AL AMBIENTE, DRENAJE HEMOVAC 1 CC
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION.
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: HERIDA CUBIERTA CON APOSITO, HEMOVAC FIJADO A PARED ABDOMINAL, DOLOR LEVE A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
NEUROLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

ANALISIS:
PACIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD, POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). HOY DIA DE ANTIBIOTICO 3. PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO. SE INDICA RETIRO DE HEMOVAC Y REEVALUAR EVOLUCION CLINICA. CONTINUA PENDIENTE CULTIVO PARA LA REVALORACION. SE EXPLICAA LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
DIETA BLANDA
CATETER SELLADO
DIPIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS **** SUSPENDER****
ACETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
GENTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
CLINDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
METOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS ***** SUSPENDER****
LOSARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS **** SUSPENDER**+
OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 12 H
TERAPIA FISICA
TERAPIA RESPIRATORIA E INCENTIVO RESPIRATORIO
RETIRO DE HEMOVAC
OSV. AC
ANALISIS:
PACIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD, POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSSYPIBOMA POR POP TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018). HOY DIA DE ANTIBIOTICO 3. PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO. SE INDICA RETIRO DE HEMOVAC Y REEVALUAR EVOLUCION CLINICA. CONTINUA PENDIENTE CULTIVO PARA LA REVALORACION. SE EXPLICAA LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
DIETA BLANDA
CATETER SELLADO
DIPIRONA 3 GR IV CADA 6 HORAS **** SUSPENDER****
ACETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
GENTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
CLINDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
METOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS ***** SUSPENDER****
LOSARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS **** SUSPENDER**+
OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 12 H
TERAPIA FISICA
TERAPIA RESPIRATORIA E INCENTIVO RESPIRATORIO
RETIRO DE HEMOVAC
OSV. AC

08/02/2019 10:28 Especialidad: CIRUGIA Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

EVOLUCION PISO CIRUGIA GENERAL 08/02/2019

PACIENTE DE 55 ANOS CON DIAGNOSTICOS DE:
GOSSYPIBOMA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT: 891866039-9
CALLE 8 No. 11A-40 Tel. 7 70 2201

Sistema CliSalud
19/02/2019 16:06:17
Page 5 of 5

EPICRISIS

Sr Atención:E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación: 157600079801

115

IENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
NTIFICACION:	CC	24230342	EDAD:	55 A 4 M 9 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	168543
VICIO DE INGRESO:		Urgencias				SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	03/02/2019 10:37					FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01

OP LAPAROTOMA EXPLORATORIA 04/02/2019
OP TARDIO LAPAROTOMA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
PERTENSION ARTERIAL POR HC

UBJETIVO
CIENTE REFIERE BUEN MANEJO DEL DOLOR TOLERANDO VIA ORAL, MICCIONES Y DEPOSICIONES DE CARACTERISTICAS HABITALES, NO HA PRESENTADO FIEBRE NI EMETIS

UBJETIVO:
CIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES: FC: 96 LPM FR: 18 RPM SAO2: 92 % AL AMBIENTE
ABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION
RAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: HERIDA QUIRURGICA CON CURACION LIMPIA SECA A LA EXPLORACION, NO HERNIAS, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIGNOS INFLAMATORIOS LEVES DADOS
OR ERITEMA PERILESIONAL, NO PRESENTA HIPERTERMIA, NO PUS, NO SANGRADO
TREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS
EUROLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

NALISIS:
CIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD, POP LAPAROTOMA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSS(FIBOMA POR POP TARDIO LAPAROTOMA EXPLORATORIA POR APENDICITIS
TRAINSTITUCIONAL (17/12/2018), HOY DIA DE ANTIBIOTICO 4, PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO, CONTINUA PENDIENTE CULTIVO PARA LA REVALORACION, SE
XPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
ONTINUAR HOSPITALIZACION POR CIRUGIA GENERAL
ETA BLANDA
LTETER SELLADO
ETAMINOFEN 1 GR CADA 6 HORAS
ENTAMICINA 240 MG CADA 24 HORAS IV (FI: 04/02/2019)
INDAMONA 600 MG CADAS HORAS IV (FI: 04/02/2019)
ISARTAN 50 MG CADA 24 HORAS
MEPRAZOL 20 MG VO CADA 12 H
ERAPIA FISICA
ERAPIA RESPIRATORIA E INCENTIVO RESPIRATORIO
ENDIENTE CULTIVO
IV- AC

NTERCONSULTAS

Especialidad:

Solicitud:

Motivo Solicitud:

Respuesta:

Diagnóstico(s) Interconsulta:

AGNOSTICOS DE EGRESO:

Principal:	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Principal:	Y619	OBJETO EXTRANO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN EL CUERPO DURANTE ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA NO ESPECIFICADA

TADO GENERAL A LA SALIDA:

ENO

AN DE MANEJO:

ALISIS:
CIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD, POP LAPAROTOMA EXPLORATORIA 04/02/2019 POR GOSS(FIBOMA POR POP TARDIO LAPAROTOMA EXPLORATORIA POR APENDICITIS
TRAINSTITUCIONAL (17/12/2018), HOY DIA DE ANTIBIOTICO 5, PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO, CULTIVO MUESTRA E COLI BLEE Y S. EPIDERMIDIS CON
TO GRADO DE RESISTENCIA, PERO DADO EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA CON TERAPIA ANTIBIOTICA INSTAURADA HASTA EL MOMENTO, Y FUENTE INFECCIOSA YA EXTRAIDA
L CUERPO DE LA PACIENTE, SE DA EGRESO CON ANTIBIOTICOTERAPIA VIA ORAL, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR, CITA CONTROL AMBULATORIA
9 DIAS E INCAPACIDAD LABORAL, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

AN:
REGO
IPROFLOXACINO 500 MG VO CADA 12 HORAS POR 10 DIAS
TRONIDAZOL 500 MG VO CADAS HORAS POR 10 DIAS
ETAMINOFEN 1 GR VO CADAS HORAS POR 15 DIAS
NTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 9 DIAS
RACIONES DIARIAS
APACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE FECHA DE INGRESO
OMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

82

EPICRISIS

r Atención: E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación: 1676800079801

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
TIPO ACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 4M 9 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	168643
VICIO DE INGRESO:		Urgencias				SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	03/02/2019 10:37					FECHA EGRESO:	09/02/2019 09:01

116

VICO QUE ELABORA:

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANESCO
Registro Medico : 21152
MEDICO ESPECIALISTA

INFORME QUIRURGICO

Paciente: CC. 24230842 - NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL **Sexo:** F **Fecha Nacimiento:** 26/08/1963 **Edad:** 55 A 4 M
Grupo Sanguineo: O+ **Estado Civil:** Soltero(a) **Grupo Etnico:** NO APLICA **Religion:** OTRA
Escolaridad: **Tipo Discapacidad:** Sin especificar
Ocupación: TRABAJADORES NO CALIFICADOS **Telefono:** 3123508622 **Dirección:** calle 4 sur n 15 a 06
Empresa: MEDISALUD UT **Contrato:** HOSPITALIZADO
Tipo Usuario: Otro **Via Ingreso:** Hospitalizacion **Admision:** 168543 **Orden Servicio:** 8

Diagnóstico Preoperatorio 1: Y619 OBJETO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN EL CUERPO DURANTE ATENCION MEDICA Y QU
Descripción Preoperatorio 1: Y619 OBJETO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN EL CUERPO DURANTE ATENCION MEDICA Y QU
Descripción Preoperatorio 2: K630 ABSCESO DEL INTESTINO
Descripción del Diagnóstico:

REGISTRO DE HONORARIOS MEDICOS

Sala: Sala01 **Programacion Electiva:** Urgencia **Clase de Herida:** Contaminada

INTERVENCIÓN PRACTICADA

Fecha Inicio: 03/02/2019 **Hora de Inicio:** 5:40 pm **Fecha Fin:** 03/02/2019 **Hora Fin:** 5:40 pm
Herida: Contaminada **Tipo de Anestesia:** General **Dirigido A:** Hospitalización **CEC:** NO

Procedimiento: 7121 - LAPAROTOMIA EXPLORADORA
UVR: 8 Via: Bilateral: Cruento: X Incruento: **Cantidad:** 1
Cirujano 1: 278 - ROBERT MICHEL JEANNERET ZANESCO Cirujano 2:
Anestesiologo: 254 - DIANA MATILDE HERNANDEZ SANDOVAL
Instrumentador: SANDY DAHIANA ANGARITA CHIQUILLO

HALLAZGOS:

ADHERENCIAS DE ASA A PARED PÉLVICA DERECHA, SE LIBERAN ADHERENCIAS, Y SE EVIDENCIA ABSCESO Y OBJETO EXTRAÑO (COMPRESA) SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, FÉTIDO, DE MODERADA CANTIDAD.

DESCRIPCIÓN:

BAJO ANESTESIA GENERAL, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS, SE REALIZA INCISIÓN MEDIANA INFRAUMBILICAL Y SUPRAUMBILICAL POR PLANOS HASTA CAVIDAD ENCONTRANDO ADHERENCIAS DE ASA A PARED PÉLVICA DERECHA, SE LIBERAN ADHERENCIAS, Y SE EVIDENCIA ABSCESO Y OBJETO EXTRAÑO (COMPRESA), SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, FÉTIDO, DE MODERADA CANTIDAD. SE RETIRA Y SE HACE LAVADO CON 1500 CC DE SOLUCIÓN SALINA. SE COLOCA HEMOVAC SE FIJA A PIEL. SE HACE REVISIÓN DE HEMOSTASIA, SE CIERRA FASCIA CON VYCRIL 1.0, SE DEJA HERIDA ABIERTA, SE CUBRE CON GASA C SOLUCIÓN SALINA, ADOSITO Y FIXOMULL.
RECUENTOS COMPLETOS
SANGRADO ESCASO.

INSUMOS NO POS:

NO

HEMODERIVADOS:

NO

TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMIA PATOLOGICA:

COMPRESA

COMPLICACIONES:

NO

EQUIPO UTILIZADO:

EQUIPO LAPAROTOMIA

MATERIAL UTILIZADO:

EQUIPO LAPAROTOMIA

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANESCO - MEDICO ESPECIALISTA
Reg. Medico: 01152

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9
INGRESO MUJER_URO - URGENCIAS

Pagina : 1
Historia No : 24230342
CitiSalud
Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional
Fecha Impresión: 13/02/2019 15:02:11

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL Triage : III URGENCIA
Sexo : F Fecha Nacimiento : 25/08/1955 00:00 Edad : 66 A 4M 9D Lugar Nacimiento : COLOMBIA - BOYACA - TUNJA
Grupo Sanguíneo : O + Estado Civil : Soltero(a)
Lugar Residencia : BOYACA SOGAMOSO Barrio : CENTRO
Dirección : calle 4 sur n 15 a 08 Telefonos : 3123909822
Grupo Etnico : NO APLICA Religión : OTRA Escolaridad :
Tipo de Discapacidad : Sin especificar Ocupación : TRABAJADORES NO CALIFICADOS
Empresa/Contrato : MEDISALUD UT / URGENCIAS
Admisión No : 399382 Tipo Usuario : Otro Tipo Afiliado : Estrato : SUBSIDIADO
Fecha Ingreso: 08 febrero 2019 10:27 Fecha Atención: 08 febrero 2019 11:00

DATOS ACUDIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Acompañante

Identificación:	CC 1021944748	Nombres:	HECTOR NOVOA
Parentesco:	Hijo(a)	Dirección:	CALLE 4 SUR N 15 A 08 SOGAMOSO BOYACA
Telefono:	3123909822	Correo Electrónico:	

MOTIVO CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo Consulta: DOLOR ABDOMINAL

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 66 AÑOS QUIEN REFIERE DIA 45 DE POP DE LAPARATOMIA POR APENDICITIS , ASISTE POR DOLOR EN SITIO QX SECRESION SERODA , NO FIEBRE , NO EMESIS , TRAE REPORTE DE ECO ABDOMINAL CON PRESENCIA DE FISTULA CUTANEA SIN PRESENCIA DE COLECCIONES , POSIBLE GOSSYPIBOMA EN CAVIDAD ABDOMINAL

ANTECEDENTES PERSONALES:

HOSPITALARIOS:	NIEGA
QUIRURGICOS:	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS
PATOLOGICOS:	HIPERTENSION ARTERIAL
FARMACOLOGICOS:	LOSARTAN 50 X1
TRAUMATICOS:	NIEGA
FAMILIARES:	NIEGA
ALERGICOS:	NIEGA

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

FORMULA OBSTETRICA: G6P4A2

TIPO DE SANGRE Hemoclasificación: "O" RH : Positivo

SIGNOS VITALES

TA: 115/66 mmHg	GLAS: 15 puntos	FC: 94 x min	PESO: 0 Kg	TALLA: 152 cm
FR: 18 x min	TEMP: 36.2 °C	SAT: 95 %		

EXAMEN FISICO:

ESTADO GENERAL: PACIENTE ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES EUTERMICA NO SDR , NO SRIS
INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS TRANQUILA PINRAL , MOV OCULARES CONSERVADOS , NO HAY NISTAGMUS OROFARINGE NORMAL NO HAY EXUDADO NO ESCURRIMIENTO NO PLACAS
C/C NO ADENOPATIAS , NO IY , NO MASAS
C/P ADECUADO PATRON RESPIRATORIO , NO RETRACCIONES MORMULLO VESICULAR CONSERVADO NO RONCUS NO SIBILANCIAS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS , NO EXTRASISTOLES ABD BLANDO DEPRESIBLE DOLOR A LA PALPACION EN FID NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
NO SE APRECIA ERITEMA NI SECRESION EN HERIDA QX PERISTALTISMO PRESENTE , NO MEGALIAS, BLOMBERT Y ROUSVING

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9
INGRESO MUJER_URG - URGENCIAS

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL Triage : III URGENCIA
Fecha Ingreso: 08 febrero 2019 10:37 Fecha Atencion: 08 febrero 2019 11:00

NEGATIVO
EXTRE NO EDEMAS , PERFUSION CONSERVADA , NO LIMITACION FUNCIONAL
NEURO CONCIENTE ALERTA ,ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS
NO HAY SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA ,PARES CRANELAES CONSERVADOS
GLASGOW 15/15, NO FOCALIZACION ,NO LATERALIZACION

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : R103 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN

Tipo Diagnostico : IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta : NO APLICA

FORMULACION DE MEDICAMENTOS

Formula No. 1
Medicamento : 00027 LACTATO DE RINGER 500 ML
Cantidad : 1 Via de Uso: INTRAVENOSA Tiempo : 2 Dia(s) Dosis : 1000 Frecuencia: Dosis Unica

Medicamento : 7707235126940 DIPIRONA MAGNÉSICA 2 G/5 ML AMP
Cantidad : 1 Via de Uso: INTRAVENOSA Tiempo : 2 Dia(s) Dosis : 1 Frecuencia: Dosis Unica

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO URGENCIAS:

PACIENTE CON POP DIA 45 DE LAPARATOIA EXPLORTORIA APENDICECTOMIA CON ECOGRAFIA RE REPORTA POSBIBLE GOSSYBIPOMA
REFIERE DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA SIN SIGNOS DE IRRITACION , SE INDICA ANALGESIA , VALORACION POR SERVICIO DE CX

Conducta: OBSERVACION URGENCIAS
NADA VIA ORAL
RINGER 120 CC HORA
DIPIRONA 2 GR EV AHORA
VAL PR CX GENERAL
CSV AC

PROFESIONAL

JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA
Registro Medico : 2500
MEDICO GENERAL

Sistemas CitiSalud
13/02/2019 15:09:21

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

NIT: 891855039-9

120

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional — Código Habilitación: 157590079801

24230342		1
IDENTIFICACION DEL PACIENTE		INTERCONSULTA
RODRIGUEZ	SANDOVAL	NARDA CECILIA
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

SEXO: Femenino EDAD: 55 A 4 M 9 CAMA: SECCION

INCULACION: MEDISALUD UT URGENCIAS

DIAGNOSTICO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA: R103 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL

MOTIVO SOLICITUD INTERCONSULTA:

PACIENTE CON POP DIA 45 DE LAPARATOIA EXPLORTORIA APENDICECTOMIA CON ECOGRAFIA RE REPORTA POSIBLE GOSSYBIPOMA REFIERE DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA SIN SIGNOS DE IRRITACION , SE INDICA ANALGESIA , VALORACION POR SERVICIO DE CX

DIAGNOSTICO DE RESPUESTA DE INTERCONSULTA: R103 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL

RESPUESTA DE LA INTERCONSULTA

EVOLUCION NO. 1

FECHA DE RESPUESTA
03-02-2019

JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA
Registro Medico : 2500
MEDICO GENERAL
MEDICO SOLICITANTE

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANESCO
Registro Medico : 01152
MEDICO ESPECIALISTA
ESPECIALISTA QUE RESPONDE

ESPECIALIDAD
CIRUGIA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9

HISTORIA CLINICA - CIRUGIA

121

Pagina : 1 | Historia No : 24230342 | CitiSalud

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional | Fecha Impresión: 22/02/2019 08:43:46

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
Sexo : F **Fecha Nacimiento : 25/09/1963 00:00** **Edad : 55 A 4 M 28 D** **Lugar Nacimiento :** COLOMBIA - BOYACA - TUNJA
Grupo Sanguineo : O + **Estado Civil : SOLTERO(A)**
Lugar Residencia : BOYACA SOGAMOSO **Barrio : CENTRO**
Dirección : calle 4 sur n 15 a 08 **Telefonos : 3123608622**
Grupo Etnico : NO APLICA **Religión : OTRA** **Escolaridad :**
Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR **Ocupación : TRABAJADORES NO CALIFICADOS**
Empresa/Contrato : MEDISALUD UT / HOSPITALIZADO
Cita No : 679204 **Tipo Usuario : Otro** **Tipo Afiliado :** **Estrato : SUB 100%**
Fecha Cita: 22 febrero 2019 08:04 **Fecha Atencion: 22 febrero 2019 08:16** **Fecha Salida: 22 febrero 2019 08:22**

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo Consulta: PACIENTE EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y RETIRO DE MATERIA QUIRURGICO

Enfermedad Actual: PACIENTE EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y RETIRO DE MATERIA QUIRURGICO, CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE GOGGYPIBOMA POSTERIOR A APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL

ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLOGICOS: HTA
QUIRURGICOS: POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y EXTRCCIÓN DE MATERIAL
APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL
HOSPITALARIOS: POR PATOLOGIA QUIRURGICA

EXAMEN FISICO:

CONDICIONES GENERALES: BUEN ESTADO GENERAL, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. HERIDA LIMPIA. AFRONTADA CON ESPARADRAPO. CON ESCASA SECRECIÓN SEROSA, SE RETIRA APÓSITO.

TIPO DE SANGRE **Hemoclasificación:** "O" RH : Positivo

SIGNOS VITALES

TA: 130/52 mmHg	FIO2: 98 %	FC: 79 x min	PESO: 59 Kg	TALLA: 152 cm
IMC: 25.54 Kg/m2	SUP: 1.58 m2	TAM: 78 mmHg		

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Observación Diag. Ppal: POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
Tipo Diagnostico : CONFIRMADO REPETIDO
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Num 1 39143-1 CONSULTA CONTROL DE MEDICINA ESPECIALIZADA Cant : 1
Observaciones : CITA CONTROL CIRUGIA GENERAL EN 8 DIAS

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:

PACIENTE EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y RETIRO DE MATERIA QUIRURGICO, CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE GOGGYPIBOMA POSTERIOR A APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL EN EL MOMENTO, PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN, HERIDA QUIRÚRGICA EN ADECUADAS CONDICIONES. SE DA CITA DE CONTROL EN 8 DIAS.

Observaciones Familiares: SE DAN RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Continúa en Pag. 2

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9

HISTORIA CLINICA - CIRUGIA

122

Pagina : 1 Historia No : 24230342 CitiSalud

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional Fecha Impresión: 22/02/2019 08:43:46

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
Sexo : F **Fecha Nacimiento : 25/09/1963 00:00** **Edad : 55 A 4 M 28 D** **Lugar Nacimiento :** COLOMBIA - BOYACA - TUNJA
Grupo Sanguineo : O + **Estado Civil : SOLTERO(A)**
Lugar Residencia : BOYACA SOGAMOSO **Barrio : CENTRO**
Dirección : calle 4 sur n 15 a 08 **Telefonos : 3123608622**
Grupo Etnico : NO APLICA **Religión : OTRA** **Escolaridad :**
Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR **Ocupación : TRABAJADORES NO CALIFICADOS**
Empresa/Contrato : MEDISALUD UT / HOSPITALIZADO
Cita No : 679204 **Tipo Usuario : Otro** **Tipo Afiliado :** **Estrato : SUB 100%**
Fecha Cita: 22 febrero 2019 08:04 **Fecha Atencion: 22 febrero 2019 08:16** **Fecha Salida: 22 febrero 2019 08:22**

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo Consulta: PACIENTE EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y RETIRO DE MATERIA QUIRURGICO

Enfermedad Actual: PACIENTE EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y RETIRO DE MATERIA QUIRURGICO, CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE GOGGYPIBOMA POSTERIOR A APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL

ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLOGICOS: HTA
QUIRURGICOS: POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y EXTRCCIÓN DE MATERIAL
APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL
HOSPITALARIOS: POR PATOLOGIA QUIRURGICA

EXAMEN FISICO:

CONDICIONES GENERALES: BUEN ESTADO GENERAL, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, HERIDA LIMPIA, AFRONTADA CON ESPARADRAPO, CON ESCASA SECRECIÓN SEROSA, SE RETIRA APÓSITO.

TIPO DE SANGRE **Hemoclasificación:** "O" RH : Positivo

SIGNOS VITALES

TA: 130/52 mmHg	FIO2: 98 %	FC: 79 x min	PESO: 59 Kg	TALLA: 152 cm
IMC: 25.54 Kg/m2	SUP: 1.58 m2	TAM: 78 mmHg		

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Observación Diag. Ppal: POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
Tipo Diagnostico : CONFIRMADO REPETIDO
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Num 1 39143-1 CONSULTA CONTROL DE MEDICINA ESPECIALIZADA Cant : 1
Observaciones : CITA CONTROL CIRUGIA GENERAL EN 8 DIAS

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:

PACIENTE EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y RETIRO DE MATERIA QUIRURGICO, CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE GOGGYPIBOMA POSTERIOR A APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL EN EL MOMENTO, PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN, HERIDA QUIRÚRGICA EN ADECUADAS CONDICIONES. SE DA CITA DE CONTROL EN 8 DIAS.

Observaciones Familiares: SE DAN RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Continúa en Pag. 2

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9

HISTORIA CLINICA - CIRUGIA

123

Pagina : 1 Historia No : 24230342 CitiSalud

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional Fecha Impresión: 22/02/2019 08:43:46

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
Sexo : F **Fecha Nacimiento : 25/09/1963 00:00** **Edad : 55 A 4 M 28 D** **Lugar Nacimiento :** COLOMBIA - BOYACA - TUNJA
Grupo Sanguineo : O + **Estado Civil : SOLTERO(A)**
Lugar Residencia : BOYACA SOGAMOSO **Barrio : CENTRO**
Dirección : calle 4 sur n 15 a 08 **Telefonos : 3123608622**
Grupo Etnico : NO APLICA **Religión : OTRA** **Escolaridad :**
Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR **Ocupación : TRABAJADORES NO CALIFICADOS**
Empresa/Contrato : MEDISALUD UT / HOSPITALIZADO
Cita No : 679204 **Tipo Usuario : Otro** **Tipo Afiliado :** **Estrato : SUB 10**
Fecha Cita: 22 febrero 2019 08:04 **Fecha Atencion: 22 febrero 2019 08:16** **Fecha Salida: 22 febrero 2019 08:22**

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo Consulta: PACIENTE EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y RETIRO DE MATERIA QUIRURGICO

Enfermedad Actual: PACIENTE EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y RETIRO DE MATERIA QUIRURGICO, CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE GOGGYPIBOMA POSTERIOR A APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL

ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLOGICOS: HTA
QUIRURGICOS: POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y EXTRCCIÓN DE MATERIAL
APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL
HOSPITALARIOS: POR PATOLOGIA QUIRURGICA

EXAMEN FISICO:

CONDICIONES GENERALES: BUEN ESTADO GENERAL, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, HERIDA LIMPIA, AFRONTADA CON ESPARADRAPO, CON ESCASA SECRECIÓN SEROSA, SE RETIRA APÓSITO.

TIPO DE SANGRE **Hemoclasificación:** "O" RH : Positivo

SIGNOS VITALES

TA: 130/52 mmHg	FIO2: 98 %	FC: 79 x min	PESO: 59 Kg	TALLA: 152 cm
IMC: 25.54 Kg/m2	SUP: 1.58 m2	TAM: 78 mmHg		

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Observación Diag. Ppal: POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
Tipo Diagnostico : CONFIRMADO REPETIDO
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Num 1 39143-1 CONSULTA CONTROL DE MEDICINA ESPECIALIZADA Cant : 1
Observaciones : CITA CONTROL CIRUGIA GENERAL EN 8 DIAS

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:

PACIENTE EN POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA Y RETIRO DE MATERIA QUIRURGICO, CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE GOGGYPIBOMA POSTERIOR A APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL EN EL MOMENTO, PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN, HERIDA QUIRÚRGICA EN ADECUADAS CONDICIONES. SE DA CITA DE CONTROL EN 8 DIAS.

Observaciones Familiares: SE DAN RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Continúa en Pag. 2

90

Sistemas CitiSa
01/03/2019 9:44.53

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

NIT: 891855039-9

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

ORDEN DE INCAPACIDAD

124

CONSULTA EXTERI

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación:157590079

Paciente:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	**Dirección:**	calle 4 sur n 15 a 08
Documento:	CC 24230342	**Telefono:**	3123608622
Sexo/Edad:	FEMENINO / 55 A 5 M 4 D	**Fecha:**	01/03/2019 09:38
Empresa:	MEDISALUD UT - HOSPITALIZADO	**Cita No.**	684168

Diagnostico: Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Tipo de Incapacidad: LABORAL

Fecha Inicio: 01/03/2019 **Fecha Fin:** 16/03/2019 **Dias Incapacidad:** 16

Observaciones:

Profesional:

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANES(
Registro Medico : 01152
MEDICO ESPECIALISTA

Firma

Impreso por : JZRM - ROBERTO M JEANN

Sistemas CitiSalud 01/03/2019 9:44.53

91

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

NIT: 891855039-9

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

ORDEN DE INCAPACIDAD

125

CONSULTA EXTERNA

Código Habilitación:157590079801

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional

Paciente:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	**Dirección:**	calle 4 sur n 15 a 08
Documento:	CC 24230342	**Telefono:**	3123608622
Sexo/Edad:	FEMENINO / 55 A 5 M 4 D	**Fecha:**	01/03/2019 09:38
Empresa:	MEDISALUD UT - HOSPITALIZADO	**Cita No.**	684168

Diagnostico: Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Tipo de Incapacidad: LABORAL

Fecha Inicio: 01/03/2019 **Fecha Fin:** 16/03/2019 **Dias Incapacidad:** 16

Observaciones:

Profesional:

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANES(

Registro Medico : 01152

MEDICO ESPECIALISTA

Firma

Impreso por : JZRM - ROBERTO M JEANNE

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9

HISTORIA CLINICA - CIRUGIA (No Definitiva)

Pagina : 1 Historia No : 24230342 Cmisalud

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional Fecha Impresión: 01/03/2019 09:42:54

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
Sexo : F **Fecha Nacimiento : 25/09/1963 00:00** **Edad : 55 A 5 M 4 D** **Lugar Nacimiento :** COLOMBIA - BOYACA - TUNJA
Grupo Sanguineo : O + **Estado Civil : SOLTERO(A)**
Lugar Residencia : BOYACA SOGAMOSO Barrio : CENTRO
Dirección : calle 4 sur n 15 a 08 **Telefonos : 3123608622**
Grupo Etnico : NO APLICA **Religión : OTRA** **Escolaridad :**
Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR **Ocupación : TRABAJADORES NO CALIFICADOS**
Empresa/Contrato : MEDISALUD UT / CON AUTORIZACION
Cita No : 684168 **Tipo Usuario : Otro** **Tipo Afiliado :** **Estrato : SUB 100%**
Fecha Cita: 01 marzo 2019 11:32 **Fecha Atencion: 01 marzo 2019 09:38** **Fecha Salida: 01 marzo 2019 09:43**

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo Consulta: CONTROL DE POP

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 55 AÑOS EN POP DE LAPAROTOMIA Y EXTIRPACION DE GOSIPOMA . MANIFIESTA LEVE DOLOR A NIVEL DE LA ZONA QUIRURGICA. NIEGA OTROS SINTOMAS.

EXAMEN FISICO:

CONDICIONES GENERALES: ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, HRIDA PARCIALMENTE DESHICENTE A NIVEL DEL OMBLIGO, NO SIGNOS LOCALES DE INFECCION

TIPO DE SANGRE **Hemoclasificación:** "O" RH : Positivo

SIGNOS VITALES

PESO: 65 Kg TALLA: 156 cm IMC: 26.71 Kg/m2 SUP: 1.68 m2

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Tipo Diagnostico : IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:

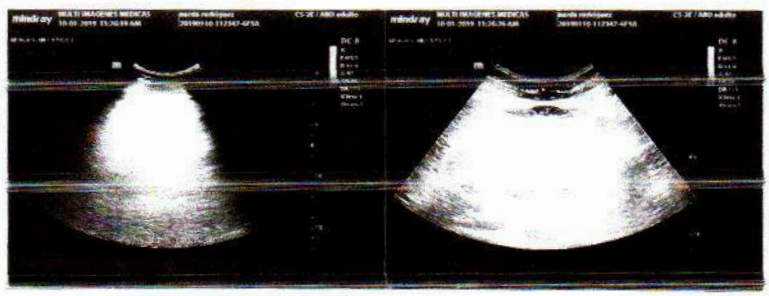
SE DA DE ALTA POR CIRUGIA

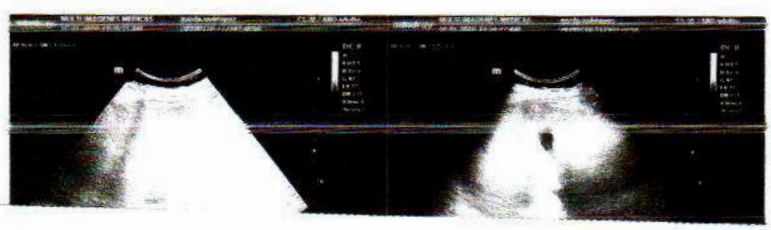
PROFESIONAL

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANESCO
Registro Medico : 01152
MEDICO ESPECIALISTA

IMPRESO POR : JZRM ROBERTO M JEANNERET Z







Multi Imagenes Medicas S.A.S

FECHA : 31 de Enero del 2019
NOMBRE : **NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL**
EDAD : 55 AÑOS
DOCUMENTO : 24230342
ESTUDIO : **ULTRASNIDO DE ABDOMEN TOTAL**
ENTIDAD : MEDISALUD

DATOS CLINICOS: Infección post traumática de herida. Control.

Con transductor convex multifrecuencia de 3.5 MHZ, se realizó ultrasonido de abdomen total encontrándose lo siguiente:

Hígado homogéneo de tamaño normal, cuyo lóbulo derecho mide 170 mm. (normal) que no rebasa el reborde costal.
Vesícula de paredes de 2.0mm., no engrosadas, sin litiasis.
No dilatación de vías biliares intra ni extrahepática.
Páncreas y bazo de aspecto normal.
Riñones de forma, tamaño y posición normal, con buena diferenciación cortico-medular, sin ectasia ni litiasis.
Vejiga, llena, con paredes de 4.6 mm, de aspecto normal.
Aorta abdominal de calibre normal, con buen flujo vascular al Doppler color.
No líquido libre en cavidad abdominal.
No se demuestran masa intra-abdominales.
Psoas e ilio-psoas sin alteraciones.
Se identifica un trayecto o fistuloso que comunica la cavidad abdominal de la fosa iliaca derecha hacia la piel a este mismo nivel asociado a ligeros cambios inflamatorios del meso propios del estado post quirúrgico y post infeccioso sin presencia de colecciones o masas ni en la pared ni en la cavidad abdominal. Peristalsis conservada. En al unión entre mesogastrio y flanco derecho se identifica una imagen nodular ecogenica, con marcada sombra acústica posterior con diámetros mayores de 45 mm y que pudiera corresponder con gossypiboma

OPINIÓN:

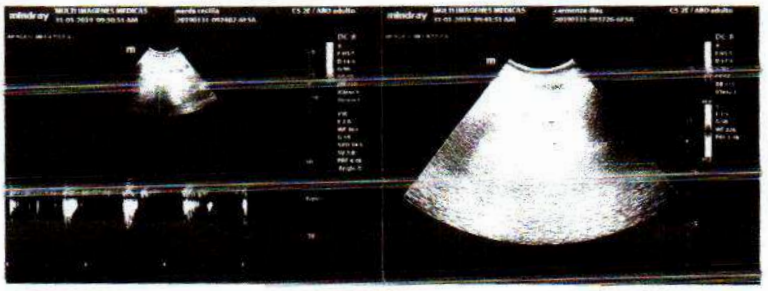
CAMBIOS POST QUIRÚRGICOS Y POST INFECCIONES O HACIA FOSA ILIACA DERECHA CON PRESENCIA DE FISTULA CUTÁNEA DESCRITA SIN PRESENCIA DE COLECCIONES, EVOLUCIÓN ECOGRÁFICA CON RESPECTO A ESTUDIO PREVIO.
POSIBLE GOSSYPIBOMA EN CAVIDAD ABDOMINAL.

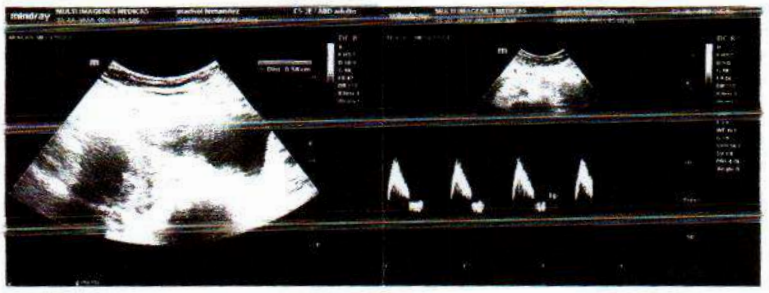
Atentamente,

JAHIR JOSUE JIMENEZ DIAZ
Medico Radiólogo
RM 1820/2008
Digitado por: Laura T

Recuerde llevar el resultado de este estudio a su médico tratante.









HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT: 891855039-9
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

EPICRISIS

Sistemas CitiSalud
14/01/2019 11:34.01

130

Lugar Atención:E.S.E. Hosp Regional — Código Habilitación: 157590079801

PACIENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
IDENTIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 3 M 16 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	167701
SERVICIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
FECHA INGRESO:	10/01/2019 16:16					FECHA EGRESO:	14/01/2019 08:53

UBICACION CAMA: 215 A 218

MOTIVO SOLICITUD DEL SERVICIO:

"DOLOR ABDOMINAL"

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS CON CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE Y PROGRESIVO REFIERE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA EN CLINICA MEDILASER DE TUNJA EL 17/12/18. REFIERE ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL Y DEPOSICIONES POSITIVAS.

Signos Vitales

PESO: 1 Kg | TALLA: 1 cm | IMC: 10000 Kg/m2 | SUP: 0.13 m2

Examen Físico

ABDOMEN: ABDOMEN LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, DISMINUIDOS, CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL, SIN SIGNOS DE INFECCIO, BLANDO, DOLOR A LA PALPACION SUPERIFCIAL Y PROFUNDA EN HEMIABDOMEN DERECHO Y MESOGASTRIO DE PREDOMINO EN GFLANCO DERECO, DEFENSA ABDOMINAL VOLUNTARIA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

DIAGNOSTICOS DE INGRESO:

Principal	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

CONDUCTA:

PACIENTE EN POP TARDIO DE APENDICTOMIA Y LIBERACION DE ADHERENCIAS, CON DOLOR ABDOMINAL DIFUSO.
YA VALORADA POR SERVICIO DE CIRUGIA QUIENES CONSIDERAN HOSPITALIZAR POR SU SERVICIO.

PLAN:
HOSPITALIZAR POR CX
AYUDA VIA ORAL
SSR 100 CC AHORA
OMEPRAZOL 40 MG IV AHORA
BUSCINA + DIPIRONA CADA 8 HORAS
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 12 HORAS
PCR/ PCR, TAC ABDOMEN CONTRASTADO
PLAN:
HOSPITALIZAR POR CX

EVOLUCION

11/01/2019 11:40 — Especialidad: CIRUGIA — Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE
COLITIS A DESCARTAR
DOLOR ABD SECUNDARIO
POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL
HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR HC

SUBJETIVO:
PACIENTE REFIERE REGULAR MODULACIÓN DEL DOLOR, BUEN PATRÓN DEL SUEÑO, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS

OBJETIVO:
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
SIGNOS VITALES:
FC: 100 LPM FR: 20 RPM TA: 125/85 MMHG SAO2:90 % AL AMBIENTE T:
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTE, DISMINUIDOS. CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL SIN SG DE INFECCIÓN. BLANDO, DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HEMIABDOMEN DER Y MESOGASTRIO DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA DERECHA. DEFENSA ABDOMINAL VOLUNTARIA SIN SG DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
NEUROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

PARACLINICOS
10/01/19
PCR 162

TOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL (EXTRAINSTITUCIONAL): NO DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR INTRA NI EXTRAHEPÁTICA, CAMBIOS INFLAMATORIOS A NIVEL DEL MESO EN FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHA ASOCIADAS A LÍQUIDO LIBRE LAMINAR DE LIGERA CUANTÍA INTERASAS, SUGIERO CARACTERIZAR MEDIANTE TOMOGRAFÍA CONTRASTADA

ANÁLISIS
PACIENTE POP TARDÍO DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA CON APENDICECTOMÍA Y LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS. AHORA CON CC DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR ABD DIFUSO Y PROGRESIVO EN EL MOMENTO CON DISTENSIÓN ABDOMINAL SIN TAQUICARDIA, LEUCOCITOSIS LEVE Y ADECUADA FUNCIÓN RENAL, CLÍNICAMENTE CON DOLOR MARCADO DE HEMIABDOMEN DERECHO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL; POR OTRO LADO ECOGRAFÍA CON HALLAZGOS DESCRITOS DE INFLAMACIÓN DEL MESO DE FLANCO Y FOSA DERECHOS. EN EL MOMENTO SIN ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO URGENTE, QUEDAMOS PENDIENTES DE REPORTE DE TAC ABDOMINAL PARA DETERMINAR NUEVOS MANEJOS

PLAN
HOSPITALIZAR POR CIRUGÍA GENERAL
AYO
100 CC IV HORA
OMEPRAZOL 40 MG IV DÍA
BUSCINA + DIPIRONA 1 AMP IV CADA 8
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 12
PENDIENTE LECTURA TAC ABDOMINAL CONTRASTADO

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT: 891855039-9
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

EPICRISIS

Lugar Atención:E.S.E. Hosp Regional

PACIENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
IDENTIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 3 M 16 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	167701
SERVICIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
FECHA INGRESO:	10/01/2019 16:16					FECHA EGRESO:	14/01/2019 08:53

11/01/2019 21:11 **Especialidad:** CIRUGIA **Tipo:** EVOLUCION MEDICO TRATANTE

CIRUGIA GENERAL TURNO

SE REVISA HC CLINICA MEDILASER DONDE EN NOTA DE EVOLCION REPORTAN HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS DE SINDROME ADHERENCIAL SEVERO,ADHERENCIAS DE ASA DELGADA A PARED ABDOMINAL INTERASAS ADHERENCIAS DE ILEON TERNIMAL A PELVIS , APENDICITIS AGUDA FASE GANGRENOSA CON ABSCESO QUE SE EXTIENDE A REGION RETROILEAL Y PELVIS. EPIPLON ADHERIDO EN AREA DE ABSCESO CON NECROSIS Y ABSCESO DE EPIPLON LIQUIDO LIBRE EN PELVIS DEJARON DREN Y REALIZARON CUBRIMINETO ANTIBIOTICO CIPROFLOXACINA TAZOBACTAM .

SE REVISAN IMAGNES Y REPORTE DE TAC DE ABDOMEN CONTRASTDAO DEL 11/01/19

hallazgos:

Es un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección intra abdominal de 92 mm en la interlínea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en el interior de una imagen hiperdensa asociada interna.
El hígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarrenales no presentan alteraciones.
Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales.
No hay aire ni líquido libre en la cavidad abdominal.
El estómago y las asas intestinales son de aspecto usual.
No identificó lesiones focales óseas.

CONCLUSIÓN:

LOS HALLAZGOS SON CONSISTENTES CON GOSSYPIBOMA CON ABSCESO SECUNDARIO ASOCIADO INTRABADOMINAL
PLAN
LAPAROTOMIA EXPLORATORIA.
SE LE EXPLICA A LA PACIENTE CONDUCTA LA CUAL DICE ENTENDER Y ACEPTAR . INDICA QUE NO DESEA SER REMITIDA DE NUEVO A MEDILASER
PROCEDIMINETO SEGUN DISPONIBILIDAD DE SALAS

12/01/2019 10:13 **Especialidad:** CIRUGIA **Tipo:** EVOLUCION MEDICO TRATANTE

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE
GOSSYPIBOMA
DOLOR ABD SECUNDARIO
POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL
HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR HC

SUBJETIVO:
PACIENTE REFIERE REGULAR MODULACIÓN DEL DOLOR, BUEN PATRÓN DEL SUEÑO, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS

OBJETIVO:
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
SIGNOS VITALES:
FC: 100 LPM FR: 20 RPM TA: 125/85 MMHG SAO2:90 % AL AMBIENTE T:
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTE, DISMINUIDOS. CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL SIN SG DE INFECCIÓN. BLANDO, DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HEMIABDOMEN DER Y MESOGASTRIO DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA DERECHA. DEFENSA ABDOMINAL VOLUNTARIA SIN SG DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
NEUROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

PARACLINICOS
Es un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección intraabdominal de 92 mm en la interlínea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en el interior de una imagen hiperdensa asociada interna.
El hígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarrenales no presentan alteraciones.
Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales.
No hay aire ni líquido libre en la cavidad abdominal.
El estómago y las asas intestinales son de aspecto usual.
No identificó lesiones focales óseas.

CONCLUSIÓN:

LOS HALLAZGOS SON CONSISTENTES CON GOSSYPIBOMA CON ABSCESO SECUNDARIO ASOCIADO INTRAABDOMINAL
ANÁLISIS
PACIENTE POP TARDÍO DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA CON APENDICECTOMÍA Y LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS. TAC ABDOMINAL EVIDENCIA GOSSYPIBOMA, CON PERSISTENCIA DEL DOLOR ABDOMINAL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, EN EL MOMENTO NO REQUIERE MANEJO QUIRÚRGICO, SE DECIDE INICIAR ANTIBIOTICOTERAPIA CON CLINDAMICINA GENTAMICINA HOY DÍA 0. SE EXPLICA A FAMILIAR Y PACIENTE QUIENES REFIEREN COMPRENDER Y ACEPTAR LA CONDUCTA

PLAN
DIETA BLANDA HIPOSÓDICA
LR 100 CC IV HORA
OMEPRAZOL 40 MG IV DÍA
HIOSCINA + DIPIRONA 1 AMP IV CADA 8
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 12
CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 8 HORAS (FI 12/01/19)
GENTAMICINA 240 MG IV CADA DIA (FI 12/01/19)

13/01/2019 11:03 **Especialidad:** CIRUGIA **Tipo:** EVOLUCION MEDICO TRATANTE

EVOLUCIÓN CIRUGÍA GENERAL 13/01/2019

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE:
DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRÚRGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA
POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR HC

SUBJETIVO:
PACIENTE EN EL MOMENTO CON PERSISTENCIA LEVE DEL DOLOR ABDOMINAL, SIN EMBARGO REFIERE MEJOR PIA RESPECTO AL INGRESO. NIEGA OTROS SÍNTOMAS EN EL MOMENTO. DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS SIN CAMBIOS DE LAS CARACTERÍSTICAS. TOLERANCIA ADECUADA DE LA VÍA ORAL.

PACIENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL						No. HISTORIA:	24230342
IDENTIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 3 M 16 D	SEXO:	Femenino	ADMISION No.:	167701
SERVICIO DE INGRESO:	Urgencias						SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
FECHA INGRESO:	10/01/2019 16:16						FECHA EGRESO:	14/01/2019 08:53

OBJETIVO:
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
SIGNOS VITALES: FC: 92 LPM, FR: 18 RPM TA: 118/76 MMHG, SATO2: 92% AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS. CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL. A LA PALPACIÓN ABDOMEN BLANDO, CON LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL EN HEMIABDOMEN DERECHO, DE PREDOMINIO EN FOSA ILIACA Y FLANCO. DEFENSA ABDOMINAL VOLUNTARIA SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
NEUROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

ANÁLISIS:
PACIENTE DE 55 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIA A MATERIAL QUIRÚRGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIÓTICO CON CLINDAMICINA Y GENTAMICINA HOY DÍA 1. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA ESTABLE, CON PERSISTENCIA LEVE DE DOLOR ABDOMINAL, SIN EMBARGO MEJORÍA CON RESPECTO AL INGRESO. POR EL MOMENTO SE DECIDE CONTINUAR CON MANEJO MÉDICO YA INSTAURADO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.
PLAN
HOSPITALIZAR POR CIRUGÍA GENERAL
DIETA HIPOSÓDICA
LACTATO DE RINGER A 100 CC/HORA **** SUSPENDER ***
CATETER SELLADO
OMEPRAZOL 40 MG IV DÍA
BB HIOSCINA + DIPIRONA 1 AMP IV CADA 8
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 12 HORAS *** SUSPENDER ***
CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 6 HORAS (FI 12/01/2019) DÍA 1
GENTAMICINA 240 MG IV CADA 24 HORAS (FI 12/01/2019) DÍA 1
CSV - AC

14/01/2019 08:51 **Especialidad:** **CIRUGIA** **Tipo:** **EVOLUCION MEDICO TRATANTE**

EVOLUCIÓN CIRUGÍA GENERAL 14/01/2019

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE:
DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRÚRGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA
POP TARDÍO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR HC

SUBJETIVO:
PACIENTE CON MEJORÍA DEL DOLOR ABDOMINAL, NIEGA OTROS SÍNTOMAS EN EL MOMENTO. DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS SIN CAMBIOS DE LAS CARACTERÍSTICAS. TOLERANCIA ADECUADA DE LA VÍA ORAL.

OBJETIVO:
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
SIGNOS VITALES: FC: 86 LPM, FR: 17 RPM TA: 112/70 MMHG, SATO2: 93% AL AMBIENTE
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI INGURGITACIÓN.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS. CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL. A LA PALPACIÓN ABDOMEN BLANDO, CON LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL EN HEMIABDOMEN DERECHO, DE PREDOMINIO EN FOSA ILIACA Y FLANCO. DEFENSA ABDOMINAL VOLUNTARIA SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
NEUROLÓGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.
ANÁLISIS:
PACIENTE DE 55 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIA A MATERIAL QUIRÚRGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIÓTICO CON CLINDAMICINA Y GENTAMICINA HOY DÍA 2. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA ESTABLE, CON MEJORÍA DE DOLOR ABDOMINAL, SIN ABDOMEN QUIRÚRGICO AGUDO EN EL MOMENTO. SE DECIDE DAR EGRESO HOSPITALARIO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE DEJA ANTIBIÓTICO AMBULATORIO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

PLAN
EGRESO HOSPITALARIO
METRONIDAZOL 500 MG VO CADA 8 HORAS
CIPROFLOXACINA 500 MG VO CADA 8 HORAS
INCAPACIDAD MÉDICA POR 20 DÍAS
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

INTERCONSULTAS

Especialidad:

Solicitud:

Motivo Solicitud:

Respuesta.

Diagnóstico(s) Interconsulta:

DIAGNOSTICOS DE EGRESO:

Principal:	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Principal:	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT: 891855039-9
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

Sistemas CitiSalud
14/01/2019 11:34.01

EPICRISIS

133

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional
Código Habilitación: 157590079801

PACIENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
IDENTIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 3 M 16 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	167701
SERVICIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
FECHA INGRESO:	10/01/2019 16:16					FECHA EGRESO:	14/01/2019 08:53

ESTADO GENERAL A LA SALIDA:

ADECUADO

PLAN DE MANEJO:

ANÁLISIS:
PACIENTE DE 55 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIA A MATERIAL QUIRÚRGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIÓTICO CON CLINDAMICINA Y GENTAMICINA HOY DÍA 2. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA ESTABLE, CON MEJORÍA DE DOLOR ABDOMINAL, SIN ABDOMEN QUIRÚRGICO AGUDO EN EL MOMENTO. SE DECIDE DAR EGRESO HOSPITALARIO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE DEJA ANTIBIÓTICO AMBULATORIO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

PLAN
EGRESO HOSPITALARIO
METRONIDAZOL 500 MG VO CADA 8 HORAS
CIPROFLOXACINA 500 MG VO CADA 8 HORAS
INCAPACIDAD MÉDICA POR 20 DÍAS
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

MEDICO QUE ELABORA:

WALTER ENRIQUE RINCON GUEVARA
Tarjeta profesional : 13457
MEDICO ESPECIALISTA

NIT: 891855039-9
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

ORDEN DE INCAPACIDAD

HOSPITALIZACIO

134

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional — **Código Habilitación:**157590079

Paciente:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	**Dirección:**	calle 4 sur n 15 a 08
Documento:	CC 24230342	**Telefono:**	3123608622
Sexo/Edad:	FEMENINO / 55 A 3 M 20 D	**Fecha:**	14/01/2019 08:51
Empresa:	MEDISALUD UT - URGENCIAS	**Admisión No.**	167701

Diagnostico: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

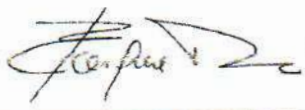
Tipo de Incapacidad: INCAPACIDAD MEDICA

Fecha Inicio: 10/01/2019 **Fecha Fin:** 29/01/2019 **Dias Incapacidad:** 20

Observaciones:
PACIENTE CON PATOLOGÍA GENERAL, SE DA INCAPACIDAD POR 20 DÍAS DESDE EL INGRESO

Profesional:

WALTER ENRIQUE RINCON GUEVARA
Tarjeta profesional : 13457
MEDICO ESPECIALISTA



Firma

Impreso por : WERG - WALTER ENRIQUE R

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9
INGRESO MUJER_URG - URGENCIAS (No Definitiva)
Historia No : 24230342

Cli$alud

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional

Fecha Impresión: 10/01/2018 15:01:55

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL Triage : II EMERGENCIA

Sexo : F Fecha Nacimiento : 25/08/1963 00:00 Edad : 55 A 3 M 16 D Lugar Nacimiento : COLOMBIA - BOYACA - TUNJA

Grupo Sanguíneo : O + Estado Civil : Soltero(a)

Lugar Residencia : BOYACA SOGAMOSO Barrio : CENTRO

Dirección : calle 4 sur n 16 a 08 Telefonos : 3123606822

Grupo Etnico : NO APLICA Religión : OTRA Escolaridad :

Tipo de Discapacidad : Sin especificar Ocupación : TRABAJADORES NO CALIFICADOS

Empresa/Contrato : MEDISALUD UT / URGENCIAS

Admision No : 390110 Tipo Usuario : Otro Tipo Afiliado : Estrato : SUB 100% I

Fecha Ingreso: 10 enero 2018 16:16 Fecha Atencion: 10 enero 2018 17:28

MOTIVO CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo Consulta: DOLOR ABDOMINAL

Enfermedad Actual: PACIENTE EN POP TARDIO DE LAPAROTOMIA EXPLORTORIA POR SINDROME ADHERENCIAL SEVERO CON ANTCEDENTES DE HISTERECTOMIA, APENDICECTOMIA EN FASE GANGENOSA CON ABSCESO QUE SE EXTENDE A REGION RETROILEAL Y HACIA PELVIS INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE EL CLNICA MEDILASR EL 17/12/2018, EL DIA DE HOY ACUE POR DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILIACA DERECHA CON REPORTE DE ECOGRAFIA ABDOMINAL QUE REPORTA CAMBIO INFLAMATORIOS A NIVEL DE MESO, EN FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHA CON LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD.

Estado Ingreso: ALERTA

ANTECEDENTES PERSONALES:

QUIRURGICOS: VER EA
PATOLOGICOS: HTA
ALERGICOS: NIEGA

TIPO DE SANGRE **Hemoclasificación:** "O" RH : Positivo

SIGNOS VITALES

TA: 127/54 mmHg	GLAS: 15 puntos	FC: 105 x min	PESO: 60 Kg	TALLA: 153 cm
FR: 19 x min	TEMP: 37 °C	SAT: 94 %		

EXAMEN FISICO:

ESTADO GENERAL: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
CABEZA Y CUELLO: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO SIN MASAS
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RESPIRATORIOS SIN SOBREGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPREIBLE, CON FAJA, DOLOROSO A LA PALPACION EN FOSA ILIACA DERECHA
EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS DE FOCALIZACION

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : R10.4 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Tipo Diagnostico : CONFIRMADO NUEVO
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Num 1 19062 AMILASA Cant : 1

Continúa en Pag. 2

EPICRISIS

Ir Atención: E.S.E. Hosp Regional — Código Habilitación: 1576000879801

136

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL				No. HISTORIA:	24230342	
TIFICACION:	CC	24230342	EDAD:	55 A 3 M 15 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	167701
VICIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	10/01/2019 16:16					FECHA EGRESO:	14/01/2019 08:53

DACION CAMA: 215 AZ18

TIVO SOLICITUD DEL SERVICIO:

DOLOR ABDOMINAL

ERMEDAD ACTUAL:

IENTE FEMENINA DE 55 ANOS CON CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE Y PROGRESIVO REFIERE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA EN CLINICA DILASER DE TUNJA EL 17/1/19. REFIERE ADECUADA TOLERANCIA LA VIA ORAL Y DEPOSICIONES POSITIVAS

gnos vitales

SO: 1 Kg — TALLA: 1 cm — IMC: 10000 Kg/m2 — SUP: 0.13 m2

xamen Físico

BDOMEN: ABDOMEN LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES DISMINUIDOS, CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL, SIN SIGNOS DE INFECCIO... BLANDO, DOLOR A LA PALPACION SUPERIFICIAL Y PROFUNDA EN HEMIABDOMEN ... ABDOMINAL VOLUNTARIA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

AGNOSTICOS DE INGRESO:

Principal	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

NDUCTA:

CIENTE EN POP TARDIO DE APENDICTOMIA Y LIBERACION DE ADHERENCIAS, CON DOLOR ABDOMINAL DIFUSO. VALORADA POR SERVICIO DE CIRUGIA QUIENES CONSIDERAN HOSPITALIZAR POR SU SERVICIO.

EN:
SPITALIZAR POR CX
DA VIA ORAL
100 CC AHORA
IEPRAZOL 40 MG IV AHORA
ISCINA + DIPIRONA CADA8 HORAS
LOFENACO 75 MG IV CADA 12 HORAS
POR TAC ABDOMEN CONTRASTADO
AN:
SPITALIZAR POR CX.
VOLUCION

10/01/2019 21:40 — Especialidad: CIRUGIA — Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

CIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE
OLITIS A DESCARTAR
OLOR ABD SECUNDARIO
OP TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL
IPERTENSION ARTERIAL POR DX

BJETIVO:
CIENTE REFIERE REGULAR MODULACION DEL DOLOR, BUEN PATRON DEL SUEÑO, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS

BJETIVO:
IENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA
GNOS VITALES
100 LPM FR: 20 RPM TA: 125/85 MMHG SAO2:90 % AL AMBIENTE T
BEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION.
RAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
DOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTE, DISMINUIDOS, CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL SIN SIG DE INFECCION, BLANDO, DOLOR A LA PALPACION ... PERITONEAL
TREMIDADES, MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS
UROLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

RACLINICOS
01/19
R 164

OGRAFIA ABDOMINAL TOTAL (EXTRAINSTITUCIONAL): NO DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRA NI EXTRAHEPATICA, CAMBIOS INFLAMATORIOS A NIVEL DEL MESO EN FLANCO Y FOSA ACA DERECHA ASOCIADAS A LIQUIDO LIBRE LAMINAR DE LIGERA CUANTIA INTERASAS, SUGIERO CARACTERIZAR MEDIANTE TOMOGRAFIA CONTRASTADA

IALISIS
... POP TARDIO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA CON APENDICTOMIA Y LIBERACION DE ADHERENCIAS, AGUDA CON CC DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABD DIFUSO Y
OGRESIVO EN EL MOMENTO CON DISTENSION ABDOMINAL, SIN TAQUICARDIA, LEUCOCITOSIS LEVE Y ADECUADA FUNCION RENAL, CLINICAMENTE CON DOLOR MARCADO DE ... MIABDOMEN DERECHO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, POR OTRO LADO ECOGRAFIA CON HALLAZGOS DESCRITOS DE INFLAMACION DEL MESO DE FLANCO Y FOSA ... RECHOS, EN EL MOMENTO SIN ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO URGENTE, QUEDAMOS PENDIENTES DE REPORTE DE TAC ABDOMINAL PARA DETERMINAR NUEVOS MANEJOS

AN
SPITALIZAR POR CIRUGIA GENERAL
C
100 CC IV HORA
IEPRAZOL 40 MG IV DIA
OSCINA + DIPIRONA 1 AMP IV CADA8
CLOFENACO 75 MG IV CADA 12
NDIENTE LECTURA TAC ABDOMINAL CONTRASTADO

11/01/2019 21:11 — Especialidad: CIRUGIA — Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

RUGIA GENERAL TURNO

REVISA HC CLINICA MEDILASER DONDE EN NOTA DE EVOLCION REPORTAN HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS DE SINDROME ADHERENCIAL SEVERO ADHERENCIAS DE ASA DELGADA ... AREO ABDOMINAL INTERASAS ADHERENCIAS DE ILEON TERMINAL A PELVIS ... APENDICITIS AGUDA FASE GANGRENOSA CON ABSCESO QUE SE EXTIENDE A REGION RETRO CAL ... ... EPIPLON ADHERIDO EN AREA DE ABSCESO CON NECROSIS Y ABSCESO DE EPIPLON, LIQUIDO LIBRE EN PELVIS, DEJARON DREN Y REALIZARON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO ... NPIPERACILINA TAZOBACTAM.

60

EPICRISIS

Atención:E.S.E. Hosp Regional — Código Habilitación: 1675900079901

137

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL			No. HISTORIA:	24230342
ENTIFICACION:	C.C. 24230342	EDAD:	55 A 3 M 16 D	GENERO: Femenino	ADMISION No.: 167721
VICIO DE INGRESO:	Urgencias			SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	10/01/2019 16:16			FECHA EGRESO:	14/01/2019 09:53

REVISAR IMAGENES Y REPORTE DE TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO DEL 11/01/19

llazgos:

un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección intra abdominal de 92 mm en la interlinea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en interior de una imagen hiperdensa asociada interna.
hígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarrenales no presentan alteraciones.
jga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales.
hay aire ni líquido libre en la cavidad abdominal.
estómago y las asas intestinales son de aspecto usual.
identifico lesiones focales óseas.

NCLUSION:

OS HALLAZGOS SON CONSISTENTES CON GOSSYPIBOMA CON ABSCESO SECUNDARIO ASOCIADO INTRABDOMINAL.
AN
PAROTOMIA EXPLORATORIA.
LE EXPLICA A LA PACIENTE CONDUCTA LA CUAL DICE ENTENDER Y ACEPTAR. INDICA QUE NO DESEA SER REMITIDA DE NUEVO A MEDILASER
PROCEDIMIENTO SEGUN DISPONIBILIDAD DE SALAS

10/01/2019 10:13 Especialidad: CIRUGIA Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

CIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE
OSSYPIBOMA
OLOR ABD SECUNDARIO
ME TRAIDO A LA URGENCIA EVALUADO POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL
PERTENSION ARTERIAL POR HC

BJETIVO:
CIENTE REFIERE REGULAR MODULACION DEL DOLOR, BUEN PATRON DEL SUEÑO, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS

UETIVO:
CIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES:
100 LPM FR: 20 RPM TA: 125/85 MMHG SAO2:90 % AL AMBIENTE T:
ABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION.
ORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
[illegible] SIN SIGNOS DE IRRITACION LOCAL, A LA PALPACION
IPERFICIAL Y PROFUNDA DE HEMIABDOMEN DER Y MESOGASTRIO DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA DERECHA, DEFENSA ABDOMINAL VOLUNTARIA SIN SG DE IRRITACION
ERITONEAL
XTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
EUROLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

ABORATORIOS
un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección intraabdominal de 92 mm en la interlínea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en interior de una imagen hiperdensa asociada interna.
hígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarrenales no presentan alteraciones.
jga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales.
hay aire ni líquido libre en la cavidad abdominal.
estómago y las asas intestinales son de aspecto usual.
identifico lesiones focales óseas.

ONCLUSION:

OS HALLAZGOS SON CONSISTENTES CON GOSSYPIBOMA CON ABSCESO SECUNDARIO ASOCIADO INTRAABDOMINAL.
NALISIS
[illegible]
OLOR ABDOMINAL. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EN EL MOMENTO NO REQUIERE MANEJO QUIRURGICO. SE DECIDE INICIAR ANTIBIOTICOTERAPIA CON CLINDAMICINA GENTAMICINA
OY DIA0. SE EXPLICA A FAMILIAR Y PACIENTE QUIENES REFIEREN COMPRENDER Y ACEPTAR LA CONDUCTA

AN
ETA BLANDA HIPOSODICA
100 CC IV HORA
IEPRAZOL 40 MG IV DIA
OSCINA + DIPIRONA 1 AMP IV CADA 8
OLOFENACO 75 MG IV CADA 12
INDAMICINA 500 MG IV CADA 8 HORAS (FI 12/01/19)
ENTAMICINA 240 MG IV CADA DIA (FI 12/01/19)

12/01/2019 11:06 Especialidad: CIRUGIA Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

VOLUCION CIRUGIA GENERAL 13/01/2019

CIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE:
OLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA
[illegible]
PERTENSION ARTERIAL POR HC

BJETIVO:
CIENTE EN EL MOMENTO CON PERSISTENCIA LEVE DEL DOLOR ABDOMINAL, SIN EMBARGO REFIERE MEJORIA RESPECTO AL INGRESO, NIEGA OTROS SINTOMAS EN EL MOMENTO.
URESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS SIN CAMBIOS DE LAS CARACTERISTICAS, TOLERANCIA ADECUADA DE LA VIA ORAL.

UETIVO:
CIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES: FC: 92 LPM FR: 18 RPM TA: 119/75 MMHG SATOZ: 92% AL AMBIENTE
ABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION.
ORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
BDOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, A LA
[illegible] DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL EN HEMIABDOMEN DERECHO, DE PREDOMINIO EN FOSA ILIACA Y FLANCO, DEFENSA ABDOMINAL
OLUNTARIA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
XTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
EUROLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

NALISIS:
[illegible] DE 55 ANOS DE EDAD QUIEN ES REMITIDA INSTITUCIONALMENTE POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE
OSSYPIBOMA, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CLINDAMICINA Y GENTAMICINA HOY DIA 1, AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA ESTABLE, CON
ERSISTENCIA LEVE DE DOLOR ABDOMINAL, SIN EMBARGO MEJORIA CON RESPECTO AL INGRESO, POR EL MOMENTO SE DECIDE CONTINUAR CON MANEJO MEDICO YA INSTAURADO, SE
XPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

Impreso por : CONSU - USUARIO CONSULTA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9
INGRESO MUJER_URG - URGENCIAS (No Definitiva)

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL Triage : II EMERGENCIA
Fecha Ingreso: 10 enero 2019 16:16 Fecha Atención: 10 enero 2019 17:28

Num 1	19280	CREATININA	Cant : 1
Num 1	19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HE	Cant : 1
Num 1	19454	FOSFATASA ALCALINA	Cant : 1
Num 1	19749	NITROGENO UREICO	Cant : 1

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO URGENCIAS:

PACIENTE EN POP TARDIO DE LAPAROTOMIA EXPLORTORIA POR SNDROME ADHERENCIAL SEVERO CON ANTCEDENTES DE HISTERECTOMIA, APENDICECTOMIA EN FASE GANGENOSA CON ABSCESO QUE SE EXTIENDE A REGION RETROILEAL Y HACIA PELVIS INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE EL CLNICA MEDILASR EL 17/12/2018. EL DIA DE HOY ACUE POR DOLOR ABDOMINAL EN FOSA IIACA DERECHA CON REPORTE DE ECOGRAFIA ABDOMINAL QUE REPORTA CAMBIO INFLAMATORIOS A NIVEL DE MESO, EN FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHA CON LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD. AL EXAMEN FISICO ABDOMEN: BLANDO, DEPREIBLE, CON FAJA, DOLOROSO A LA PALPACION EN FOSA ILIACA DERECHA. SE SOLICITA CUADRO HEAM,TICO, AMILASA, FOSFATASA ALCALINA, BUN, CREATININA Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL, SE EXPLICA CONDUCTA A PCIENTE QUEINR EFIERE ENTEDER Y ACEPTAR.

Conducta: SE SOLICITA CUADRO HEAM TICO, AMILASA, FOSFATASA ALCALINA, BUN, CREATININA Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.

PROFESIONAL

NESTOR ESTEBAN ROJAS PARADA
Registro Medico : 1010205006
MEDICO GENERAL

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9
H.C. CIRUGIA GENERAL - CIRUGIA (No Definitiva)

139

Pagina : 1 Historia No : 24230342 CifiSalud
Lugar Atencion: E.S.E. Hosp Regional Fecha Impresion: 13/02/2019 15:61:21

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
Sexo : F Fecha Nacimiento : 25/09/1963 00:00 Edad : 55 A 3 M 31 D Lugar Nacimiento : COLOMBIA - BOYACA - TUNJA
Grupo Sanguineo : O + Estado Civil : SOLTERO(A)
Lugar Residencia : BOYACA SOGAMOSO Barrio : CENTRO
Direccion : calle 4 sur n 15 a 08 Telefonos : 3123608622
Grupo Etnico : NO APLICA Religion : OTRA Escolaridad :
Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR Ocupacion : TRABAJADORES NO CALIFICADOS
Empresa/Contrato : MEDISALUD UT / HOSPITALIZADO
Cita No : 670278 Tipo Usuario : Otro Tipo Afiliado : Estrato : SUB 100
Fecha Cita: 25 enero 2019 11:15 Fecha Atencion: 25 enero 2019 11:03 Fecha Salida: 25 enero 2019 11:16

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo Consulta: VENGO POR SECRECION DE PUS EN PARED ABDOMINAL

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 55 AÑOS EN POP DE APENDICITIS POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL DEL 17/12/2018. FUE TRATADA CON CLINDAMICINA GENTAMICINA EN LA INSTITUCION Y SE LE DIO SALIDA CON METRONIDAZOL CIPROFLOXACINA, POSTETIORMENTE CON DRENAJE ESPONTANEO ABUNDNATE DE ABSCESO EN LUGAR EN DONDE SE ENCONTRABA DREN. NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA DESDE ENTONCES.

TIPO DE SANGRE **Hemoclasificacion:** "O" RH : Positivo

SIGNOS VITALES

PESO: 60 Kg TALLA: 152 cm IMC: 25.97 Kg/m2 SUP: 1.59 m2

EXAMEN FISICO:

CONDICIONES GENERALES:

EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIGNOS VITALES: TA: 110/62 FC: 80 FR 20 SO2 95 % AL AMBIENTE T° 36.7
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CUELLO MÓVIL, NO ADENOMEGALIAS
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES, SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EN REGIÓN PARAUMBILICAL DERECHA SE PALPA UN EMPASTAMIENTO QUE ES LEVEMENTE DOLOROSO, HERIDA QUIRÚRGICA EN ADECUADO PROCESO DE CICATRIZACIÓN SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, NO MASA, NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS.
NEUROLÓGICO: ALERTA, ATENTA, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : T793 INFECCION POSTRAUMATICA DE HERIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

Tipo Diagnostico : CONFIRMADO NUEVO
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Num 1 - 51103 ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL INCLUYE: HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PE Cant : 1

Continúa en Pag. 2

HOSPITAL REGIONAL DEL SUGARUSO
CALLE 8 No. 11A -43 Tel: 7 70 2201 Nit : 891855039-9

H.C. CIRUGIA GENERAL - CIRUGIA (No Definitiva)

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
Fecha Cita: 25 enero 2019 11:15 Fecha Atencion: 25 enero 2019 11:03 Fecha Salida: 25 enero 2019 11:18

140

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:

99 ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL URGENTE SE REVALORAR CON RESULTADOS

PROFESIONAL

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANESCO
Registro Medico : 01152
MEDICO ESPECIALISTA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9

HISTORIA CLINICA - CIRUGIA (No Definitiva)

141

Historia No : 24230342

CitiSalud

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional

Fecha Impresión: 25/01/2019 11:17:45

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
Sexo : F **Fecha Nacimiento : 25/09/1963 00:00** **Edad : 55 A 3 M 31 D** **Lugar Nacimiento :** COLOMBIA - BOYACA - TUNJA
Grupo Sanguineo : O + **Estado Civil : SOLTERO(A)**
Lugar Residencia : BOYACA SOGAMOSO **Barrio : CENTRO**
Dirección : calle 4 sur n 15 a 08 **Telefonos : 3123608622**
Grupo Etnico : NO APLICA **Religión : OTRA** **Escolaridad :**
Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR **Ocupación : TRABAJADORES NO CALIFICADOS**
Empresa/Contrato : MEDISALUD UT / HOSPITALIZADO
Cita No : 670278 **Tipo Usuario : Otro** **Tipo Afiliado :** **Estrato : SUB 100%**
Fecha Cita: 25 enero 2019 11:15 **Fecha Atencion: 25 enero 2019 11:03** **Fecha Salida: 25 enero 2019 11:18**

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo Consulta: VENGO POR SECRECION DE PUS EN PARED ABDOMINAL

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 55 AÑOS EN POP DE APENDILAP POR APENDICITIS EXTRAINSITUTCIONAL DEL 17/12/2019. FUE TRATADA CON CLINDAMICINA GENTAMICINA EN LA INSTITUCION Y SE LE DIO SALIDA CON METRONIDAZOL CIRPOFLOXACINA, POSTETIORMENTE CON DRENAJE ESPONTANEO ABUNDNATE DE ABSCESO EN LUGAR EN DONDE SE ENCONTRABA DREN. NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA DESDE ENTONCES.

EXAMEN FISICO:

CONDICIONES GENERALES:

EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIGNOS VITALES: TA: 110/62 FC 80 FR 20 SO2 96 % AL AMBIENTE T° 36.7
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CUELLO MÓVIL, NO ADENOMEGALIAS
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES, SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EN REGION PARAUMBILICAL DERECHA SE PALPA UN EMPASTAMIENTO QUE ES LEVEMENTE DOLOROSO, HERIDA QUIRURGICA EN ADECUADO PROCESO DE CICATRIZACION SIN SIGNOS DE INFECCION. NO MASA NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS.
NEUROLÓGICO: ALERTA, ATENTA, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA.

TIPO DE SANGRE **Hemoclasificación:** "O" RH : Positivo

SIGNOS VITALES

PESO: 60 Kg TALLA: 152 cm IMC: 25.97 Kg/m2 SUP: 1.59 m2

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : T793 INFECCION POSTRAUMATICA DE HERIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

Tipo Diagnostico : CONFIRMADO NUEVO
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Num 1 31109 ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL INCLUYE: HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PE Cant : 1

Continúa en Pag. 2

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201 Nit : 891855039-9
H.C. CIRUGIA GENERAL - CIRUGIA (No Definitiva)

142
CitiSalud

Pagina : 2 Viene de 1 Historia No : 24230342
Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional Fecha Impresión: 25/01/2019 11:17:46

Paciente : CC. 24230342 NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
Fecha Cita: 25 enero 2019 11:15 Fecha Atencion: 25 enero 2019 11:03 Fecha Salida: 25 enero 2019 11:18

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:

SS ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL URGENTE, SE REVALORAR CON RESULTADOS

PROFESIONAL

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANESCO
Registro Medico : 01152
MEDICO ESPECIALISTA

IMPRESO POR : JZRM ROBERTO M JEANNERET Z

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

NIT: 891855039-9

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

ORDEN DE INCAPACIDAD

143

HOSPITALIZACION

gar Atención: E.S.E. Hosp Regional — **Código Habilitación:** 157590079801

aciente:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	**Dirección:**	calle 4 sur n 15 a 08
ocumento:	CC 24230342	**Telefono:**	3123608622
exo/Edad:	FEMENINO / 55 A 4 M 15 D	**Fecha:**	09/02/2019 09:02
mpresa:	MEDISALUD UT - URGENCIAS	**Admisión No.**	168543

iagnostico: Y619 OBJETO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN EL CUERPO DURANTE ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA NO ESPECIFICADA

ipo de Incapacidad: LABORAL

echa Inicio: 03/02/2019 **Fecha Fin:** 04/03/2019 **Dias Incapacidad:** 30

)bservaciones:
NCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE FECHA DE INGRESO

Profesional:

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANES(
Registro Medico : 01152
MEDICO ESPECIALISTA

Firma

Impreso por : JZRM - ROBERTO M JEANNER

Sistemas CitiSalud
09/02/2019 9:08.06

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

NIT: 891855039-9

CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

ORDEN DE INCAPACIDAD

144

HOSPITALIZACION

ugar Atención: E.S.E. Hosp Regional **Código Habilitación:157590079801**

'aciente:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	**Dirección:**	calle 4 sur n 15 a 08
)ocumento:	**CC** 24230342	**Telefono:**	3123608622
iexo/Edad:	FEMENINO / 55 A 4 M 15 D	**Fecha:**	09/02/2019 09:02
:mpresa:	MEDISALUD UT - URGENCIAS	**Admisión No.**	168543

)iagnostico: Y619 OBJETO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN EL CUERPO DURANTE ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA NO ESPECIFICADA

'ipo de Incapacidad: LABORAL

'echa Inicio: 03/02/2019 **Fecha Fin:** 04/03/2019 **Dias Incapacidad:** 30

Observaciones:
NCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE FECHA DE INGRESO

Profesional:

ROBERT MICHEL JEANNERET ZANES(
Registro Medico : 81152
MEDICO ESPECIALISTA

Firma

Impreso por : JZRM - ROBERTO M JEANNER

60

EPICRISIS

r Atención: E.S.E. Hosp Regional — Código Habilitación: 1676900792801

ENTE: NARDA CECILIA RODRIGUEZ BANDOVAL — No. HISTORIA: 24230342 — 145

TIFICACION: CC — DOCUMENTO: — EDAD: 55 A 3 M 15 D — SEXO: Femenino — ADMISION No.: 187257

VICIO DE INGRESO: Urgencias — SERVICIO EGRESO: Hospitalización

HA INGRESO: 10/01/2019 16:16 — FECHA EGRESO: 14/01/2019 08:53

REVISAN IMAGENES Y REPORTE DE TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO DEL 11/01/19

llazgos:

un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección intra abdominal de 92 mm en la interlinea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en. nterior de una imagen hiperdensa asociada interna.
ígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarrenales no presentan alteraciones.
iga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales.
hay aire ni líquido libre en la cavidad abdominal.
estómago y las asas intestinales son de aspecto usual.
identifico lesiones focales óseas.

NCLUSION:

OS HALLAZGOS SON CONSISTENTES CON GOSSYPIBOMA CON ABSCESO SECUNDARIO ASOCIADO INTRABADOMINAL.
AN
PAROTOMIA EXPLORATORIA.
LE EXPLICAA LA PACIENTE CONDUCTA LA CUAL DICE ENTENDER Y ACEPTAR. INDICA QUE NO DESEA SER REMITIDA DE NUEVO A MEDILASER
PROCEDIMIENTO SEGUN DISPONIBILIDAD DE SALAS

10/01/2019 16:18 — Especialidad: CIRUGIA — Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

CIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE
OSSYPIBOMA
OLOR ABD SECUNDARIO
P TARDIA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL
PERTENSION ARTERIAL POR HC

BJETIVO:
CIENTE REFIERE REGULAR MODULACION DEL DOLOR. BUEN PATRON DEL SUENO. DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS

UETIVO:
CIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. HIDRATADO. AFEBRIL. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES:
100 LPM FR: 20 RPM TA: 125/85 MMHG SAO2 90 % AL AMBIENTE T:
ABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION.
RAX: SIMETRICO. NORMOEXPANSIBLE. SIN TIRAJES. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
[illegible]
PERFICIAL Y PROFUNDA DE HEMIABDOMEN DER Y MESOGASTRIO DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA DERECHA. DEFENSA ABDOMINAL VOLUNTARIA SIN SG DE IRRITACION
ERITONEAL
TREMIDADES: MOVILES. SIMETRICAS. EUTROFICAS. LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
EUROLOGICO: ATENTA. ALERTA. GLASGOW 15/15. SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

RACLINICOS
un estado postquirúrgico reciente de apendicectomía con evidencia una colección intraabdominal de 92 mm en la interlinea el mesogastrio y el flanco derecho de densidad heterogénea con aire en
nterior de una imagen hiperdensa asociada interna.
ígado, el bazo, el páncreas, los riñones, y las glándulas suprarrenales no presentan alteraciones.
iga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales.
hay aire ni líquido libre en la cavidad abdominal.
estómago y las asas intestinales son de aspecto usual.
identifico lesiones focales óseas.

NCLUSION:

OS HALLAZGOS SON CONSISTENTES CON GOSSYPIBOMA CON ABSCESO SECUNDARIO ASOCIADO INTRAABDOMINAL.
ALISIS
[illegible]
OLOR ABDOMINAL. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EN EL MOMENTO NO REQUIERE MANEJO QUIRURGICO. SE DECIDE INICIAR ANTIBIOTICOTERAPIA CON CLINDAMICINA GENTAMICINA
OY DIA. SE EXPLICA A FAMILIAR Y PACIENTE QUIENES REFIEREN COMPRENDER Y ACEPTAR LA CONDUCTA

AN
ETA BLANDA HIPOSODICA
100 CC IV HORA
MEPRAZOL 40 MG IV DIA
OSCINA + DIPIRONA 1 AMP IV CADA 8
OLOFENACO 75 MG IV CADA 12
INDAMICINA 600 MG IV CADA 8 HORAS (FI 12/01/19)
ENTAMICINA 240 MG IV CADA DIA (FI 12/01/19)

[illegible] — Especialidad: CIRUGIA — Tipo: EVOLUCION MEDICO TRATANTE

VOLUCION CIRUGIA GENERAL 13/01/2019

CIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE
OLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA
P TARDIA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (10/01/19)
PERTENSION ARTERIAL POR HC

BJETIVO:
CIENTE EN EL MOMENTO CON PERSISTENCIA LEVE DEL DOLOR ABDOMINAL. SIN EMBARGO REFIERE MEJORIA RESPECTO AL INGRESO. NIEGA OTROS SINTOMAS EN EL MOMENTO.
URESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS SIN CAMBIOS DE LAS CARACTERISTICAS. TOLERANCIA ADECUADA DE LA VIA ORAL.

UETIVO:
CIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. HIDRATADO. AFEBRIL. SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES: FC: 92 LPM FR: 18 RPM TA: 119/76 MMHG SATO2: 92% AL AMBIENTE
ABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION.
RAX: SIMETRICO. NORMOEXPANSIBLE. SIN TIRAJES. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
BDOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO. RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS. CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL EN ADECUADO ESTADO. SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL. A LA
[illegible]
OLUNTARIA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
TREMIDADES: MOVILES. SIMETRICAS. EUTROFICAS. LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
EUROLOGICO: ATENTA. ALERTA. GLASGOW 15/15. SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

ALISIS:
[illegible]
OSSYPIROMA. QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CLINDAMICINA Y GENTAMICINA HOY DIA 7. AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA ESTABLE. CON
ERSISTENCIA LEVE DE DOLOR ABDOMINAL. SIN EMBARGO MEJORIA CON RESPECTO AL INGRESO. POR EL MOMENTO SE DECIDE CONTINUAR CON MANEJO MEDICO YA INSTAURADO. SE
PLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

EPICRISIS

r Atención:E.S.E. Hosp Regional — Código Habilitación: 6576900079901

146

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24730342
TIFICACION:	CC	24230342	EDAD:	55 A 3 M 16 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	167701
/ICIO DE INGRESO:	Urgencias					SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	10/01/2019 15:16					FECHA EGRESO:	14/01/2019 09:53

AN
OSPITALIZAR POR CIRUGIA GENERAL
ETA HIPOSODICA
OTATO DE RINGER A 100 CC/HORA **** SUSPENDER ***
ETER SELLADO
EPRAZOL 40 MG IV DIA
NEOCIDINA + DIPIRONA + AMP IV CADA 8
CLOFENACO 75 MG IV CADA 12 HORAS *** SUSPENDER ***
NDAMICINA 500 MG IV CADA 6 HORAS (FI 12/01/2019) DIA 1
NTAMICINA 240 MG IV CADA 24 HORAS (FI 12/01/2019) DIA 1
V - AD

10/01/2019 08:51 — Especialidad: CIRUGIA — Tipo: EVOLUCION MEDICA Y QUIRURGICA

OLUCION CIRUGIA GENERAL 14/01/2019

CIENTE FEMENINA DE 55 ANOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE:
OLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE GOSSYPIBOMA
P TARDIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR APENDICITIS EXTRAINSTITUCIONAL (17/12/2018)
PERITONITIS LOCALIZADA POR DIU

BJETIVO:
CIENTE CON MEJORIA DEL DOLOR ABDOMINAL, NIEGA OTROS SINTOMAS EN EL MOMENTO. DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS SIN CAMBIOS DE LAS CARACTERISTICAS.
LERANCIA ADECUADA DE LA VIA ORAL.

UETIVO:
CIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
GNOS VITALES: FC: 86 LPM FR: 17 RPM TA: 112/70 MMHG SATO2: 93% AL AMBIENTE
BEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NI INGURGITACION
RAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
DOMEN: LEVEMENTE DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, CICATRIZ MEDIANA INFRAUMBILICAL EN ADECUADO ESTADO, SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, A LA
LPACION ABDOMEN BLANDO, CON LEVE DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL EN HEMIABDOMEN DERECHO, DE PREDOMINIO EN FOSA ILIACA Y FLANCO, DEFENSA ABDOMINAL
VOLUNTARIA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
TREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.
UROLOGICO: ATENTA, ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

ALISIS:
CIENTE DE 55 ANOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIA A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE
SSYPIBOMA, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CLINDAMICINA Y GENTAMICINA HOY DIA 2, AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA ESTABLE, CON
ORIA DE DOLOR ABDOMINAL SIN ABDOMEN QUIRURGICO AGUDO EN EL MOMENTO, SE DECIDE DAR EGRESO HOSPITALARIO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE
A ANTIBIOTICO AMBULATORIO, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

AN
RESO HOSPITALARIO
TRONIDAZOL 500 MG VO CADA 8 HORAS
ROFLOXACINA 500 MG VO CADA 8 HORAS
APACIDAD MEDICA POR 20 DIAS
OMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

NTERCONSULTAS

Especialidad:

Solicitud:

Motivo Solicitud:

Respuesta:

Diagnóstico(s) Interconsulta:

AGNOSTICOS DE EGRESO:

Principal:	R10A	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Principal:	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

ADO GENERAL A LA SALIDA:

ECUADO

N DE MANEJO:

ALISIS:
CIENTE DE 55 ANOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIA A MATERIAL QUIRURGICO DENTRO DE CAVIDAD SUGESTIVO DE
SSYPIBOMA, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CLINDAMICINA Y GENTAMICINA HOY DIA 2, AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA ESTABLE, CON
ORIA DE DOLOR ABDOMINAL SIN ABDOMEN QUIRURGICO AGUDO EN EL MOMENTO, SE DECIDE DAR EGRESO HOSPITALARIO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE
A ANTIBIOTICO AMBULATORIO, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

AN
RESO HOSPITALARIO
TRONIDAZOL 500 MG VO CADA 8 HORAS
ROFLOXACINA 500 MG VO CADA 8 HORAS
APACIDAD MEDICA POR 20 DIAS
OMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT. 891855039-9
CALLE 8 No. 11A -43 Tel. 7 70 2201

Sistemas CitiSalud
19/02/2019 16:06:27

EPICRISIS

r Atención:E.S.E. Hosp Regional

Código Habilitación: 1507900790147

ENTE:	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL					No. HISTORIA:	24230342
TIFICACION:	CC.	24230342	EDAD:	55 A 3 M 16 D	SEXO: Femenino	ADMISION No.:	167701
/ICIO DE INGRESO:		Urgencias				SERVICIO EGRESO:	Hospitalización
HA INGRESO:	10/01/2019 16:16					FECHA EGRESO:	14/01/2019 08:53

ICO QUE ELABORA:

WALTER ENRIQUE RINCON GUEVARA
Tarjeta profesional : 13467
MEDICO ESPECIALISTA

Sistemas CMS cloud 63
13/02/2019 15:09.50

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
NIT: 891855039-9

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

148

Lugar Atención: E.S.E. Hosp Regional — Código Habilitación: 157590079801

24230342		1
IDENTIFICACION DEL PACIENTE		INTERCONSULTA
RODRIGUEZ	SANDOVAL	NARDA CECILIA
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

SEXO: Femenino EDAD: 55 A 3 M 1 CAMA: SECCION

VINCULACION: MEDISALUD UT URGENCIAS

DIAGNOSTICO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADO

MOTIVO SOLICITUD INTERCONSULTA:

PACIENTE EN POP TARDIO DE LAPAROTOMIA EXPLORTORIA POR SNDROME ADHERENCIAL SEVERO CON ANTECEDENTES DE HISTERECTOMIA, APENDICECTOMIA EN FASE GANGENOSA CON ABSCESO QUE SE EXTENDE A REGION RETROILEAL Y HACIA PELVIS INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE EL CLNICA MEDILASR EL 17/12/2018. EL DIA DE HOY ACUE POR DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILIACA DERECHA CON REPORTE DE ECOGRAFIA ABDOMINAL QUE REPORTA CAMBIO INFLAMATORIOS A NIVEL DE MESO, EN FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHA CON LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD. AL EXAMEN FISICO ABDOMEN: BLANDO, DEPREIBLE, CON FAJA, DOLOROSO A LA PALPACION EN FOSA ILIACA DERECHA. SE SOLICITA CUADRO HEAMTICO, AMILASA, FOSFATASA ALCALINA, BUN, CREATININA Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL, SE EXPLICA CONDUCTA A PCIENTE QUEINR EFIERE ENTEDER Y ACEPTAR.

DIAGNOSTICO DE RESPUESTA DE INTERCONSULTA: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADO

RESPUESTA DE LA INTERCONSULTA

SOLUCION NO. 1

FECHA DE RESPUESTA
10-01-2019

NESTOR ESTEBAN ROJAS PARADA	LUIS CARLOS RUIZ	ESPECIALIDAD
Registro Medico : 1010205008	Registro Medico : 1834/09	CIRUGIA
MEDICO GENERAL	MEDICO ESPECIALISTA	
MEDICO SOLICITANTE	ESPECIALISTA QUE RESPONDE	

Impreso por : CONSU - USUARIO CONSULTA

CENTRO MEDICO 24 HORAS

149

CEN ...RAS LTD
Su IPS de confia...

Nro. documento	CC 24230342	**Paciente**	RODRIGUEZ SANDOVAL NARDA CECILIA		
Fecha Nacimiento	25/09/1963	**Edad**	57 Años	**Sexo**	F
Dirección	VEREDA IGUARO	**Celular**	3213779702	**Eps**	MEDISALUD
		Fecha de Atención	10/11/2020 15:54:53		

- ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL

DOLOR DE ABDOMEN. / PACIENTE ATENDIDA EN TELECONSULTA. SE EXPLICA A LA USUARIA EL OBJETIVO DE LA TELEORIENTACION, LA CUAL MANIFIESTA ESTAR DE ACUERDO Y OTORGA EL CONSENTIMIENTO VERBAL PARA CONTINUAR CON LA TELEORIENTACION. REFIERE PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE DE APROX. 4 MESES DE EVOLUCION. TIENE EL ANTECEDENTE DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA EN FEB/2019 POR COMPRESA OLVIDADA EN CAVIDAD ABDOMINAL POSTERIOR A UNA APENDICECTOMIA EN DIC/2018 Y COLITIS POR ECOGRAFIA EN AGOSTO/2019. MANIFIESTA ADEMAS EPISODIOS DE DEPRESION ASOCIADOS A SU PROBLEMA ABDOMINAL.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Org los sentidos:NIEGA | Neurológico:NIEGA | Cardiopulmonar:NIEGA | Psiquiátrico:NIEGA | Digestivo:NIEGA | Genitourinario:NIEGA | Dermatológico:NIEGA | Ginecológico:NIEGA | Osteoarticular:NIEGA | Obstétrico:NIEGA

ANTECEDENTES

Familiares:PADRES Y 2 HERMANOS DIABETICOS. | Patológicos:HTA | Farmacológicos:LOSARTAN 50 MGS/DIA | Traumatológicos:NIEGA | Quirúrgicos:HISTERECTOMIA. APENDICECTOMIA DIC/18. LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR COMPRESA FEB/19. | Tóxico-Alérgicos:NIEGA | De la infancia:NIEGA | Menarquía: | Ciclo: | F.U.R: | F.U.P: | F.U.C: | Res.Ult.Citología: | GPCAMV:G: P: C: A: M: V: | Planificación:

- EXAMEN FISICO

Condiciones Generales ACEPTABLES

T° 36.5	**Ta** 120/80	**Mm/Hg**	**Fc** 80	**x Min**	**Fr** 18	**x Min**	**Imc** 27,19	**Peso** 62	**Kg**	**Talla** 151	**cms**	**150**

Cabeza:NORMOCEFALO | Cara:FACIES NORMALES | Ojos:CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS,ESCLERAS ANICTERICAS.ANEXOS NORMALES | Boca:MUCOSA ORAL HUMEDA | Cuello:NO MASAS, NO MEGALIAS, NO INGURGITACION YUGULAR | ORL:AMIGDALAS NORMOCROMICAS | Cardiopulmonar:RsCs RITMICOS, NO SOPLOS. CsPs LIMPIOS NO AGREGADOS | Torax:SIMETRICO SIN LESIONES NI DEFORMIDADES | Abdomen:BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS IRRITACION PERITONEAL | Extremidades:PULSOS POSITIVOS NO EDEMAS BUENA PERFUSION DISTAL NO SIGNOS TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ARCOS DE MOVIMIENTO NORMALES | Piel:SIN LESIONES EVIDENTES | Genitourinario:SIN ALTERACIONES EVIDENTES | Neurológico:CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ Y A LA ACOMODACION NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA PARES CRANEANOS CONSERVADOS NO SIGNOS DE FOCALIZACION GLASGOW 15/15

ANÁLISIS:

- PARACLINICOS

- DIAGNOSTICO

OTRO DOLOR ABDOMINAL Y LOS NO ESPECIFICADOS | SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA | EPISODIO DEPRESIVO LEVE |

- PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Tamizaje NO
Inmunorpofilaxis NO
Quimioprofilaxis NO
Consejería NO
Enfoque de riesgo NO

- TRATAMIENTO / PLAN

SS ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL.
SE REMITE A PSIQUIATRIA.
SE LE DAN INSTRUCCIONES SOBRE LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS, USO DE TAPABOCAS, QUEDARSE EN CASA Y RECOMENDACIONES GENERALES CON EL FIN DE PREVENIR EL CONTAGIO Y LA PROPAGACION DEL NUEVO CORONAVIRUS COVID 19. LA PACIENTE NIEGA RIESGO DE EXPOSICION PORQUE NO HA SALIDO DEL MUNICIPIO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS, NI HA TENIDO CONTACTO CON PERSONAS CON SOSPECHA Y/O CONFIRMACION DE LA ENFERMEDAD. SE LE EXPLICA QUE EN CASO DE ALGUN PROBLEMA MEDICO PODRA SOLICITAR LA CITA POR TELEFONO.
CONTROL CON RESULTADOS.

JORGE ENRIQUE TROUT TRESPALACIOS
MEDICINA
RM/TP 14700

Fecha de Impresión: 11/11/2020 07:22:16

* La historia clínica no lleva firma y sello teniendo en cuenta el Art. 18 de la Res. 1995 de Julio 08 de 1999

Impreso por : Soluciones Tecnológicas - solutec.sistemas@gmail.com

CENTRO MEDICO 24 HORAS

HOJA DE REFERENCIA

Fecha 10/11/2020 **Documento** 24230342 **Dirección** VEREDA IGUARO **Teléfono** 3213779702 **Edad** 57 Años **Género** F
Nombre RODRIGUEZ SANDOVAL NARDA CECILIA **Eps** MEDISALUD **Acudiente** LILIANA ANDREA **Teléfono** 3214264716

ORIGEN DE REFERENCIA

CIUDAD: MONTERREY **DESTINO:** YOPAL **ESPECIALIDAD:** PSIQUIATRIA

RESUMEN HISTORIA CLINICA:
PACIENTE ATENDIDA EN TELECONSULTA. TIENE EL ANTECEDENTE DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA EN FEB/2019 POR COMPRESA OLVIDADA EN CAVIDAD ABDOMINAL POSTERIOR A UNA APENDICECTOMIA EN DIC/2018. REFIERE PRESENTAR EPISODIOS DE DEPRESION ASOCIADOS AL DOLOR ABDOMINAL CRONICO POR LA COMPLICACION QUIRURGICA. SE REMITE PARA VALORACION Y MANEJO ESPECIALIZADO POR PSIQUIATRIA.

ANTECEDENTES:
FAM:PADRES Y 2 HERMANOS DIABETICOS.. PAT:HTA . FARM:LOSARTAN 50 MGS/DIA. TX:NIEGA. TRAUMA:NIEGA. QX:HISTERECTOMIA. APENDICECTOMIA DIC/18. LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR COMPRESA FEB/19.

EXAMEN FISICO:
Condiciones Generales:ACEPTABLES. T°:36.5. TA:120/80. FC :80. FR:18. IMC:27,19. PESO:62. TALLA:151. Cabeza:NORMOCEFALO. Cara:FACIES NORMALES. Ojos:CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS,ESCLERAS ANICTERICAS.ANEXOS NORMALES. Boca:MUCOSA ORAL HUMEDA. Cuello:NO MASAS, NO MEGALIAS, NO INGURGITACION YUGULAR. ORL:AMIGDALAS NORMOCROMICAS. C/P:RsCs RITMICOS, NO SOPLOS. CsPs LIMPIOS NO AGREGADOS. Tórax:SIMETRICO SIN LESIONES NI DEFORMIDADES. Abdomen:BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS IRRITACION PERITONEAL. Extremidades:PULSOS POSITIVOS NO EDEMAS BUENA PERFUSION DISTAL NO SIGNOS TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ARCOS DE MOVIMIENTO NORMALES. Piel:SIN LESIONES EVIDENTES. G/U:SIN ALTERACIONES EVIDENTES. Neurológico:CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ Y A LA ACOMODACION NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA PARES CRANEANOS CONSERVADOS NO SIGNOS DE FOCALIZACION GLASGOW 15/15

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS F320

MANEJO REALIZADO:

AYUDAS DIAGNOSTICAS:

JUSTIFICACIONES DE LA REFERENCIA
SE REMITE PARA VALORACION Y MANEJO.

JORGE ENRIQUE TROUT TRESPALACIOS
RM/TP 14700

CALLE 15 No 6 - 43 Teléfonos: 0986249228 Monterrey - Casanare

CENTRO MEDICO 24 HORAS

Fecha	10/11/2020	**Entidad**	MEDISALUD	**Edad**	57 Años
Nombre	RODRIGUEZ SANDOVAL NARDA CECILIA	**Documento**	24230342	**Diagnóstico**	

SOLICITUD

R/.
1.- SS ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

JORGE ENRIQUE TROUT TRESPALACIOS
MEDICO - R.P 14700

Validez 3 días hábiles

Fecha de Impresión: 11/11/2020 07:24:55

CALLE 15 No 6 - 43 Teléfonos: 0986249228 Monterrey - Casanare

PUERTA BIERTA SAS
Unidad Integral de Salud

Sede urbana: Diagonal 13 N° 26-30 La pradera. Yopal Teléfono: 6333904 - 3202727669
Sede Campestre: HOSPITALIZACION Km 3 Vía Morichal. Vereda el Paradero
Teléfono: 3197267433-3506[illegible]42-
NIT 900.602.846-2 Correo electrónico: puertabiertasas@gmail.com

YOPAL, martes, 01 de diciembre de 2020 15:02:12

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRIA No. 24.230.342

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	
Identificación	CC 24.230.342 Edad: 57 años, 2 meses y 6 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) miércoles, 25 de septiembre de 1963	
Residencia	MONTERREY Dirección: FINCA VILLA MANUELA Teléfono: 3213779702	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN	
Responsable	- Parentesco: - Teléfono: -	
Acompañante	- Parentesco: - Teléfono: -	
Entidad	MEDISALUD-C-EXT EPS: RES004 - MEDISALUD UT Tipo afiliación: COTIZANTE	
Estado civil	Seleccionar G.S. y RH: Religión: Estrato:	Género: Femenino

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS	NO REFIERE	ALERGICOS	NO REFIERE
FAMILIARES	NO REFIERE	FARMACOLOGICOS	NO REFIERE
TOXICOS	NO REFIERE	LABORALES	NO REFIERE
TRAUMATICOS	NO REFIERE	INMUNOLOGICOS	NO REFIERE
QUIRURGICOS	LAPARATOMIA	HOSPITALARIOS	NO REFIERE
GINECOOBSTETRICOS	NO REFIERE	TRANSFUSIONALES	NO REFIERE

FECHA CONSULTA: martes, 1 de diciembre de 2020 11:27:14 a. m. EDAD: 57 años, 2 meses y 6 días

MOTIVO DE CONSULTA

me siento con mucha ansiedad, todo empezo despues de la operacion

POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFEIRE MARCADA ANGUSTIA INQUIETUD INSOMNIO IRRITABILIDAD, DE VARIAS SEMANAS ASOCIADO A COMPOLICACION QUIRURGICA " ME DEJARON UNA COMPRESA EN UNA OPREACION EN LA CLINICA MEDILASER, FUE TERRIBLE, ME DOLIA MUCHO Y ME DECIAN QUE NO ERA NADA, HASTA QUE NO AGUANTE, ME OPERARON Y SE DIERON CUANTA QUE ME DEJARON UNA COMPRESA, ADEMAS ME QUEDO UNAS HERIDAS MUY FEAS EN MI ABDOMEN CADA VEZ QUE LA VEO ME PONGO MUY TRISTE Y ANSIOSA", PACIENTE DOCENTE CON DIFICULATDES EN SU FUNCIONALIDAD

REVISION POR SISTEMAS

OFTALMOLOGICO	SIN ALTERACIONES	DIGESTIVO	SIN ALTERACIONES
ORL	SIN ALTERACIONES	GENITOURINARIO	SIN ALTERACIONES
RESPIRATORIO	SIN ALTERACIONES	OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
SISTEMA NERVIOSO	SIN ALTERACIONES	PIEL Y FANERAS	SIN ALTERACIONES
CARDIOVASCULAR	SIN ALTERACIONES	PSICOEMOCIONAL	SIN ALTERACIONES
ENDOCRINO	SIN ALTERACIONES		

EXAMEN FISICO

Estatura: - m Peso: - Kg Indice de Masa Corporal: -

Tensión Arterial: - mmHg Frecuencia Cardiaca: -/m Frecuencia Respiratoria: -/m Temperatura: - ºC Saturación: - %

Aspecto general: SIN ALTERACIONES Cardiopulmonar: SIN ALTERACIONES

Cabeza: SIN ALTERACIONES Genitourinario: SIN ALTERACIONES

Organos de los sentidos: SIN ALTERACIONES Piel y faneras: SIN ALTERACIONES

Cuello: SIN ALTERACIONES Vascular periférico: SIN ALTERACIONES

Tórax: SIN ALTERACIONES Sistema nervioso: SIN ALTERACIONES

Abdomen: SIN ALTERACIONES Sistema osteomuscular: SIN ALTERACIONES

EXAMEN MENTAL - APARIENCIA, CONDUCTA MOTORA Y ACTITUD

Cualitativas:

Cuantitativas:

Conciencia: ALERTA

Orientación: GLOBAL

Atención:

Sensopercepción:

Memoria:

EXAMEN MENTAL - PENSAMIENTO

Contenido: IDEAS DE MINUSVALIA, DESEPERANZA,

Expresión:

Afectividad: ANSIOSA

Inteligencia: NORMAL

PUERTA BIERTA SAS
Unidad Integral de Salud

Sede urbana: Diagonal 13 N° 26-30 La pradera. Yopal Teléfono: 6333904 - 3202727669
Sede Campestre: HOSPITALIZACION Km 3 Vía Morichal. Vereda el Paradero
Teléfono: 3197267433-350[illegible]442-
NIT 900.602.846-2 Correo electrónico: puertabiertasas@gmail.com

EXAMEN MENTAL - LENGUAJE: LOCUAZ
EXAMEN MENTAL - JUICIO Y RACIOCINIO
Conciencia de la enfermedad:
Prospección:
EXAMEN MENTAL - ANALISIS Y CONCLUSION
PACIENTE SINTOMAS ANSIOSO, ASOCIADO A UN ESTRES POSTRAUMA, SE HACE PSICOEDUCACION, SE INICIA MANEJO, SE EVIDENCIA IMPORTANTE AFECTACION EMOCIONAL
DIAGNÓSTICOS
Principal: F431-TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO Tipo: IMPRESION DIAGNOSTICA
CONDUCTA/EVOLUCION
CONTROL EN UN MES
PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS
1) MIRTAZAPINA 30 MG TABLETAS # 30 (TREINTA) - Tomar vía Oral 1 TAB cada NOCHE por 30 días
2) CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOLUCION ORAL # 1 (UNO) - Tomar vía Oral 3 GOTAS cada 8H por 30 días
ORDEN MEDICA
CITA POR PSICOLOGIA
CITA POR PSIQUIATRIA EN 30 DIAS
Dr(a). ELVIA ELENA PARDO CELY CC No. 47.434.947 - PSIQUIATRIA - R.M. 05703

PUERTA BIERTA SAS
Unidad Integral de Salud

Sede urbana: Diagonal 13 N° 26-30 La pradera. Yopal Teléfono: 6333904 - 3202727669
Sede Campestre: HOSPITALIZACION Km 3 Vía Morichal. Vereda el Paradero
Teléfono: 3197267433-350[illegible]42-
NIT 900.602.846-2 Correo electrónico: puertabiertasas@gmail.com

YOPAL, martes, 01 de diciembre de 2020 13:55:09

FORMULA MEDICA

NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL	CC 24.230.342	Género: FEMENINO
Edad: 57 años	FINCA VILLA MANUELA	Tel. 3213779702
EAPB: RES004 - MEDISALUD UT		Usuario: Contributivo
Dx: F431		

No.	Medicamento y prescripción	Cantidad
1	MIRTAZAPINA 30 MG TABLETAS Tomar vía Oral 1 TAB cada NOCHE por 30 días	30 TREINTA
2	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOLUCION ORAL Tomar vía Oral 3 GOTAS cada 8H por 30 días	1 UNO

ATENCION

Los medicamentos solo deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación.

Por favor verifique las fechas de vencimiento de los medicamentos antes de administrarlos.

Elvia E. Pardo Cely
DRA ELVIA E. PARDO CELY
MEDICA PSIQUIATRA- U. ROSARIO
RM 05703- C.C. 47.434.947

PUERTA BIERTA SAS
Unidad Integral de Salud

Sede urbana: Diagonal 13 N° 26-30 La pradera. Yopal Teléfono: 6333904 - 3202727669
Sede Campestre: HOSPITALIZACION Km 3 Vía Morichal. Vereda el Paradero
Teléfono: 3197267433-350[illegible]42-
NIT 900.602.846-2 Correo electrónico: puertabiertasas@gmail.com

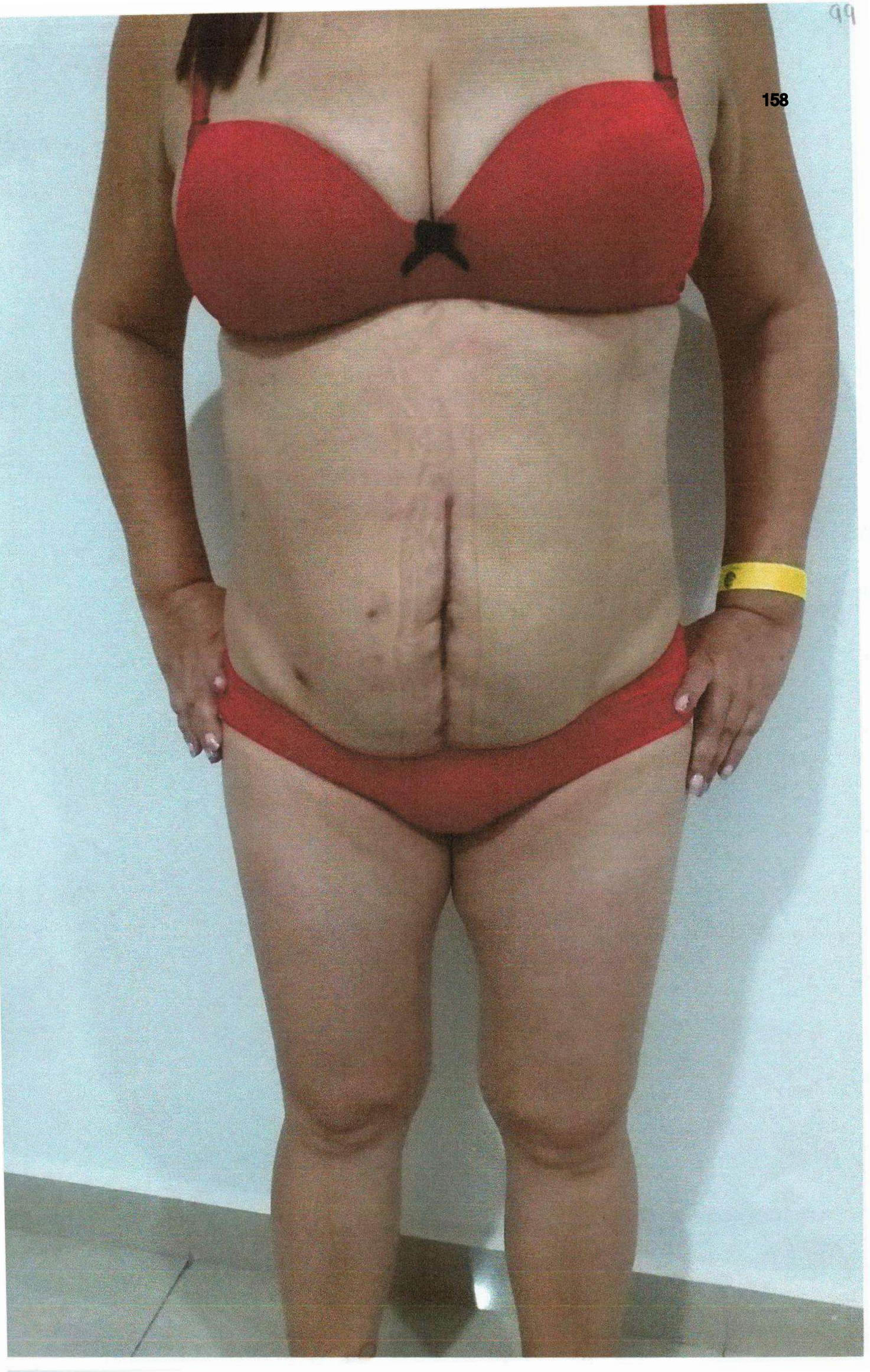
YOPAL, martes, 01 de diciembre de 2020 13:57:24

ORDEN MEDICA

NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
CC 24.230.342 ENTIDAD: MEDISALUD-C-EXT

CITA POR PSICOLOGIA
CITA POR PSIQUIATRIA EN 30 DIAS
DX: F431

Elvia E. Pardo Cely
DRA ELVIA E. PARDO CELY
MEDICA PSIQUIATRA - U. ROSARIO
RM 05703 - C.C. 47.434.947







161

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CASANARE
892099216-6
Humano en Linea
COMPROBANTE DE PAGO
Nombre
RODRIGUEZ SANDOVAL NARDA CECILIA
Documento
24230342
Esquema
Primaria
Centro Costo
Escuela Normal Superior - Sede Principal
Basico
3.641.927,00
Periodo pago
1 may 2019 a 31 may 2019
Fecha Expd
15 oct 2020 06:37
Cargo
Docente de aula
Niv. Contratacion
Propiedad
Grado
14

CodConcepto	Concepto	Dias	Cuotas	Tercero	Unidades	Ingresos	Egresos
AUXMO	Auxílio Movilización					34.320,00	0,00
BONIDOC	Bonif. Mensual Docentes					109.258,00	0,00
SUEBA	Sueldo Basico					3.641.927,00	0,00
APFPM	Aporte Empleado Fondo Prest. Magisterio			NULL		0,00	300.095,00
APFSM	Aporte Empleado Fondo Solidaridad Magisterio			NULL		0,00	37.600,00
COOPSOLIDA	COOPERATIVA SOLIDARIA ABRE TU CORAZON					0,00	55.000,00
INVAR	INVARCOL E.U			N		0,00	245.600,00
BOOK	Latin American Book					0,00	59.800,00
SERVIF	SERVI FINANCIEROS SAS			SERVIF		0,00	38.000,00
SINM2	Sindi Maestros De Casanare-Simac 2% Smml			SIMFU		0,00	16.562,00
SIMFU	793 SIMAC-AUXILIO FUNEBRE			SIMFU		0,00	8.281,00
SINMA	834 Sindi De Maestros De Casanare-Simac 1%			SIMFU		0,00	36.419,00
CANAP	893 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyaca-AFILIAC			N		0,00	100.000,00
CANA1	8931 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyac-LIBRANZ			N		0,00	803.448,00
COMBO	911 Compañía De Seguros Bolivar S.A.			N		0,00	159.300,00

162

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CASANARE
892099216-6
Humano en Linea
COMPROBANTE DE PAGO
Nombre
RODRIGUEZ SANDOVAL NARDA CECILIA
Documento
24230342
Esquema
Primaria
Centro Costo
Escuela Normal Superior - Sede Principal
Basico
3.641.927,00
Periodo pago
1 mar 2019 a 31 mar 2019
Fecha Expd
15 oct 2020 06:36
Cargo
Docente de aula
Niv. Contratacion
Propiedad
Grado
14

CodConcepto	Concepto	Dias	Cuotas	Tercero	Unidades	Ingresos	Egresos
AUXMO	Auxílio Movilización					3.432,00	0,00
BONIDOC	Bonif. Mensual Docentes					10.926,00	0,00
PGINC	Pago Incapacidad Comun Ambulatoria					2.250.711,00	0,00
SUEBA	Sueldo Basico					364.193,00	0,00
APFPM	Aporte Empleado Fondo Prest. Magisterio			NULL		0,00	210.066,00
COOPSOLIDA	COOPERATIVA SOLIDARIA ABRE TU CORAZON					0,00	55.000,00
INVAR	INVARCOL E.U			N		0,00	245.600,00
SERVIF	SERVI FINANCIEROS SAS			SERVIF		0,00	38.000,00
SINM2	Sindi Maestros De Casanare-Simac 2% Smml			SIMFU		0,00	16.562,00
SINMA	834 Sindi De Maestros De Casanare-Simac 1%			SIMFU		0,00	36.419,00
CANAP	893 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyaca-AFILIAC			N		0,00	100.000,00
CANA1	8931 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyac-LIBRANZ			N		0,00	803.448,00
COMBO	911 Compañía De Seguros Bolivar S.A.			N		0,00	159.300,00
	Totales:					2.629.262,00	1.664.395,00

Neto a pagar:
964.867,00

163

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CASANARE
892099216-6
Humano en Linea
COMPROBANTE DE PAGO
Nombre
RODRIGUEZ SANDOVAL NARDA CECILIA
Documento
24230342
Esquema
Primaria
Centro Costo
Escuela Normal Superior - Sede Principal
Basico
3.641.927,00
Periodo pago
1 abr 2019 a 30 abr 2019
Fecha Expd
15 oct 2020 06:36
Cargo
Docente de aula
Niv. Contratacion
Propiedad
Grado
14

CodConcepto	Concepto	Dias	Cuotas	Tercero	Unidades	Ingresos	Egresos
AUXMO	Auxílio Movilización					34.320,00	0,00
BONIDOC	Bonif. Mensual Docentes					109.258,00	0,00
SUEBA	Sueldo Basico					3.641.927,00	0,00
APFPM	Aporte Empleado Fondo Prest. Magisterio			NULL		0,00	300.095,00
APFSM	Aporte Empleado Fondo Solidaridad Magisterio			NULL		0,00	37.600,00
COOPSOLIDA	COOPERATIVA SOLIDARIA ABRE TU CORAZON					0,00	55.000,00
INVAR	INVARCOL E.U			N		0,00	245.600,00
BOOK	Latin American Book					0,00	59.800,00
SERVIF	SERVI FINANCIEROS SAS			SERVIF		0,00	38.000,00
SINM2	Sindi Maestros De Casanare-Simac 2% Smml			SIMFU		0,00	16.562,00
SIMFU	793 SIMAC-AUXILIO FUNEBRE			SIMFU		0,00	8.281,00
SINMA	834 Sindi De Maestros De Casanare-Simac 1%			SIMFU		0,00	36.419,00
CANAP	893 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyaca-AFILIAC			N		0,00	100.000,00
CANA1	8931 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyac-LIBRANZ			N		0,00	803.448,00
COMBO	911 Compañía De Seguros Bolivar S.A.			N		0,00	159.300,00

164

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CASANARE
892099216-6
Humano en Linea
COMPROBANTE DE PAGO
Nombre
RODRIGUEZ SANDOVAL NARDA CECILIA
Documento
24230342
Esquema
Primaria
Centro Costo
Escuela Normal Superior - Sede Principal
Basico
3.641.927,00
Periodo pago
1 feb 2019 a 28 feb 2019
Fecha Expd
15 oct 2020 06:35
Cargo
Docente de aula
Niv. Contratacion
Propiedad
Grado
14

CodConcepto	Concepto	Dias	Cuotas	Tercero	Unidades	Ingresos	Egresos
PGINC	Pago Incapacidad Comun Ambulatoria					2.500.790,00	0,00
APFPM	Aporte Empleado Fondo Prest. Magisterio			NULL		0,00	200.063,00
COOPSOLIDA	COOPERATIVA SOLIDARIA ABRE TU CORAZON					0,00	55.000,00
INVAR	INVARCOL E.U			N		0,00	245.600,00
SERVIF	SERVI FINANCIEROS SAS			SERVIF		0,00	38.000,00
SINM2	Sindi Maestros De Casanare-Simac 2% Smml			SIMFU		0,00	16.562,00
SINMA	834 Sindi De Maestros De Casanare-Simac 1%			SIMFU		0,00	36.419,00
CANAP	893 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyaca-AFILIAC			N		0,00	100.000,00
CANA1	8931 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyac-LIBRANZ			N		0,00	803.448,00
COMBO	911 Compañía De Seguros Bolivar S.A.			N		0,00	159.300,00
	Totales:					2.500.790,00	1.654.392,00

Neto a pagar:
846.398,00
Fondos: F. Prestaciones Soc Del Magisterio

165

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CASANARE
892099216-6
Humano en Linea
COMPROBANTE DE PAGO
Nombre
RODRIGUEZ SANDOVAL NARDA CECILIA
Documento
24230342
Esquema
Primaria
Centro Costo
Escuela Normal Superior - Sede Principal
Basico
3.641.927,00
Periodo pago
1 ene 2019 a 31 ene 2019
Fecha Expd
15 oct 2020 06:33
Cargo
Docente de aula
Niv. Contratacion
Propiedad
Grado
14

CodConcepto	Concepto	Dias	Cuotas	Tercero	Unidades	Ingresos	Egresos
BONG14ACT	Bonificacion G14 Doc.Activos D2565/2015 No FacSal					546.289,00	0,00
PGINC	Pago Incapacidad Comun Ambulatoria					2.250.711,00	0,00
PGINC100	Pago Incapacidad 100%					375.118,00	0,00
APFPM	Aporte Empleado Fondo Prest. Magisterio			NULL		0,00	210.066,00
COOPSOLIDA	COOPERATIVA SOLIDARIA ABRE TU CORAZON					0,00	55.000,00
INVAR	INVARCOL E.U			N		0,00	245.600,00
BOOK	Latin American Book					0,00	79.900,00
SERVIF	SERVI FINANCIEROS SAS			SERVIF		0,00	38.000,00
SINM2	Sindi Maestros De Casanare-Simac 2% Smml			SIMFU		0,00	16.562,00
SINMA	834 Sindi De Maestros De Casanare-Simac 1%			SIMFU		0,00	36.419,00
CANAP	893 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyaca-AFILIAC			N		0,00	100.000,00
CANA1	8931 Cooperativa Multiactiva-Canapro Boyac-LIBRANZ			N		0,00	803.448,00
COMBO	911 Compañía De Seguros Bolivar S.A.			N		0,00	159.300,00
	Totales:					3.172.118,00	1.744.295,00

Neto a pagar:

Versión 2.0

166

MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"







MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CÓMO USAR ESTA GUÍA



CLIC PARA VOLVER AL ÍNDICE



CLIC PARA IR AL URL



PULSE PARA MOVERSE ENTRE LAS PÁGINAS



PULSE PARA SALIR DEL MODO PANTALLA COMPLETA



PULSE PARA VOLVER AL MODO PANTALLA COMPLETA



PULSE PARA CERRAR LA VENTANA ACTUAL

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

SAMUEL GARCÍA DE VARGAS
Subdirector de Prestación de Servicios

MINSALUD

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS
Consultora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

ANA MILENA MONTES CRUZ
Profesional Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

UNIÓN TEMPORAL

PRAXXIS Consultores S.A.S

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ
Dirección General del Proyecto

JAIME HERNÁN RODRÍGUEZ MORENO
MARCELA DÍAZ RAMÍREZ
Equipo Técnico

FOSCAL
INSTITUTO ROOSEVELT
HOSPITAL PABLO VI BOSA
HOSPITAL CIVIL IPIALES
CLÍNICA DEL COUNTRY
Agradecimiento por su participación

MINSALUD

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 8
2. OBJETIVO GENERAL 16
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 18
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS 20
5. ESCENARIO PROBLÉMICO 27
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS) 29
7. MARCO TEÓRICO 31
   - 7.1 Antecedentes 32
   - 7.2 Justificación 46
   - 7.3 Análisis de causas en atención en salud "Protocolo de Londres" 47
   - 7.4 Seguimiento y Monitorización 71
     - 7.4.1 Mecanismos de monitoreo 71
     - 7.4.2 Indicadores 71
8. APROPIACIÓN 75
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS 87
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS 93
11. CONCLUSIONES 96
12. ANEXOS 99

Este pdf es interactivo.
Se puede ingresar a cada uno de los contenidos dando clic sobre el título que desee buscar.



1. INTRODUCCIÓN

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

El presente paquete se elaboró con la orientación de expertos técnicos, entrevista a líderes en la implementación de prácticas seguras y revisión sistemática de literatura.

El marcó teórico está basado en el Protocolo de Londres como metodología (teoría) sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el análisis de eventos adversos e incidentes. Bajo este modelo interactivo se presentan las fallas en la atención en salud más relevantes, las barreras de seguridad que evitan su ocurrencia y los factores contributivos que predisponen a dicha falla.

Para la actualización del paquete instruccional que se presenta se siguió la siguiente metodología:

1. Revisión y recolección de la propuesta de ajuste de los paquetes instruccionales vigentes e identificación de nuevas fallas, barreras de seguridad y factores contributivos.

La revisión se realizó desde los siguientes dos enfoques:

2. Enfoque de Expertos Técnicos, en el que participaron 3 actores:

1. IPS Acreditadas o de alto reconocimiento en el país: se invitó a identificar fortalezas según la IPS y se correlacionó con un paquete instruccional o varios. Las IPS sugirieron, según su práctica clínica y recomendación de sus expertos, incluir, modificar o eliminar fallas activas o prácticas seguras y factores contributivos según apique.

2. Agremiaciones: se invitó a las agremiaciones como expertos técnicos en el tema, para la retroalimentación en la inclusión, eliminación o modificación de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a cada agremiación.

3. Experto técnico: dentro del equipo de la unión temporal se cuenta con un experto técnico con especialidad en el tema relacionado con el paquete, de amplia trayectoria clínica. Este experto, según su experiencia clínica, realizó recomendaciones en la inclusión, eliminación o modificación de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a su experticia clínica.

Revisión sistemática de la literatura que, a su vez, se realizó con dos enfoques:

a. Validación de las recomendaciones de los expertos y de lo ya existente.

La unión temporal cuenta con un equipo de epidemiólogos con amplia experiencia en revisión de literatura. Una vez finalizada la etapa de revisión, se realizó consolidación de todas las fallas activas o prácticas seguras, factores contributivos y barreras de seguridad sugeridos por los diferentes actores como expertos técnicos, más los que contienen los actuales paquetes y se aplicó una matriz de priorización en donde los criterios fueron:

En fallas activas o acciones inseguras: se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las fallas activas o acciones inseguras que requerían soporte bibliográfico que, a criterio de los expertos técnicos, no cuentan con evidencia conocida sobre el impacto y frecuencia de esta falla.

En las Barreras de seguridad: se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las barreras de seguridad que, a criterio de los expertos técnicos, no cuentan con evidencia de su efectividad.

Como resultado de este ejercicio se eligieron:

- Preguntas PICOT para calificación de la evidencia de los artículos que soporta la barrera de seguridad y falla activa.
- PICOT: es una sigla en donde la P significa población; I: Intervención; C: comparación; O: Out come (Desenlace); y, T: Tiempo al que se evalúa el desenlace. Esta metodología permite construir preguntas contestables que facilitan la búsqueda de literatura en diferentes bases de datos.
- Preguntas de referenciación bibliográfica para validar la aplicación de las barreras de seguridad, la frecuencia e impacto de las mismas.

Para esto, el equipo de epidemiólogos realizó búsquedas en bases de datos como MEDLINE Y EMBASE de cada una de las preguntas. Prefiriendo por su nivel de evidencia artículos cuyos métodos de estudio fuesen: revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y guías de práctica clínica basadas en evidencia. De esta búsqueda se procede a la lectura por los expertos y epidemiólogos para sinterizar la información relevante y, para los casos en que aplique, establecer calificación de la evidencia y poder emitir las recomendaciones.

b. Búsqueda de recomendaciones en la literatura.

Dentro de las preguntas se incluyeron las búsquedas de las fallas más comunes y de mayor impacto para cada tema y las prácticas seguras más comunes y de mayor impacto.

El presente paquete instruccional motiva al lector a identificar los errores más comunes y de alto impacto (fallas en la atención), sus factores contributivos, las barreras o prácticas seguras a implementar para evitar su expresión en forma de daños a la salud, así como los mecanismos de monitoreo y medición de las prácticas seguras sugeridas. Adicionalmente se presentan algunas experiencias exitosas de IPS nacionales que reflejan diferentes metodologías para la implementación de barreras de seguridad en la atención en salud a la población en mención.

Está dirigido a todo el personal de salud (especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos), así como al personal administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.

El modelo pedagógico en el que se ha diseñado el paquete instruccional es el ABP, **Aprendizaje Basado en Problemas.** Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir dentro de la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de **grandes preguntas-problemas**, que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio, pero no con el objetivo

de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de **buscar nuevos problemas** para que se eternicen las preguntas y, así, se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde con la cambiante realidad. Para profundizar en este tema, lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico; será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. (Hacer clic aquí).

Teniendo en cuenta que este paquete está encaminado a promover la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, se considera importante definir este concepto para dar un enfoque más integral:

Actividad o procedimiento quirúrgico: es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas[1].

Según la OMS, la **cirugía mayor** es "todo procedimiento realizado en quirófano que permite la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido; generalmente requiere anestesia regional o general o sedación profunda para controlar el dolor" (OMS).

Es decir, un procedimiento quirúrgico no se lleva a cabo únicamente en un quirófano, se realizan también en salas de procedimientos (de baja o mediana complejidad) de los servicios de urgencias (UCI), consultorios especializados de odontología, unidades de gastroenterología, servicios de radiología intervencionista, entre otros.

De acuerdo con la estructura del proceso, la atención quirúrgica tiene 3 fases según

1 MinSalud. Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

su relación con el acto quirúrgico: pre-quirúrgica, fase quirúrgica y postquirúrgica. La fase pre-quirúrgica es la fase que precede a la cirugía y en donde suceden una serie de momentos, necesarios para su correcta ejecución y en los cuales existe interacción entre varias personas. En la fase pre-quirúrgica el paciente pasa por un proceso, en el que tiene contacto con profesionales y técnicos que, conforme a sus responsabilidades, ofrecen información, aclaran dudas clínicas y administrativas, realizan revisión detallada de la documentación requerida y de la historia clínica previa; todo esto para garantizar que el procedimiento sea llevado a cabo de manera exitosa. Dentro del acto quirúrgico y posterior a este, también hay una serie de acciones que, llevadas a cabo de manera correcta, disminuyen el riesgo de presentación de complicaciones posteriores.

En reconocimiento de que los fallos de la atención sanitaria afectan a 1 de cada 10 enfermos en todo el mundo, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador han combinado nueve soluciones eficaces para reducir esos errores, entre las que se encuentra: **Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto[2].** El establecimiento de estas soluciones busca reducir el riesgo de presentación de eventos adversos a través de prácticas seguras (barreras y defensas) en las instituciones de salud.

2 Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/ Fecha de consulta: día mes año.

Este paquete instruccional está dirigido a todo el personal que participa en el proceso de atención del paciente en salas de cirugía y, en general, se refiere a los diferentes procedimientos quirúrgicos que se realicen en las instituciones de salud; el personal que interviene en este proceso incluye administrativo, técnico y profesional: personal de admisiones, anestesiólogos, médicos generales, médicos especialistas, médicos cirujanos, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería y de odontología, instrumentadoras, personal de apoyo terapéutico (fisioterapeutas, terapeutas respiratorias), e incluso personal de farmacia, quienes garantizan que los insumos estén completos y en el momento correcto durante el proceso de atención. Se considera igualmente que la información debe socializarse con el personal de servicios generales y mantenimiento, quienes participan en el procedimiento de desinfección de las salas y de soporte a equipos biomédicos respectivamente.



2. OBJETIVO GENERAL

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico y administrativo, además de competencias y habilidades para la ejecución de prácticas seguras (barreras y defensas) por parte del personal de salud responsable de ejecutar las actividades relacionadas con la atención del paciente en todo el proceso pre, trans y postquirúrgico, para disminuir la presentación de eventos adversos o incidentes.



3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

- Identificar cuáles son los errores o fallas más comunes en la atención del paciente en los procedimientos quirúrgicos.
- Identificar cuáles son los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la presencia de riesgos en la atención del paciente en los procedimientos quirúrgicos.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces para prevenir la aparición del riesgo en los procedimientos quirúrgicos y su aplicación para mitigar las consecuencias.
- Establecer los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de las prácticas seguras (barreras y defensas) y de la disminución de los riesgos en los procedimientos quirúrgicos.
- Presentar experiencias exitosas como guía para aplicación de prácticas seguras (barreras y defensas).



4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias[3].

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud[4].

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso[5].

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales[6].

---

3 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

4 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

5 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

6 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.)[7]

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembro de los procesos de apoyo (personal administrativo)[8].

EVENTO ADVERSO: es el resultado de una atención en salud que, de manera no intencional, produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

7 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

8 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa)[9]. Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** cómo la documentación ausente, poco clara, no socializada contribuye al error. Cómo la tecnología (o insumos ausentes), deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** cómo el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) contribuye a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones, como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** cómo las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) contribuyen al error. Ejemplo:

9 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

- **Ambiente:** cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y Gerencia:** cómo las decisiones de la gerencia contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** cómo las situaciones externas a la institución contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad, etc.

INCIDENTE: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente, que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención[10].

OBLITO: cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica[11]. Entre estos se pueden citar: gasas, compresas, pinzas, retractores, agujas, electrodos, etc.

---

10 http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf consultado el 4 de diciembre de 2014

11 RAE. Diccionario de la Lengua española

ESCALA DE SEVERIDAD DE CLAVIEN: es una clasificación basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, diseñada por Clavien y Cols, quienes la validaron y publicaron en 2004 y en 2009; establecieron una nueva clasificación, basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, que las clasifica en cinco grados[12].

BREAFING: o sesión informativa de seguridad, es una herramienta en la que personal asistencial, antes de iniciar un procedimiento, comparte información acerca de los problemas de seguridad potenciales del paciente a intervenir[13].

LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN: son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática. Entre los usos principales se encuentran:

- Realización de actividades en las que es importante que no se olvide ningún paso y/o deben hacerse las tareas con un orden establecido.
- Realización de inspecciones donde se debe dejar constancia de cuáles han sido los puntos inspeccionados.

12 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000400007

13 Improvement Healthcare Institute. Safety Breafings, 2004. Disponible en http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SafetyBriefings.aspx. Consultado el 28 de diciembre de 2014.

CHEQUEO CRUZADO: es el procedimiento mediante el cual en un mismo acto dos personas verifican una información muy importante para el procedimiento del paciente[14].

SERVICIO QUIRÚRGICO: servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren recurso médico especializado, estancia hospitalaria, en algunas ocasiones equipamiento específico y de tecnología de punta por procedimiento, siempre en salas quirúrgicas[15].

QUIRÓFANO: espacio cerrado completamente, que permite la prestación del servicio quirúrgico por parte de un equipo de profesionales idóneos del área de la salud, con tecnología de punta, para todos los procedimientos que se hacen bajo anestesia general, regional o local y sedación[16].

14 Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals.

15 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014.

16 Ibíd.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir Anexo 3)



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

¿Por qué es importante trabajar en la seguridad de la atención en los procedimientos quirúrgicos?

¿Cuáles son las acciones inseguras (fallas activas) más comunes que conllevan a la presentación de errores en la atención en los procedimientos quirúrgicos?

¿Cuáles son las prácticas seguras (barreras y defensas) más eficaces para evitar eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos?

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento son los más eficaces para ayudar a prevenir la presencia de eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos?

¿Cómo se implementan prácticas seguras (barreras y defensas) para evitar los eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir Anexo 4)



6. METAS DE APRENDIZAJE

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición de las acciones inseguras o falla activa y ayuda a identificar las fallas latentes relacionadas con la cultura y los procesos organizacionales.
- Identifica y propone nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente.
- Implementa y aplica en su desempeño buenas prácticas (institucionales, asistenciales, que involucran al usuario y a su familia, y las que mejoran la actuación de los profesionales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente.
- Asume el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.



7. MARCO TEÓRICO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

7.1 ANTECEDENTES

¿Por qué es importante trabajar en la seguridad de la atención en los procedimientos quirúrgicos? (regresar al escenario problémico)

Siendo la seguridad del paciente un reto mundial, en el año 2002 la 55.ª Asamblea Mundial de Salud convocó a los países a prestar mayor atención al tema, reforzando sus sistemas de seguridad y control. En 2004 esta asamblea, en su versión No. 57, aprobó la creación de una alianza internacional enfocada a mejorar la seguridad del paciente; dicha Alianza Mundial para la Seguridad del paciente fue lanzada en octubre de 2004.

Dentro de los elementos generados por la alianza se encuentra el segundo reto denominado la Cirugía Segura Salva Vidas, lanzado en el 2008 por la OMS; con este se busca que los procedimientos quirúrgicos sean seguros y logren cumplir su objetivo, que es mejorar las condiciones de salud de las personas, disminuyendo la mortalidad y morbilidad de los pacientes.

Según estadísticas mundiales, el número de procedimientos quirúrgicos aumenta, dada la creciente incidencia de trauma del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares. Esto va de la mano de los avances en la ciencia y la tecnología, y de la necesidad de capacitación y generación de competencias y habilidades en aten-

ción en salas de cirugía del personal de la salud que cumple con estas funciones. Según la OMS, se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas; igualmente se considera que cada año, 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos[17].

Sin embargo, las cirugías son procedimientos con riesgos que pueden traer desenlaces inadecuados y generar daños a los pacientes; existen varios estudios realizados alrededor del mundo respecto a este tema, desde el año 1999, cuando el Instituto de Medicina de Estados Unidos publica su estudio To err is human (Errar es humano)[18], en el que se incluye la cirugía en lugar equivocado como uno de los principales errores que se cometen en las instituciones de salud, y establece que las cifras más altas de error con consecuencias serias se presentan en unidades de cuidado intensivo, salas de cirugía y salas de emergencia.

En el documento La Cirugía Segura Salva Vidas, de la OMS, se considera que en los países industrializados se han registrado complicaciones importantes entre el 3% y 16% de los procedimientos quirúrgicos requiriendo ingreso, con tasas de mortalidad

17 WHO. La Cirugía segura Salva Vidas: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf Fecha de consulta: 7/12/2014

18 http://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf. Fecha de consulta: 7/12/2014

o discapacidad permanente del 0,4% al 0,8% aproximadamente, mientras que en los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5% al 10% en operaciones de cirugía mayor; casi 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas al año, 1 millón de los cuales mueren durante o inmediatamente después de la cirugía[19].

Además de lo anterior, un informe anual de la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) sobre eventos centinela en el año 2005, señala que de 3548 eventos revisados se presentan los siguientes eventos relacionados con cirugía: en el segundo lugar: Cirugía en lugar equivocado (12.8%); Tercer lugar: complicaciones postoperatorias (12.5%); y, en el decimotercer puesto: evento relacionado con anestesia 1,6%[20], lo que pone de manifiesto el riesgo al que está expuesto el paciente y la gran necesidad de mitigarlo por medio de estrategias de prevención.

Un estudio reciente realizado en el Reino Unido, publicado en el año 2011[21], en el que durante el periodo de estudio fueron admitidos 12 121 pacientes en la unidad quirúrgica, de los cuales 8032 fueron cirugía electiva y 4089 por causa aguda. Se realizaron 15 508 procedimientos en 8384 pacientes; 1639 pacientes operados tuvieron

19 WHO. La Cirugía segura Salva Vidas: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf Fecha de consulta: 7/12/2014

20 http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf. Fecha de consulta: 9/12/2014.

21 E, Bosna. Incidence, nature and impact of error in surgery. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.7594/pdf. Fecha de consulta: 9/12/2014

uno o más eventos registrados (entre complicaciones y errores). De los 12 121 pacientes admitidos, 735 (6,1%) tuvieron 873 errores registrados. La incidencia más alta de errores, en relación con el tipo de cirugía, se presentó principalmente en cirugía torácica (9,9%), vascular (9,2%) y trauma (8,7%).

Según el estudio IBEAS (2010)[22], que fue desarrollado en 5 países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), durante el periodo del estudio se incluyeron 11 379 pacientes de los cuales 1191 (10.5%) presentaron un evento adverso. De estos, 415 (34,3%) presentaron eventos adversos relacionados con la atención quirúrgica, y de ellos, 118 (28,4%) fueron graves, siendo los eventos adversos quirúrgicos la segunda causa de eventos adversos del estudio.

Para el caso de Colombia, el estudio IBEAS mostró una prevalencia de eventos adversos del 13.1% (312/2373); de estos, 135 (43,3%) estuvieron relacionados con procedimientos quirúrgicos. La severidad de estos fue variable, con predominio de severidad moderada (57%), mientras que los eventos adversos graves correspondieron al 22,3% (30) del total de eventos adversos relacionados con procedimientos quirúrgicos.

Todo lo anterior demuestra la pertinencia de trabajar en acciones seguras de los procedimientos quirúrgicos.

22 Ministerio de Sanidad. Política social e Igualdad de España. Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. 2010. http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf. Fecha de consulta: 19/12/2014 Fecha de consulta:

¿Cuáles son las acciones inseguras (fallas activas) más comunes que conllevan a la presentación de errores en la atención en los procedimientos quirúrgicos? (regresar al escenario problémico)

La evidencia indica que los procedimientos que ponen al paciente en el mayor riesgo, incluyen aquellos que implican anestesia general o sedación profunda, aunque otros procedimientos también pueden afectar la seguridad del paciente. Las prácticas pueden mejorar la seguridad de la correcta identificación del paciente, el procedimiento adecuado y el sitio correcto del procedimiento[23].

Dentro del estudio realizado en el Reino unido (2011), los autores mencionan los tipos más frecuentes de error, de acuerdo con la codificación TRACS (de sus siglas Trauma Registry College of Surgeons), y lo clasifican según la escala de severidad de Clavien. De los errores que hubo (873), 827 (94,7%) no tuvieron efecto duradero sobre el paciente (grados I, IIa y IIb)[24].

Los errores que contribuyeron a la muerte del paciente fueron: error en el diagnóstico, demora en el diagnóstico, errores de juicio —incluido error en la preparación preoperatoria—, demora en el quirófano por preparación o evaluación inadecuada, error de técnica. Los errores más frecuentes fueron los relacionados con la técnica, en

23 Office –Based Surgery 2014. National Patient Safety Goals. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2014_OBS_NPSG_E.pdf Fecha de consulta: 19/12/2014

24 E, Bosna. Incidence, nature and impact of error in surgery. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.7594/pdf. Fecha de consulta: 9/12/2014

primer lugar; en segundo lugar, otros (dislocación de drenajes, sondas nasogástricas y vías venosas, mala comunicación entre el paciente y el personal de salud/entre el equipo y drenajes, gasas o suturas retenidas en la herida); y, en tercer lugar, errores de juicio. Se evidencia que la incidencia de complicaciones anestésicas es baja y su severidad llega hasta el grado IIb; entre estas se encontraron lesiones iatrogénicas (daño dentario) y 5 extubaciones accidentales[25].

En otro estudio realizado en México en el año 2011[26], se evidenció una relación de 0,6 eventos por cada paciente intervenido entre los cuales se encontró: oblitos, paquetes quirúrgicos mal esterilizados con batas húmedas, falla en engrapadora quirúrgica por inadecuada manipulación, paciente bajo bloqueo espinal a quien no se le inmovilizaron los brazos y contamina área quirúrgica, fuga de gases anestésicos y oxígeno en máquinas de anestesia, cirujano se contamina con otros miembros del equipo, errores en la administración del medicamento, fallas en equipos, deficiente preparación.

Sin embargo, existen dos tipos de errores que son los más frecuentes durante el proceso de atención en cirugía: el primero, son los errores paciente-incorrecto, que se producen en casi todas las etapas de diagnóstico y tratamiento; estos se puede observar en el pre, trans y post quirúrgico; el segundo, son los problemas de comunicación entre el personal de salud y del personal de salud con el paciente[27].

25 Ibíd.

26 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-00992011000300004&script=sci_arttext Fecha de consulta: 8/12/2014

27 1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online.

Otros eventos adversos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico, y que se presentan con frecuencia, son los eventos relacionados con la anestesia, los eventos cardiovasculares, tales como las arritmias y los eventos isquémicos, el tromboembolismo venoso y los problemas relacionados con la transfusión sanguínea.

¿Cuáles son las prácticas seguras (barreras y defensas) más eficaces para evitar eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos? (regresar al escenario problémico)

Como parte de la campaña de la OMS "La cirugía segura salva vidas" en el 2008, la cual surge como iniciativa de la alianza mundial para la seguridad del paciente (2004), se establece una lista de chequeo para implementar en las salas de cirugía en el proceso perioperatorio, la cual consiste básicamente en la realización de paradas y aplicación de una lista de chequeo en 3 momentos clave del procedimiento quirúrgico: antes de la inducción de anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga del quirófano. Un claro ejemplo de la implementación de esta iniciativa sucedió en el Reino Unido, en donde se estableció como algo obligatorio la utilización de esta lista (como guía), desde el mismo momento en que se dio a conocer.

Es así como, inicialmente, se hizo un estudio en dos instituciones de salud de esta región[28] y, dado que no se logró la misma disminución de morbi-mortalidad que las estadísticas dadas por la OMS, se llega a la conclusión de que el proceso no es nada fácil, si no se cuenta con un cambio de actitud por parte del personal, que requiere un trabajo de motivación por parte de la administración.

En otro estudio realizado en el año 2010 se emplea la lista de chequeo en 908 procedimientos quirúrgicos, donde se observa una reducción en un 6,7% de complicaciones mayores y una reducción en un 2,3 % en la mortalidad. Se observó también un incremento en la incorporación de la lista de chequeo en procedimientos quirúrgicos, pasando de un 18,6% a un 50,7%[29].

Existe también otra estrategia de lista de chequeo para procedimientos quirúrgicos: SURPASS (SUrgical PAtient Safety System), la cual fue desarrollada y validada en Holanda; esta lista, en relación con la planteada por la OMS, es multidisciplinaria, contiene mayor cantidad de información, se concentra en los momentos de transferencia y en la secuencia del proceso de la cirugía, desde el ingreso hasta el alta del paciente30. A continuación, se presenta una comparación entre las listas de chequeo implementadas por la OMS y SURPASS.

---

28 http://www.surgicalneurologyint.com/temp/SurgNeurolInt312-7352256_202522.pdf. Fecha de consulta: 8/12/2014

29 Ibíd.

30 http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.9162/pdf. Fecha de consulta: 8/12/2014

Comparación entre las características de las listas de chequeo de la OMS y SURPASS.

	OMS	SURPASS
Lugar	Sala de Cirugía	Sala de espera, sala de cirugía, recuperación
Momentos	Directamente antes y después de la cirugía	Desde la admisión hasta el alta
Profesionales involucrados	Cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentadora	Médico y enfermera de la sala, cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentadora, enfermera de recuperación
Rango de aplicación	Relativamente fácil Limitado	Relativamente difícil Extenso

Fuente: Elaboración propia a partir del artículo: "Surgical safety" (Junio de 2013).

En Colombia, la Sociedad colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE), ha sido una de las abanderadas en la campaña, diseñada por la OMS, "Cirugía segura salva vidas"; desde el año 2009 asume la lista de verificación como una herramienta sencilla y práctica de fácil aplicación en cualquier sala de cirugía del mundo, y que cuenta con fundamentos científicos como práctica segura[31]. En este mismo año

31 http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2009/PDF%20RML%202009/oct-dic/el%20compromiso%20de%20la%20scare.pdf Fecha de consulta: 7/12/2014

SCARE hizo una campaña de despliegue, en la que participaron 183 instituciones de salud y 4 universidades del país[32]. Como meta para ese momento se pretendió establecer una línea de base de ocurrencia de eventos adversos en cirugía; para este fin, el Hospital General de Medellín realiza un estudio en el año 2011, con el que busca describir el comportamiento de los eventos adversos en cirugía, antes y después de la implementación de la lista de verificación.

El estudio arroja las siguientes cifras relevantes: los eventos correspondientes al servicio de cirugía representaron el 34,28% del total de eventos del hospital en el año 2009, y solo el 12,31% en el 2010. Del total de cirugías realizadas, se presentaron eventos adversos en el 7,26% durante el año 2009, y en el 3,29% durante 2010[33]. Se evidencia, por lo tanto, una marcada reducción de ocurrencia de eventos adversos, debida a la implementación de la lista de verificación, lo que lleva a considerar que es una estrategia válida y efectiva.

Otra práctica segura y muy conocida a nivel mundial en el caso de prevención de oblitos es el recuento de gasas, instrumental y compresas. Esta, llevada a cabo correctamente, puede disminuir el riesgo de objetos extraños dentro de los pacientes. Al momento de detectar un faltante dentro del conteo se debe informar inmediatamente

32 Ibíd., pág. 13.

33 http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-colombiana-anestesiologa-341/articulo/verificacion-lista-chequeo-seguridad-cirugia-90199316?referer=buscador. Fecha de consulta: 7/12/2014

y tomar las medidas necesarias (estudios radiológicos, reintervenciones, etc.); esto se venía realizando de manera aislada, pero se ha incluido como parte de la lista de verificación de la OMS, como actividad previa a la salida del paciente del quirófano.

De manera adicional a estas medidas, existen otras que son muy importantes para disminuir la frecuencia con la que ocurren eventos adversos en el paciente quirúrgico; estas medidas incluyen, la adquisición del consentimiento informado donde la participación del paciente y la discusión con él, que pueden mejorar la toma de decisiones y asegurar una participación más activa del paciente y la familia en el cuidado para la preparación y posterior al procedimiento quirúrgico.

El cuidado y la preparación con los equipos y el material necesario para la cirugía son muy importantes; el Colegio de Médicos y Cirujanos de Columbia británica publicó estándares de acreditación para la seguridad del paciente[34] en el entorno quirúrgico, donde destacan unos indicadores fundamentales para los equipos del quirófano, entre los que se encuentran:

- Un programa de orientación y formación se proporciona a las personas que usan los equipos para garantizar un funcionamiento seguro, consistente y preciso.
- El equipo especializado y la instrumentación es operado por personal competente con la educación necesaria, los conocimientos, las habilidades y la certificación.

34 5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies. Fecha de consulta: 7/12/2014

- Equipo solo se utiliza según lo previsto por el fabricante.
- Manual del operador del fabricante para el equipo específico utilizado en la instalación está disponible para el operador del equipo.
- Todo el equipo se encuentra y se almacena en un lugar seguro y protegido.
- Todo el equipo de protección personal (delantales de plomo, gafas láser, etc.), cuando no se utiliza, se almacena de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

Para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) de México, elaboró una guía de práctica clínica, denominada Intervenciones Preventivas para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico[35], donde destaca que las medidas para hacer de un acto quirúrgico un procedimiento más seguro empiezan con una adecuada preparación del paciente, y hace una serie de recomendaciones en los siguientes aspectos:

- Prevención de la infección en la herida quirúrgica

- Bañar al paciente con jabón como mínimo la noche anterior al procedimiento.
- No hacer uso de cuchillas de rasurado, dado que aumentan el riesgo de infección.
- Aplicar de manera estricta el protocolo de higiene de manos.

---

35 CENETEC. GPC Intervenciones Preventivas para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico. 2013. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_676_13_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx/676GER.pdf consultada el 02/01/2015

- No utilizar campos quirúrgicos autoadheribles en forma rutinaria.
- Preparar la piel antes del procedimiento con clorhexidina; en caso de no disponibilidad, usar povidona iodada.

• Prevención de eventos vasculares

- En pacientes sometidos a cirugía no cardiaca, no se recomienda el uso de betabloqueadores ni de alfa2-agonistas como prevención de eventos cardiovasculares.
- En pacientes en tratamiento con Ácido Acetil Salicílico sometidos a cirugía no cardiaca, no se recomienda retirarlo en forma rutinaria; se deben evaluar de forma individualizada los riesgos vs los beneficios.

• Prevención del tromboembolismo venoso

- Todo paciente que va ser intervenido quirúrgicamente, y que requiera hospitalización posterior al procedimiento, debe recibir algún método eficaz para la prevención de complicaciones trombóticas.
- Se debe caracterizar el riesgo de trombosis venosa profunda y de tromboembolismo pulmonar para definir las medidas de prevención.
- Se recomienda que en todo paciente que va ser intervenido quirúrgicamente, y que requiera hospitalización posterior al procedimiento, se utilicen medias de compresión, preferiblemente graduadas hasta la cadera o el muslo, si no existe contraindicación.

- Los mecanismos de presión neumática intermitente son una alternativa al tratamiento farmacológico.
- Se recomienda el uso de heparinas de bajo peso molecular sobre la heparina no fraccionada dado el mayor riesgo de sangrado de esta última.
- En los pacientes en los que se decida retirar el tratamiento anticoagulante, se deberá hacer mínimo cinco días antes de la intervención en caso de warfarina, o tres días en caso de acenocumarol.

• Mantenimiento de la normotermia

- La temperatura corporal debe medirse antes de trasladar el paciente al quirófano, y la inducción anestésica no debería iniciarse hasta que la temperatura del paciente sea superior a 36°C.
- La temperatura corporal deberá mantenerse abrigándolos con mantas o cobertores.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir a Anexo 5)

7.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta los antecedentes presentados, y con el fin de disminuir la presentación de eventos adversos asociadas a los procedimientos quirúrgicos, a continuación se presentan las principales fallas y las prácticas seguras (barreras y defensas) que servirán de guía a las instituciones:

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"[1]

Falla activa No. 1 (regresar al escenario problémico)

SIGUIENTE FALLA



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College

Falla Activa No.1 - Factores Contributivos

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1

Organización y Gerencia

- No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyo claros.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Recursos financieros limitados que impiden los ajustes necesarios para la atención del paciente.
- Ausencia de una estructura organizacional definida, definición de roles y responsabilidades en cada equipo.
- Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.
- Ausencia de auditorías internas de calidad para seguimiento a procedimientos de control establecidos.

Contexto Institucional

- Autorizaciones de EPS mal diligenciadas.

Individuo

- Personal sin las competencias suficientes para realizar o participar en procedimientos quirúrgicos.
  - (9789241598552_eng)
- Falta de adherencia a protocolos y guías establecidos en la institución, con relación a calidad de los procedimientos quirúrgicos.
- No diligenciamiento, a destiempo o incompleto de la lista de chequeo para cirugía segura
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Inadecuada utilización del software de historia clínica para el diligenciamiento de la información completa del paciente.
- Baja capacidad del personal de salud para trabajar en equipo.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Tarea y tecnología

- Inexistencia de lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos
  - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Ausencia de actualizaciones a los protocolos y guías establecidos en la institución.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Ausencia de un software adecuado, que contemple la necesidad de registro de datos completos del paciente.
- Ausencia de sistemas de identificación universales para el paciente.
  - (9789241598552_eng)
- Ausencia de sistemas de educación e información para el paciente y su familia
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Fallas en el sistema de información (admisión del paciente, historia clínica sin parámetros obligatorios o mal diligenciada, etc.).
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Paciente

- Capacidad de comunicación comprometida debido a enfermedades mentales o del sistema nervioso. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Factores individuales del ser humano, tales como problemas de comunicación, edad, limitaciones físicas. (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Problemas colectivos del paciente como factores culturales.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Paciente en estado de inconsciencia. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Nivel educativo limitado del paciente. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Equipo

- Ausencia de líder en el equipo que coordine adecuadamente las actividades.
- No se realiza una adecuada entrega de turno médico y de enfermería.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Deficiencias en las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo.
  - Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- No homologación del lenguaje alrededor del procedimiento quirúrgico.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- No definición de actividades del personal en entrenamiento.
- Supervisión del personal en entrenamiento.
- Problemas de comunicación en el transpaso de pacientes entre diferentes servicios.

Ambiente

- Alto volumen de pacientes en el servicio de Cirugía, urgencias, UCI, etc.
- Excesiva carga laboral por trabajador en las salas de cirugía.
  - (Guía de Práctica Clínica Española para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Programación de turnos mal diseñada, que pueda afectar el ambiente laboral.
- Equipo de salud con sobrecarga laboral.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Sobrecarga de trabajo, muchas horas continúas desarrollando actividades de riesgo.

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1

HUMANAS

- Aplicar el instrumento de lista de chequeo en salas de cirugía
  - (Ver Anexo 1)
  - (Manual de aplicación de la lista OMS de vrificación de la seguridad de la cirugía 2009).
- Diligenciamiento completo de la historia clínica.
- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Educación al paciente y su familia para indagar sobre su patología y plan de tratamiento que involucre la descripción del procedimiento quirúrgico en términos sencillos.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Aplicación de breafing para todos los procedimientos quirúrgicos.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Confirmación de chequeo cruzado del paciente.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

NATURALES

- Espacios físicos que garanticen posibilidad de comunicación del equipo de salud con el paciente.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de lista de chequeo.
- Capacitación a personal sobre la aplicación de lista de chequeo.
  - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Diseño de programa de identificación, reporte, seguimiento, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de eventos adversos, garantizando la confidencialidad.
- Programación de tiempos quirúrgicos, que incluyan tiempos para aplicación de listas de chequeo y breafing.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Auditoría periódica y sistemática de la calidad y oportunidad del diligenciamiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Identificación de paciente con código de colores.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Información registrada en la historia clínica, que sea correspondiente al paciente atendido.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Diseñar sistema de marcación del sitio quirúrgico en todos los procedimientos quirúrgicos; esto incluye el nivel, lateralidad, posición, sitios múltiples (incluye dedos) en la misma localización anatómica y procedimientos bilaterales.
  - (9789241598552_eng)
- Listas de chequeo integradas a la historia clínica, con alertas por verificación.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"[1]

Falla activa No. 2 (regresar al escenario problémico)

ANTERIOR FALLA SIGUIENTE FALLA



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College

Falla Activa No.2 - Factores Contributivos

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2

Organización y Gerencia

- No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyo claros.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Recursos financieros limitados que impiden la compra de los insumos necesarios para la atención del paciente.
- Ausencia de una estructura organizacional definida.
- Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.
- El personal que realiza la atención del paciente y prescribe el procedimiento es diferente al recurso humano que realiza la intervención.

Contexto Institucional

- Autorizaciones de EPS mal diligenciadas.

Individuo

- Cansancio, estrés o desmotivación en el personal asistencial.
- Deficiencia en competencias técnicas y no técnicas del personal asistencial y poco interés de capacitarse.
- Falta de adherencia a los lineamientos establecidos en protocolos y guías institucionales respecto a la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Ansiedad por finalizar rápido los procedimientos.
- Bajo compromiso del personal de salud por la seguridad del paciente.
- Exceso de confianza asociado a los años de experiencia de los trabajadores de la salud.
  - Aplicación incorrecta de la lista de verificación de seguridad en cirugía. (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Preparación inadecuada del paciente en la fase preoperatoria.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Tarea y tecnología

- Inexistencia de lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos.
  - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009).
- Ausencia de actualizaciones a los protocolos y guías establecidos en la institución
  - (9789241598552_eng)
- Ausencia de un software adecuado, que contemple la necesidad de registro de datos completos del paciente.
  - Exámenes paraclínicos no disponibles o deficientes. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Exámenes radiológicos con marcaje incorrecto de la zona a intervenir.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Paciente

- Capacidad de comunicación eficaz comprometida debido a enfermedades mentales o del sistema nervioso.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Nivel educativo limitado del paciente.
- Limitación para entender la explicación dada.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- No entender el concepto de consentimiento informado.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Equipo

- Ausencia de líder en el equipo que coordine adecuadamente las actividades.
- Problemas de comunicación al interior del equipo.
- No se realiza una adecuada entrega de turno médico y de enfermería, ya que a partir de aquí se puede dar una información incorrecta al equipo, que inicie la cadena de errores.
- Deficiencias en las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo.

Ambiente

- Alto volumen de pacientes en el servicio de Cirugía
  - -(Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Alto volumen de procedimientos de urgencia.
- Sobrecarga laboral propia o generada por la organización.
- Infraestructura sin condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, sonido.
  - (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)

Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2

HUMANAS

- Aplicar el instrumento de lista de chequeo en salas de cirugía.
  - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Diligenciamiento completo de la historia clínica.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales.
- Presentación del paciente entre profesionales de la salud.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de lista de chequeo.
  - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Capacitación a personal sobre la aplicación de lista de chequeo.
  - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Diseño de programa de identificación, reporte, análisis, seguimiento, plan de mejoramiento y retroalimentación de eventos adversos, garantizando la confidencialidad.
  - Ajuste de procedimientos para la presentación de pacientes entre el equipo de salud que programa el paciente y el que realiza la intervención. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Diseño de chequeo cruzado en la preparación del paciente con procedimientos en órganos pares, bilaterales o por niveles.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Desarrollo de programas de auditoría para seguimiento a procedimientos críticos como la aplicación de las listas de chequeo.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Marcación del sitio operatorio.
- Información registrada en la historia clínica del paciente.
- Presencia de ayudas de imágenes diagnósticas en la sala de cirugía.
  - (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Disponibilidad de sistemas de marcado de pacientes en las salas de cirugía
  - (9789241598552_eng)
- Unicidad de glosario de términos en la organización.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"[1]

Falla activa No. 3 (regresar al escenario problémico)

ANTERIOR FALLA SIGUIENTE FALLA



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College

INTRODUCCIÓN | IR A OBJETIVO GENERAL | IR A OBJETIVOS ESPECÍFICOS | IR A GLOSARIO DE TÉRMINOS | IR A ESCENARIO PROBLÉMICO | IR A METAS DE APRENDIZAJE | IR A MARCO TEÓRICO | IR A APROPIACIÓN | IR A EVIDENCIAR RESULTADOS | IR A EXPERIENCIAS EXITOSAS | IR A CONCLUSIONES | IR A ANEXOS | IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.3 - Factores Contributivos

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3

Organización y Gerencia

- No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyo claros y no existe interés por socializarlos o actualizarlos
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Programación de turnos mal diseñada, que pueda afectar el ambiente laboral.
- Recursos financieros limitados que impiden la compra de los insumos necesarios para la atención del paciente.
- Ausencia de una estructura organizacional definida, lo que lleva a sobrecarga laboral o deficiencia de personal con relación a las tareas que se deben cumplir
- Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Problemas en la gestión de autorizaciones, dependencia de red de servicios.

Individuo

- Falta de adherencia del personal a los procedimientos establecidos para la preparación del paciente ante una intervención y a los procesos administrativos de gestión (programación, insumos, traslados).
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Falta de conocimiento acerca del paciente
- Bajo nivel de cultura por la seguridad del paciente.
- No adherencia a los procesos organizacionales.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Tarea y tecnología

- Ausencia de procedimientos relacionados con programación de procedimientos quirúrgicos. (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Falta de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Falta de capacitación para el manejo de equipos biomédicos.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- No se cuenta o no se han socializado los procedimientos de central de esterilización. (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Falta de aplicación de listas de verificación de equipos, dispositivos médicos para determinar su obsolescencia.
  - (3-ASA Publications Anesthesia Machine Obsolescence 20041)
- Falta de planeación de insumos médico-quirúrgicos.
- Instrumental quirúrgico en mal estado. (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Falta de capacitación para el manejo de equipos.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Proceso de planeación quirúrgica no involucra a las partes interesadas.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Falta de un procedimiento de triage quirúrgico.
- Problemas de interdependencia de servicios.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Ausencia de procedimientos para la verificación del estado del paciente previos a la cirugía. (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Falta de verificación de documentos administrativos de soporte (autorizaciones).

Paciente

- No adherencia al tratamiento.
- Incorrecto seguimiento de las instrucciones de preparación para el procedimiento quirúrgico.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Paciente o familia ansiosos, que deciden aplazar o no realizar el procedimiento.
- Paciente no comunica necesidades especiales para el tratamiento.

Equipo

- Entregas de turno con deficiencias de comunicación de eventos importantes o relevantes, que puedan retrasar la programación.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Problemas de comunicación entre el personal que programa la cirugía y el que interviene el paciente. (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Problemas de comunicación entre los servicios de internación y él área quirúrgica.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Problemas de comunicación.
- Falta de trabajo en equipo. (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)

Ambiente

- Alto volumen de pacientes programados y mal cálculo de tiempos quirúrgicos.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Deterioro del ambiente laboral que lleva a fallas en la comunicación, y puede prolongar los tiempos de ejecución de los procedimientos.
- Salas de procedimientos sin la adecuada disposición ambiental (ventilación o iluminación), o de infraestructura que promueven un quirófano incómodo para el paciente y el personal.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.3 - Barreras y defensas

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3

HUMANAS

- Aplicar el instrumento de lista de chequeo en salas de cirugía.
  - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Diligenciamiento completo de la historia.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales en cuanto a programación, preparación del paciente, gestión administrativa.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Educación al paciente y su familia respecto del procedimiento quirúrgico.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Educar al paciente y a la familia acerca de la preparación del paciente y de los requerimientos postoperatorios.
- Programas de entrenamiento y educación continuada en salud.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Diligenciamiento completo de la solicitud quirúrgica, incluyendo las necesidades tecnológicas.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

NATURALES

- Generar espacios de comunicación entre el personal de salud, y entre este con el paciente y su familia.

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de lista de chequeo. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Capacitación a personal sobre la aplicación de lista de chequeo, ya que se puede detectar a tiempo una omisión o falla e impedir que se cancele el procedimiento.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Gestión administrativa de los procedimientos de programación, preparación del paciente, alistamiento de insumos, medicamentos y paquetes de cirugía necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Revisión de la historia clínica por parte del equipo que debe preparar al paciente para el procedimiento.
- Fortalecer el sistema de comunicación con el paciente. (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Contar con personal entrenado para la preparación de cirugía. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Articulación de procedimientos entre las dependencias quirúrgicas, área de hospitalización, urgencias, imágenes diagnósticas y atención ambulatoria.
- Diseño de planes de contingencia en casos de cirugía de urgencia y/o prolongación de tiempos quirúrgicos. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Mejorar la contratación del personal asistencial.
  - Capacitar el personal de apoyo administrativo para el manejo de situaciones. (9789241598552_eng)

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Diseño de sistemas de alerta que permita categorizar los pacientes para cirugía según su estado de salud.
- Desarrollo de un sistema de alerta para insumos críticos de procedimientos.
  - (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Desarrollo de un sistema de control de vida útil y requerimientos de insumos y equipos de cirugía. (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Revisión de equipos críticos con tiempo anterior a la cirugía.
  - (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Diseño de un sistema de llamado al paciente para recordar preparación.
- Desarrollo de un sistema de recordatorios para pacientes y equipo de salud.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"[1]

Falla activa No. 4 (regresar al escenario problémico)

ANTERIOR FALLA SIGUIENTE FALLA



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College

Falla Activa No.4 - Factores Contributivos

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4

Organización y Gerencia

- Sistemas de contratación inadecuada del talento humano.
- Presión administrativa por mejorar los indicadores de productividad.

Contexto Institucional

- Autorizaciones erradas
  - Normatividad deficiente (No cobertura del servicio)

Individuo

- Cansancio, estrés laboral que impide la adecuada toma de decisiones.
- Personal médico sin experiencia.
- Personal médico con pocas actualizaciones en su área.
- Bajo nivel cultural en seguridad del paciente.
- Personal de salud que sede a las presiones del paciente para realizar procedimientos innecesarios.
- No someter el paciente a juntas médico- quirúrgicas para definir conductas.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)

Tarea y tecnología

- Ausencia de guías de manejo o se encuentran incompletas o no se han socializado.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Desconocimiento de las guías de práctica clínica por parte del personal asistencial.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- No disponibilidad de imágenes diagnósticas.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- No realizar historia clínica completa al paciente.

Paciente

- Deficiente nivel de educación del usuario y su familia, que impiden el entendimiento del o los procedimientos a realizarse.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Presión del paciente por desconocimiento o vanidad.
- Expectativas inadecuadas del paciente.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Desconfianza y exigencia del paciente.

Equipo

- Coordinación del equipo médico ineficiente.
- No hay disponibilidad de apoyo de un cirujano referente que brinde apoyo en situaciones de difícil decisión.
  - Asignación de tareas a personal no capacitado o inexperto (residentes, internos).
- Comunicación deficiente en el equipo de trabajo.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.4 - Barreras y defensas

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4

HUMANAS

- Adherencia a guías de manejo para procedimientos quirúrgicos establecidas.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Información completa y clara al paciente y su familia.
- Diligenciamiento completo de la historia clínica.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Sistemas de educación e información para el paciente y su familia.

ADMINISTRATIVAS

- Actualizaciones continuas al personal médico (cirujano, ayudantes) en manejo de patologías quirúrgicas y no quirúrgicas.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Ajuste a los sistemas de contratación del talento humano.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Ajuste a los procesos de programación del paciente.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Desarrollo de sistemas de auditoría de pares para procedimientos críticos.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Sistemas de auditoría interna concurrente de la IPS.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Desarrollo de herramientas informáticas para explorar las GPC (flujogramas interactivos).
- Parametrización de la historia clínica con las GPC de la organización.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Desarrollo de niveles de toma de decisiones en procedimiento críticos.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Establecimiento de procedimiento de juntas médico-quirúrgicas para las cirugías ambulatorias más frecuentes.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)

PRÁCTICAS SEGURAS

INTRODUCCIÓN | IR A OBJETIVO GENERAL | IR A OBJETIVOS ESPECÍFICOS | IR A GLOSARIO DE TÉRMINOS | IR A ESCENARIO PROBLÉMICO | IR A METAS DE APRENDIZAJE | IR A MARCO TEÓRICO | IR A APROPIACIÓN | IR A EVIDENCIAR RESULTADOS | IR A EXPERIENCIAS EXITOSAS | IR A CONCLUSIONES | IR A ANEXOS | IR AL ÍNDICE

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"[1]

Falla activa No. 5 (regresar al escenario problémico)

ANTERIOR FALLA SIGUIENTE FALLA



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College

Falla Activa No.5 - Factores Contributivos

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5

Organización y Gerencia

- Cultura organizacional que genera programaciones de cirugías para tiempos muy cortos relacionados con el procedimiento.
- Personal asistencial deficiente en relación con las actividades de cada procedimiento quirúrgico.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Inadecuada contratación del talento humano.

Individuo

- Cansancio, estrés laboral que dificulta la concentración del equipo de cirugía.
- Poca adherencia a los protocolos, procedimientos establecidos.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Personal sin las competencias suficientes para desempeñarse en cirugía.

Equipo

- Ausencia de liderazgo en cada equipo de cirugía, que coordine y supervise las actividades.
- Deficiente comunicación con el equipo de trabajo.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Falta de supervisión por personal con mayor capacidad de decisión.

Tarea y tecnología

- Inexistencia de lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Ausencia de actualizaciones a los protocolos y guías establecidos en la institución.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Ausencia de sistemas de alertas de conteo de material médico-quirúrgico.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Tiempos quirúrgicos prolongados.

Ambiente

- Ambiente laboral deteriorado que se refleja en problemas de comunicación entre los miembros del equipo.
- Sobrecarga laboral por alto volumen de pacientes.
- Falta de iluminación adecuada.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No. 5 - Barreras y defensas

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5

HUMANAS

- Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.
  - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Realizar entrenamiento en la aplicación de conteo intraoperatorio.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Capacitación en procedimientos organizacionales de seguridad del paciente.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Adherencia a los procesos organizacionales de seguridad del paciente.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Aplicación de lista de chequeo "Recuento de gasas y compresas".
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de listas de chequeo.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Capacitación a personal sobre la aplicación de listas de chequeo
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Programas de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de eventos adversos, garantizando la confidencialidad.

NATURALES

- Área quirúrgica con iluminación y ventilación inadecuadas.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Diseños de listas de verificación cruzadas en el postoperatorio. (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Desarrollo de sistema de conteo intraoperatorio para el paciente.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"[1]

Falla activa No. 6 (regresar al escenario problémico)

ANTERIOR FALLA SIGUIENTE FALLA



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College

Falla Activa No.6 - Factores Contributivos

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 6

Organización y Gerencia

- No se provee los elementos necesarios para la inmovilización de los pacientes en salas de cirugía.
- Falta de planeación del personal necesario para suplir las necesidades del servicio.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)

Tarea y tecnología

- Personal encargado no aplica procedimientos correctos
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Paciente mal evaluado según necesidades de inmovilización.
  - Problemas en la identificación del paciente con necesidades de inmovilización. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Valoración inadecuada del estado mental del usuario.
- Camillas en mal estado.
- Falta de explicación del procedimiento al paciente.
- Ausencia de elementos de protección (almohadillas) o inmovilizadores adecuados para procedimientos prolongados.

Ambiente

- Ambiente laboral deteriorado lo que afecta el trabajo en equipo.
- Espacio reducido en el quirófano o sala de procedimientos.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Falta de iluminación en las áreas de cirugía.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Sobrecarga laboral que provoca cansancio y estrés.

Paciente

- Paciente con delgadez severa y exposición de prominencias óseas o por el contrario obesidad que requiera una posición e inmovilización especial.
- Paciente con presencia de lesiones en piel.
- Paciente no comprende los procedimientos a realizar.

Equipo

- Falta de supervisión de las actividades de inmovilización y ubicación del paciente.
- Falta de comunicación con el paciente y con el personal de salud.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)

Individuo

- Poca adherencia a protocolos de inmovilización de pacientes establecido.
- Personal asistencial sin las competencias suficientes para desempeñarse en esta área.

Falla Activa No.6 - Barreras y defensas

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 6

HUMANAS

- Conocer los protocolos de inmovilización de paciente en salas de cirugía.
  - (Guía de Práctica Clínica Española para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Realizar entrenamiento en la aplicación de técnicas de inmovilización.
- Identificación de los pacientes con necesidades especiales de inmovilización.
  - Valoración adecuada del paciente con necesidades especiales. (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Identificación del paciente con necesidades especiales.
- Educación al paciente en relación con el procedimiento.

ADMINISTRATIVAS

- Entrenamiento y reentrenamiento del personal en la correcta inmovilización del paciente en el quirófano o procedimientos quirúrgicos.
- Supervisión por enfermería previa al inicio del procedimiento.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Disposición de recursos para la adquisición de elementos de inmovilización.

NATURALES

- Espacios físicos inadecuados, con problemas de ventilación e iluminación.
- Espacio suficiente para la disposición de equipos, personal y paciente en el quirófano.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Disposición de las camillas adecuadas del quirófano o sala de procedimientos
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Uso de inmovilizadores y almohadillas en salas de cirugía.
- Diseño protocolo, procedimiento de sujeción/inmovilización para procedimientos de cirugía.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"[1]

Falla activa No. 7 (regresar al escenario problémico)

ANTERIOR FALLA SIGUIENTE FALLA



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College

INTRODUCCIÓN | IR A OBJETIVO GENERAL | IR A OBJETIVOS ESPECÍFICOS | IR A GLOSARIO DE TÉRMINOS | IR A ESCENARIO PROBLÉMICO | IR A METAS DE APRENDIZAJE | IR A MARCO TEÓRICO | IR A APROPIACIÓN | IR A EVIDENCIAR RESULTADOS | IR A EXPERIENCIAS EXITOSAS | IR A CONCLUSIONES | IR A ANEXOS | IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.7 - Factores Contributivos

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 7

Organización y Gerencia

- Falta de planeación del personal necesario para suplir las necesidades del servicio.
- Insumos insuficientes.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Ausencia de mecanismos de control organizacional.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Recursos financieros limitados que lleva a comprar productos de desinfección no acordes con la práctica basada en la evidencia, o instrumental de mala calidad, o equipos de esterilización deficientes.
- Prioridades institucionales no alineadas con la seguridad del paciente.
- Ausencia de políticas de seguimiento, monitorización y mejoramiento de procedimientos y protocolos de limpieza, desinfección y esterilización en áreas donde se efectúan procedimientos quirúrgicos.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)

Individuo

- Personal sin los conocimientos básicos en técnica estéril y poco compromiso por capacitarse.
  - (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Personal con síndrome de los afanes.
  - (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Fatiga del personal asistencial.
- Ansiedad por la criticidad del procedimiento.
- Ausencia de verificación de la comprensión de los procedimientos.
  - (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)

Tarea y tecnología

- Procedimientos, protocolos de desinfección, esterilización e higiene de manos inexistentes, no disponibles, no socializadas o deficientes. (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Falla en los indicadores de condiciones de esterilización.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Falla en los equipos de esterilización.
- Falla en los sistemas de evaluación de la esterilización.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- No se cuenta con protocolos de manejo de profilaxis antibiótica.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Inadecuada desinfección de los espacios en salas de cirugía.
- Aplicación inadecuada de técnicas de asepsia.
- Preparación inadecuada del paciente según el tipo y localización de la cirugía. (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Ausencia de controles organizacionales.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Falta de adherencia al protocolo de higiene de manos.
- No aplicación de las normas de higiene por personal de salud en entrenamiento. (2-FINALCheckoutDesignguidelines)

Paciente

- Paciente de edad avanzada o menor de edad.
- Condición clínica que afecta su comportamiento o entendimiento de las instrucciones de cuidado en el intra y postoperatorio y educación acerca de la medicación.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Paciente ansioso.
- Paciente que no acata las recomendaciones o no asiste a controles postoperatorios.
- Paciente sin capacidad de entender indicaciones claras.

Equipo

- Falta de supervisión y seguimiento a la adherencia a los procedimientos y protocolos.
- Deficiente comunicación entre el equipo de trabajo que se puede ver reflejado en la información que se le brinda al paciente.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)

Ambiente

- Sobrecarga laboral.
- Cansancio por sobrecarga laboral que aumenta el riesgo de equivocaciones.
- Ambiente laboral deteriorado: deficiente comunicación.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Infraestructura inadecuada: espacios reducidos, sin las normas de requerimientos de infraestructura mínimas de calidad.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.7 - Barreras y defensas

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 7

HUMANAS

- Protocolos y procedimientos de desinfección, esterilización y comportamiento en las diferentes áreas de cirugía.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Información y educación al usuario para evitar contaminación por realización de movimientos inadecuados.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Adherencia a guías y protocolos institucionales adecuados.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Entrenamiento en las técnicas de asepsia por todo el personal.
- Sistemas de recordatorios para el personal sanitario.

NATURALES

- Salas de cirugía con disposición de aire de forma adecuada.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Espacio suficiente para la disposición de equipos, personal y paciente en el quirófano.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Disponibilidad de servicios públicos para la higiene de manos.

ADMINISTRATIVAS

- Supervisión a los procedimientos quirúrgicos.
  - (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencial y de mantenimiento en la adecuada desinfección de áreas quirúrgicas, esterilización de instrumental y armado de paquetes, etc.
  - (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Programas de higiene de manos.
  - (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Dotación de elementos adecuados para la asepsia y antisepsia del personal sanitario.
  - (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Limpieza y desinfección del servicio quirúrgico.
- Instrumental y ropa esterilizados.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Equipos en adecuado estado de asepsia.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Infraestructura que cuenta con zona asignada para la adecuada higiene de las manos adaptada especialmente para el lavado quirúrgico.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Alertas visuales en salas contaminadas (p. ej. como la luz de radiología).
- Sistemas de identificación del paciente con necesidades especiales.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"[1]

Falla activa No. 8 (regresar al escenario problémico)

ANTERIOR FALLA



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College

Falla Activa No.8 - Factores Contributivos

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 8

Organización y Gerencia

- No se provee los elementos necesarios para la anestesia del paciente.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Falta de planeación del personal necesario para suplir las necesidades del servicio.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Insumos insuficientes.
  - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Ausencia de mecanismos de control organizacional.
- Prioridades institucionales no alineadas con la seguridad del paciente.
- Plan de mantenimiento de tecnología biomédica inadecuado.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice).
- Falta de personal de mantenimiento permanente en las áreas quirúrgicas.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)

Individuo

- Personal con síndrome de los afanes.
- Fatiga del personal asistencial.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Ansiedad por la criticidad del procedimiento.
- Baja cultura de seguridad del paciente.
- Personal asistencial con exceso de rutinización.
- Verificación inadecuada del estado del paciente.
  - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)

Tarea y tecnología

- Equipos mal calibrados, sin mantenimiento correctivo, preventivo y predictivo realizados.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Conexión de equipos inadecuada.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Fallas en mangueras y dispositivos de suministro de gases anestésicos y medicinales.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Preparación, conservación inadecuada de medicamentos para uso endovenoso. (Alerta 7 Recomendaciones admin medicación_v2 N°6)
- Rotulación inadecuada de medicamentos.
  - (Alerta 7 Recomendaciones admin medicación_v2 N°6)
- Equipos con uso superior al establecido en su vida útil.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Falta de verificación del estado de los equipos antes de iniciar los procedimientos.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Evaluación inadecuada del paciente.(Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Paciente

- Paciente de edad avanzada o menor de edad.
- Paciente con múltiples comorbilidades.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Paciente que no suministra la información completa para la conciliación terapéutica.
- Paciente que no acata las recomendaciones.
- Paciente sin capacidad de entender indicaciones claras.

Equipo

- Falta de supervisión y seguimiento a la adherencia a los procedimientos y protocolos.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Deficiente comunicación entre el equipo de trabajo que se puede ver reflejado en la información que se le brinda al paciente.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Problemas de liderazgo en el quirófano.
- No vinculación del personal de apoyo de otras profesiones.

Ambiente

- Sobrecarga laboral.
- Cansancio por sobrecarga laboral que aumenta el riesgo de equivocaciones
- Ambiente laboral deteriorado: deficiente comunicación.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.8 - Barreras y defensas

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 8

HUMANAS

- Adherencia a protocolos de anestesia.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Adherencia a procesos organizacionales.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Capacitación permanente del uso de equipos de monitoreo.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Preparación y conocimiento del paciente previo a la realización del procedimiento.
  - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Verificación de los niveles de alarma previos a la cirugía
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice
- Diligenciamiento adecuado de los registros clínicos del paciente.
- Comunicación adecuada con el equipo quirúrgico.
  - (1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)

NATURALES

- Infraestructura con iluminación adecuada.

ADMINISTRATIVAS

- Supervisión a los procedimientos quirúrgicos.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencial y de mantenimiento en el uso de los elementos relacionados con la anestesia.
  - (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Preparación y revisión del sistema de anestesia y monitoreo para cada procedimiento.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Sistemas de alarma en monitores activados, sin posibilidad de silenciar.
  - (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Protocolos de inducción y manejo anestésico de acuerdo con el tipo de procedimiento, edad y comorbilidades del paciente.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Plan de mantenimiento hospitalario en ejecución y evaluado de forma permanente.
  - (3-ASA Publications Anesthesia Machine Obsolescence 20041)
- Diseño de protocolos de evaluación del paciente.
  - (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Diseño de sistema de entrega de pacientes entre servicios.

PRÁCTICAS SEGURAS

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir Anexo 6)

7.4 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN (regresar al escenario problémico)

7.4.1 Mecanismos de monitoreo

Dentro de los mecanismos de monitoreo se definen varias estrategias transversales, que pueden consultarse en el paquete Monitorear aspectos claves de la seguridad del paciente.

7.4.2 Indicadores

Indicadores de medición de impacto de aplicación de Barrera de seguridad

- Proporción de pacientes con procedimiento equivocado o lugar, nivel o lateralidad equivocados.
- Proporción de cirugías no pertinentes.
- Proporción de cirugías programadas canceladas.
- Proporción de pacientes con fallas anestésicas.
- Proporción de pacientes con heridas contaminadas.

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO**
DOMINIO	Gerencia de riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de procedimientos quirúrgicos: en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimientos erróneos e implantes equivocados
DENOMINADOR	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente
UNIDAD DE MEDICIÓN	Unidad
FACTOR	100%
FÓRMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	**PROPORCIÓN DE CIRUGÍA NO PERTINENTE**
DOMINIO	Gerencia de riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de cirugías no pertinentes (determinadas por auditoría)
DENOMINADOR	Total de cirugías realizadas
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	**PROPORCIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA CANCELADA**
DOMINIO	Gerencia del riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número total de cirugías programadas canceladas en el período
DENOMINADOR	Número de cirugías programadas en el período
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con el factor

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	**PROPORCIÓN DE PACIENTES CON FALLAS ANESTÉSICAS**
DOMINIO	Gerencia del riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de pacientes con fallas anestésicas reportadas o detectadas por búsqueda activa de la organización
DENOMINADOR	Número de procedimientos quirúrgicos realizados
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE	**PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HERIDAS CONTAMINADAS**
DOMINIO	Gerencia del riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR	Número de pacientes con heridas contaminadas reportadas o detectadas por búsqueda activa de la organización
DENOMINADOR	Número de procedimientos quirúrgicos realizados
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor



8. APROPIACIÓN

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

A continuación se presentarán dos casos a ser desarrollados por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto.

Estos casos fueron construidos basándose en situaciones reales aportadas por IPS a nivel nacional. Lea con atención el caso, todas las respuestas se encuentran al aplicar los conceptos y en la información suministrada en el mismo. Revise cada opción de respuesta, analícela a la luz de los conceptos y del caso, y seleccione la respuesta que considera correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones pueden ser la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto no debe seleccionarlas.

Si desea conocer si su respuesta es correcta, diríjase a la sección de "Evidenciar los Resultados"

CASO 1

Paciente femenina 46 años, programada para histerectomía por miomatosis uterina, a quien se realiza procedimiento bajo anestesia general, en un tiempo quirúrgico de 90 minutos, monitorizada con signos vitales estables, sin complicaciones.

Luego de recuperación espontánea es trasladada a piso para manejo del postoperatorio. Al día siguiente es valorada por ginecólogo tratante encontrándola estable, ordena deambulación y continuar analgesia.

Horas más tarde la paciente refiere dolor y calor local en el tercio medio del muslo derecho, que al ser valorada por el médico de piso evidencia quemadura de primer grado al parecer por placa de electrobisturí, por lo que se inicia tratamiento con buena evolución, sin secuelas.

INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento adverso el referente realiza entrevista al ginecólogo tratante:

Referente: Doctor, ¿durante la cirugía realizada a la paciente, el electrobisturí generó alguna alarma?

Ginecólogo: No, señor, la cirugía trascurrió con normalidad.

Referente: ¿Se realizaron las revisiones habituales a los equipos de las salas de cirugía?

Ginecólogo: Supongo que sí, aunque el ingeniero renunció por falta de pago la semana pasada; no sé si ya tenga reemplazo.

El referente se dirige al director administrativo y pregunta:

Referente: ¿La institución cuenta con ingeniero biomédico?

Director Administrativo: No, desde hace una semana no tenemos.

Referente: ¿Se está tramitando el reemplazo?

Director Administrativo: Tenemos problemas de cartera con la empresa de mantenimiento; por eso el funcionario renunció. En esas condiciones es muy difícil contratar este recurso.

Referente: ¿Se avisó a la Gerencia?

Director Administrativo: No, en el Comité Mensual analizaremos el presupuesto para revisar cómo priorizamos.

ANÁLISIS

El comité de seguridad inicia con la presentación del caso y los hallazgos de la investigación realizada por el referente de seguridad; los participantes intervienen en la lluvia de ideas para identificar las fallas activas y por cada factor contributivo las posibles causas, incluyendo lo encontrado en la etapa de investigación. Para el caso presentado se identificó:

Falla Activa: Uso de equipos que estén en condiciones inadecuadas

FACTORES CONTRIBUTIVOS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Deficiencia en las comunicaciones	Evaluación inadecuada del paciente
Deficiencia en los procesos de supervisión	Incumplimiento de cronograma de mantenimiento
Inadecuado mantenimiento de los equipos	Revisión de equipos antes del procedimiento
Sobrecarga Laboral	Falta de alerta situacional

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto.

(Si desea conocer la escala y el procedimiento haga clic aquí)

PREGUNTAS

1. Teniendo en cuenta el caso anterior, describa las personas que a su criterio deben conformar el Comité de Seguridad (seleccione cuatro participantes), relacione por qué sí o por qué no los invitaría:

INVITADO	SI / NO	RAZÓN
a. Gerente		
b. Subgerente Administrativo		
c. Coordinador de Tecnovigilancia		
d. Coordinador de Enfermería		

e. Coordinador de Salas de Cirugía		
f. Jefe de Presupuesto		
g. Subgerente Científico		
h. Jefe de Control Interno		

2. Para evitar este evento adverso podría haberse adoptado una política de colocar un tiempo de vida útil de los equipos de una forma pronóstica; este control obedecería a una barrera de tipo:

a. Administrativa

b. Física

c. Tecnológica

d. Natural

3. El factor contributivo relacionado con la anterior barrera, sería de tipo:

a. Tarea y tecnología

b. Organización y gerencia

c. Equipo de trabajo

d. Individuo

4. ¿Qué barrera falló?
5. ¿Qué otras preguntas son relevantes para este caso en la investigación y por qué?

Si desea conocer si su respuesta es correcta diríjase a la sección de "Evidenciar los Resultados"

CASO 2

Paciente femenina de 40 años, programada para nefrectomía derecha, ingresa a salas de cirugía Número 1, donde la instrumentadora realiza preparación y cubre con campos quirúrgicos a la espera del cirujano, que se encuentra terminando turno en otra institución. El paciente permanece una hora en la sala, hasta el cambio de turno del medio día.

Hacía la 1:00 p.m. ingresa el cirujano, quien inicia colecistectomía abierta, hasta que el anestesiólogo le confirma la patología renal, por lo que inmediatamente suspende el procedimiento y pasa a la sala de cirugía número 2, donde lo esperaba el paciente programado para colecistectomía.

INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento adverso, el referente realiza entrevista a la instrumentadora preguntando:

Referente: ¿El paciente estaba identificado correctamente?

Instrumentadora: Sí, el paciente contaba con su manilla de identificación.

Referente: ¿Se realizó la pausa quirúrgica antes de realizar el procedimiento?

Instrumentadora: Sí claro, preparé al paciente y el campo quirúrgico para optimizar el tiempo, ya que el cirujano estaba demorado.

Referente: ¿Estuvo presente durante la cirugía?

Médico: No, cambiamos turno al mediodía, por lo que mi compañera quedó encargada.

El referente se dirige al Cirujano y pregunta:

Referente: ¿La cirugía estaba programada para las once de la mañana?

Médico: Sí, tenía la intención de llegar a tiempo, pero estuve de turno de fin de semana en otra institución y se presentó una complicación en la última cirugía, que me demoró.

Referente: ¿Cuántas horas estuvo de turno?

Médico: Estuve 48 horas, que se prolongaron por la urgencia que atendí.

Referente: ¿Realizó la pausa quirúrgica antes de realizar el procedimiento?

Médico: Realmente no; esta lista la revisó la instrumentadora que salió de turno.

Referente: ¿Qué considera que desencadenó el error en el procedimiento?

Médico: Estaba cansado, agitado y no me percaté de que fuera el paciente que tenía programado para la realización de la colecistectomía.

El referente se dirige al anestesiólogo y pregunta:

Referente: ¿Estuvo presente en la realización de este procedimiento?

Anestesiólogo: Sí, estuve comunicándome con el cirujano vía telefónica para avisarle que el paciente estaba listo y relajado, tuve que salir a la otra sala por un momento mientras él llegó.

Referente: ¿Usted se da cuenta de la equivocación en el paciente?

Anestesiólogo: Sí, cuando regresé a la sala corroboré los datos y la historia clínica, por lo que avisé al cirujano y se suspendió inmediatamente el procedimiento.

ANÁLISIS

El comité de seguridad inicia con la presentación del caso y los hallazgos de la investigación realizada por el referente de seguridad; los participantes intervienen en

la lluvia de ideas para identificar las fallas activas y por cada factor contributivo las posibles causas, incluyendo lo encontrado en la etapa de investigación. Para el caso presentado se identificó:

FACTORES CONTRIBUTIVOS	FALLA
Falta de adherencia a protocolos	Inoportunidad en la atención
Deficiencias en las comunicaciones	
Deficiencias en los procesos de supervisión	
Sobrecarga Laboral	

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto.

(Si desea conocer la escala y el procedimiento haga clic aquí)

PREGUNTAS:

1. ¿Qué barrera falló?

2. Clasifique las causas identificadas en el caso en los factores contribuyentes, según la siguiente tabla del protocolo de Londres.

CAUSAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Deficiencias en las comunicaciones	
Deficiencias en los procesos de supervisión	
Sobrecarga Laboral	
Inoportunidad en la atención	
Falta de adherencia a protocolos	

Si desea conocer si su respuesta es correcta diríjase a la sección de "Evidenciar los Resultados"



9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

Caso 1

1. Teniendo en cuenta este caso anterior, describa las personas que, a su criterio, deben conformar el Comité de Seguridad (seleccione cuatro participantes), relacione por qué si o por qué no los invitaría.

INVITADO	SI / NO	RAZÓN
a. Gerente		
b. Subgerente Administrativo		
c. Coordinador de Tecnovigilancia		
d. Coordinador de Enfermería		
e. Coordinador de Salas de Cirugía		
f. Jefe de Presupuesto		
g. Subgerente Científico		
h. Jefe de Control Interno		

a. Gerente, SÍ. En este caso hubo un error gravísimo de comunicación que contribuyó enormemente con el caso y generó un desabastecimiento importante de un recurso, como lo es el mantenimiento de los equipos. Es importante su presencia para establecer conductas en relación con las políticas institucionales.

b. Subgerente Administrativo, SÍ. Es la persona que toma las decisiones en lo relacionado con el pago de contratistas; por tanto, debió dar parte de la situación con anticipación, analizando la proyección de pagos.

c. Coordinador de Tecnovigilancia, SÍ. Es parte de las actividades que debe hacer y reportar; por tanto, es un actor fundamental en las decisiones que se tomen en el Comité.

d. Coordinador de Enfermería, NO. En este caso no sería tan necesario, pues no tiene actuación directa dentro del evento adverso.

e. Coordinador de Salas de Cirugía, SÍ. Es parte de sus funciones el desarrollo de los protocolos y la seguridad del paciente en salas; por tanto, debe estar presente.

f. Jefe de Presupuesto, NO. Aunque de su área dependía el control del gasto y la provisión de aspectos vitales de la IPS, puede estar representado por el Subgerente Administrativo, quien debe articular este y otros temas más.

g. Subgerente Científico, SÍ. A pesar de que en este caso depende más de su subalterno que de la gestión al nivel directivo que puede desarrollar, el Subgerente Científico debe participar siempre según las norma de habilitación.

h. Jefe de Control Interno, NO. En este caso podría estar por haberse puesto en riesgo a la entidad en muchas circunstancias, pero su participación dependerá del Gerente.

2. Para evitar este evento adverso podría haberse adoptado una política de colocar un tiempo de vida útil de los equipos de una forma pronóstica; este control obedecería a una barrera de tipo:

a. Administrativa
b. Física
c. Tecnológica
d. Natural

Selección Correcta

c. Tecnológica: si bien le corresponde a la parte administrativa definir los lineamientos de la organización, es una barrera tecnológica dado que la adopción de políticas para el uso y control de la tecnología hacen parte del ciclo de vida de un elemento tecnológico dentro de la organización.

Selección incorrecta

a. Administrativa: no es administrativa, dado que no hace parte de las actividades de gestión rutinarias de la organización.

b. No son físicas, pues estas, aunque evitan el fallo de intangibles, no corresponden a la intervención del equipo en sí, sino de la cultura de la organización en su uso.

d. Las barreras naturales dependen de las condiciones del ambiente, no de los equipos o la cultura.

3. El factor contributivo relacionado con la anterior barrera, sería de tipo:

a. Tarea y tecnología

b. Organización y gerencia

c. Equipo de trabajo

d. Individuo

Selección correcta

a. Por cuanto es una política institucional, relacionada con la gestión de la tecnología en la organización.

4. ¿Qué barrera falló?

RTA. La verificación del estado de los equipos biomédicos disponibles en las salas de cirugía.

5. ¿Qué otras preguntas son relevantes para este caso en la investigación y por qué?

   a. ¿Los pagos al personal asistencial son puntuales?
   b. ¿Las placas de electrobisturí utilizadas son de buena calidad?
   c. ¿Cuándo se realizó el último mantenimiento a este equipo?
   d. ¿La paciente firmó consentimiento informado? A y C son correctas.

CASO 2.

¿Qué barrera falló?

RTA. Verificación de la identidad del paciente y procedimiento quirúrgico a realizar.

2. Clasifique las causas identificadas en el caso en los factores contribuyentes según la siguiente tabla del protocolo de Londres.

CAUSAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Deficiencias en las comunicaciones	EQUIPO DE TRABAJO
Deficiencias en los procesos de supervisión	EQUIPO DE TRABAJO
Sobrecarga Laboral	AMBIENTE
Inoportunidad en la atención	ORGANIZACIÓN Y GERENCIA
Falta de adherencia a protocolos	INDIVIDUO



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

IPS INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT

Implementación de barreras y controles durante la ruta de atención del paciente desde su programación hasta la realización del procedimiento.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA
¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA EXPERIENCIA EXITOSA?
PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA EXITOSA
¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL USUARIO?
ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN DE LA REACCIÓN AL CAMBIO POR LOS COLABORADORES DE LA ENTIDAD
ESTRATEGIAS PARA QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA NO SEA VISTO COMO UNA TAREA ADICIONAL
ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS
INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

Durante la ruta de atención del paciente se implementan barreras (prácticas seguras) orientadas a controlar factores contribuyentes. Es así como se diseñan e implementan:

- Lista de chequeo de cirugía
- Pedidos conforme a la programación de cirugías
- Recuento de material utilizado durante la cirugía
- Entrada y salida de material de injertos
- Aplicación de consentimientos informados
- Lista de chequeo de preparación de salas
- Evaluación de procedimientos de esterilización
- Lista de chequeo de anestesia
- Lista de chequeo paciente alérgico al látex
- Lista de chequeo de entrega y recibo en salas de cirugía
- Lista de chequeo paciente en recuperación
- Lista de chequeo de paquete quirúrgico
- Lista de chequeo de identificación de procedimiento quirúrgico
- Control de radiológicos de planeamiento quirúrgicos previos.
- Durante la ruta de atención del proceso se aplican listas de chequeo cruzadas relacionadas con cada paso de la atención por los diferentes miembros del equipo de salud

IPS CLÍNICA EL COUNTRY

Evaluación del riesgo del paciente quirúrgico.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA EXPERIENCIA EXITOSA?

PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL USUARIO?

ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN DE LA REACCIÓN AL CAMBIO POR LOS COLABORADORES DE LA ENTIDAD

ESTRATEGIAS PARA QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA NO SEA VISTO COMO UNA TAREA ADICIONAL

ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

Por ser innovadora. Es una estrategia basada en el modelo de gestión del riesgo, es preventiva y favorece la planeación del manejo del paciente quirúrgico.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir a Anexo 7)



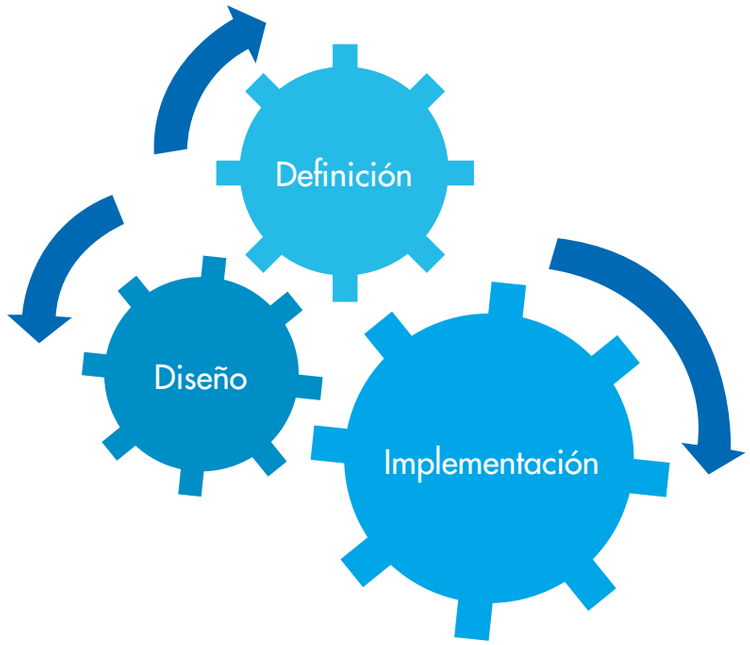
11. CONCLUSIONES

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

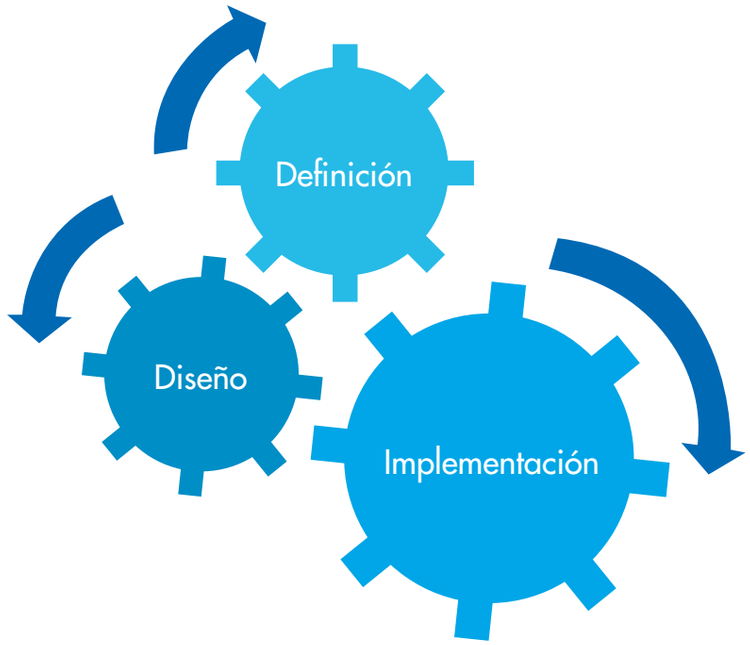
MINSALUD

IR AL ÍNDICE

- La seguridad en los procedimientos quirúrgicos no se debe enfocar simplemente en la aplicación de listas de verificación o chequeo; es importante motivar en el personal asistencial y administrativo una cultura de seguridad, que se refleje en todas sus actuaciones en la atención del paciente.
- Es imprescindible, en todas las instituciones que ofrecen servicios de cirugía, contar con programas de educación continua, entrenamiento y reentrenamiento en todas las áreas del conocimiento relacionado con el quehacer en salas de procedimientos quirúrgicos(de alta, media o baja complejidad)



- El compromiso de la organización a nivel gerencial y administrativo es primordial, ya que ellos son quienes toman decisiones estratégicas en el mejoramiento de los servicios, las cuales deben siempre tener en cuenta la seguridad del paciente.
- Los procedimientos quirúrgicos, no se realizan únicamente en los quirófanos de las salas de cirugía; es necesario incluir en la socialización de este paquete instruccional a odontólogos, gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas, quienes realizan procedimientos en salas especializadas de baja o mediana complejidad.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir a Anexo 8)

12. ANEXOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

IR AL ÍNDICE

ANEXO 1 - LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1.ª Edición) OMS

Antes de la inducción de la anestesia ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de la incisión cutánea ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de que el paciente salga del quirófano

ENTRADA

☐ **EL PACIENTE HA CONFIRMADO**
- SU IDENTIDAD
- EL SITIO QUIRÚRGICO
- EL PROCEDIMIENTO
- SU CONSENTIMIENTO

☐ **DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE**

☐ **SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA**

☐ **PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO**

¿TIENE EL PACIENTE:

ALERGIAS CONOCIDAS?

☐ NO

☐ SÍ

VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?

☐ NO

☐ SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE

RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?

☐ NO

☐ SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS

PAUSA QUIRÚRGICA

☐ **CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN**

☐ **CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:**
- LA IDENTIDAD DEL PACIENTE
- EL SITIO QUIRÚRGICO
- EL PROCEDIMIENTO

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

☐ **EL CIRUJANO REVISA:** LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA

☐ **EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA:** SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO

☐ **EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA:** SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

☐ SÍ

☐ NO PROCEDE

¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

☐ SÍ

☐ NO PROCEDE

SALIDA

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

☐ **EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO**

☐ **QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS** (O NO PROCEDEN)

☐ **EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS** (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)

☐ **SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS**

☐ **EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE**

ANEXO 2 - CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA

ANEXO 3 - MODELO PEDAGÓGICO: GLOSARIO DE TÉRMINOS (regresar al glosario de TÉRMINOS)

PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

Tenga como premisa que el modelo inicia por la formulación de preguntas, por lo tanto se invita a que en el primer ejercicio el lector realice una lluvia de ideas dando respuesta a las preguntas que desea resolver. Una vez finalizada la lectura de los objetivos y el glosario, posteriormente debe registrarlas en una hoja de trabajo.

ANEXO 4 - MODELO PEDAGÓGICO: ESCENARIO PROBLÉMICO (regresar al escenario problémico)

PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

En el abordaje de la lectura de los paquetes instruccionales, identificar el ESCENARIO PROBLÉMICO hace relación a la presentación del tema en forma de pregunta, de situación dilemática, es un problema que necesita solucionarse. Una pregunta-problema hace las veces de motor de arranque y permite dinamizar los contenidos a trabajar a través de un problema que se identifica. Implica observar, leer, analizar, reflexionar y sintetizar el ambiente del problema y construir un ESCENARIO PROBLÉMICO sobre el cual se pretende actualizar, corregir, o implementar nuevas prácticas en la atención en salud. Esta etapa implica acercarse al marco teórico y entender el problema en el contexto.

Ejercicio:

Inicie con la lectura del ESCENARIO PROBLÉMICO planteado en cada paquete. Posteriormente, amplíe sus preguntas con las sugeridas en el documento, adicionando todas las demás inquietudes que surjan individualmente o en el grupo de trabajo. Regístrelas en la hoja de trabajo.

INTRODUCCIÓN | IR A OBJETIVO GENERAL | IR A OBJETIVOS ESPECÍFICOS | IR A GLOSARIO DE TÉRMINOS | IR A ESCENARIO PROBLÉMICO | IR A METAS DE APRENDIZAJE | IR A MARCO TEÓRICO | IR A APROPIACIÓN | IR A EVIDENCIAR RESULTADOS | IR A EXPERIENCIAS EXITOSAS | IR A CONCLUSIONES | IR A ANEXOS | IR AL ÍNDICE

ANEXO 5 - MODELO PEDAGÓGICO: MARCO TEÓRICO (regresar al MARCO TEÓRICO - Antecedentes)

PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

5.1 Remítase a la lectura del paquete instruccional de seguridad del paciente y atención segura.

5.2 Remítase a la lectura del paquete de monitorio de aspectos claves de seguridad del paciente.

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea tematica clínica de su interes.

Tener en cuenta en 7.3 Análisis de Causas de falles en Atención en Salud- Protocolo de Londres.

1. Lea la falla activa o accion insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición, consúltela en el glosario)

2. Lea las barreras y defensas (prácticas seguras) que puedieron evitar la presencia de eventos adversos, si éstas existieran en la organización y se cumplieran.

3. Lea los factores contributivos que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura.

Se busca con este análisis que los lectores tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede ocurrir el problema, las posibles causas e ideas para resolver el problema desde lo que ya se conoce.

INTRODUCCIÓN | IR A OBJETIVO GENERAL | IR A OBJETIVOS ESPECÍFICOS | IR A GLOSARIO DE TÉRMINOS | IR A ESCENARIO PROBLÉMICO | IR A METAS DE APRENDIZAJE | IR A MARCO TEÓRICO | IR A APROPIACIÓN | IR A EVIDENCIAR RESULTADOS | IR A EXPERIENCIAS EXITOSAS | IR A CONCLUSIONES | IR A ANEXOS | IR AL ÍNDICE

ANEXO 6 - ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

(regresar a Falla Activa)

En los paquetes de cada línea temática clínica, responda las siguientes preguntas.

¿Las barreras y defensas o prácticas seguras sugeridas en el documento se encuentran documentadas, socializadas, adoptadas y verificadas en la organización?

¿Se han presentado estas fallas activas o acciones inseguras en nuestra organización y han sido reportadas?

¿Conoce el personal de la institución que estas fallas activas deben ser reportadas?

¿Los factores que contribuyeron en la aparición de la falla activa o acción insegura son factores comunes en nuestra organización?

¿Se cuenta en mi organización con barreras y defensas o prácticas seguras para disminuir los factores contributivos?

¿Qué barreras y defensas debería fortalecer o implementar? (Todas las definidas por la Guía Técnica, las que después de un ejercicio de AMEF queden priorizadas)

¿Qué mecanismos de monitorio tenemos implementados en nuestra institución?

¿Qué información relevante sobre seguridad del paciente ha arrojado estos mecanismos de monitorio?

¿Cuenta la institución con indicadores que permitan monitorizar el desarrollo de las actividades en seguridad del paciente mas relevantes?

¿Cuáles son?

¿Se acercan a los recomendados en el paquete instruccional de seguridad del paciente?

¿Debería ajustarlo?

¿Cómo?

¿La redacción de los indicadores y su resultados aportan información relevante para demostrar los resultados del trabajo en seguridad del paciente?

¿Son fácilmente medibles?

¿Las fuentes de información están disponibles y son de fácil recolección?

¿Esta información puede extraerse de otro indicador con una mayor profundidad en su análisis?

ANEXO 7 - MODELO PEDAGÓGICO: EXPERIENCIAS EXITOSAS (regresar a Experiencias exitosas)

PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

En cada uno de los paquetes se encuentra una EXPERIENCIA EXITOSA, un ejemplo de una institución prestadora de ervicios de salud con altos estándares de calidad. Frente a esta experiencia se sugiere revisar la o las preguntas problématicas para tratar de analizarlas desde ese contexto.

La inquietud es: si existiera, ¿cómo se resolvería el problema en la institución del ejemplo?. Al conservar las preguntas y resolverlas en otro contexto, con el caso que nos presentan en la experiencia exitosa, se puede hacer un ejercicio de comparación de circunstancias, de modos, de oportunidades, de fortalezas y de debilidades para enriquecer el análisis del contexto propio.

¿Cómo la solucionan los otros, con qué recursos, con qué personal, en qué ambiente y en qué condiciones? ¿Qué podemos aprender de la comparación de la experiencia exitosa? ¿Cómo solucionar el problema con lo que somos y tenemos?

Por lo tanto los invitamos a apropiar el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, como experiencia exitosa, ya que se ha demostrado en universidades nacionales como la Universidad Nacional Abierta y a distancia, UNAD, y en universidades internacionales como la Universidad Politécnica de Madrid, que este modelo ha sido realmente exitoso. La invitación es a que en la Institución a la que pertenece el lector, este modelo pueda ser adoptado por la organización, complementado con socio-dramas, video clips, presentación en diapositivas, carteleras, protocolos ilustrados, entreo otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.

INTRODUCCIÓN | IR A OBJETIVO GENERAL | IR A OBJETIVOS ESPECÍFICOS | IR A GLOSARIO DE TÉRMINOS | IR A ESCENARIO PROBLÉMICO | IR A METAS DE APRENDIZAJE | IR A MARCO TEÓRICO | IR A APROPIACIÓN | IR A EVIDENCIAR RESULTADOS | IR A EXPERIENCIAS EXITOSAS | IR A CONCLUSIONES | IR A ANEXOS | IR AL ÍNDICE

ANEXO 8 - MODELO PEDAGÓGICO: CONCLUSIONES (regresar a Conclusiones)

PASO 10. CONCLUSIONES

Se invita al lector a describir sus propias conclusiones de manera concreta, que llevan a la claridad del actuar en la práctica y a responder los siguientes planteamientos.

Enumere tres acciones que ejecutará, gracias a lo aprendido en este ejercicio.

Realice un breve resumen del paso a paso para la aplicación de lo aprendido

Preguntarse y responder de manera individual y grupal

- ¿Qué conocimientos tenía al inicio de la lectura y cuáles conocimientos tengo ahora?
- ¿Cómo procedía antes frente a un caso de seguridad del paciente y como debo proceder ahora que tengo los conocimientos?
- ¿Qué información relevante debo recordar y qué información debo aplicar permanentemente?
- ¿Qué errores he cometido en este proceso de aprendizaje? ¿Cómo los puedo solucionar?.

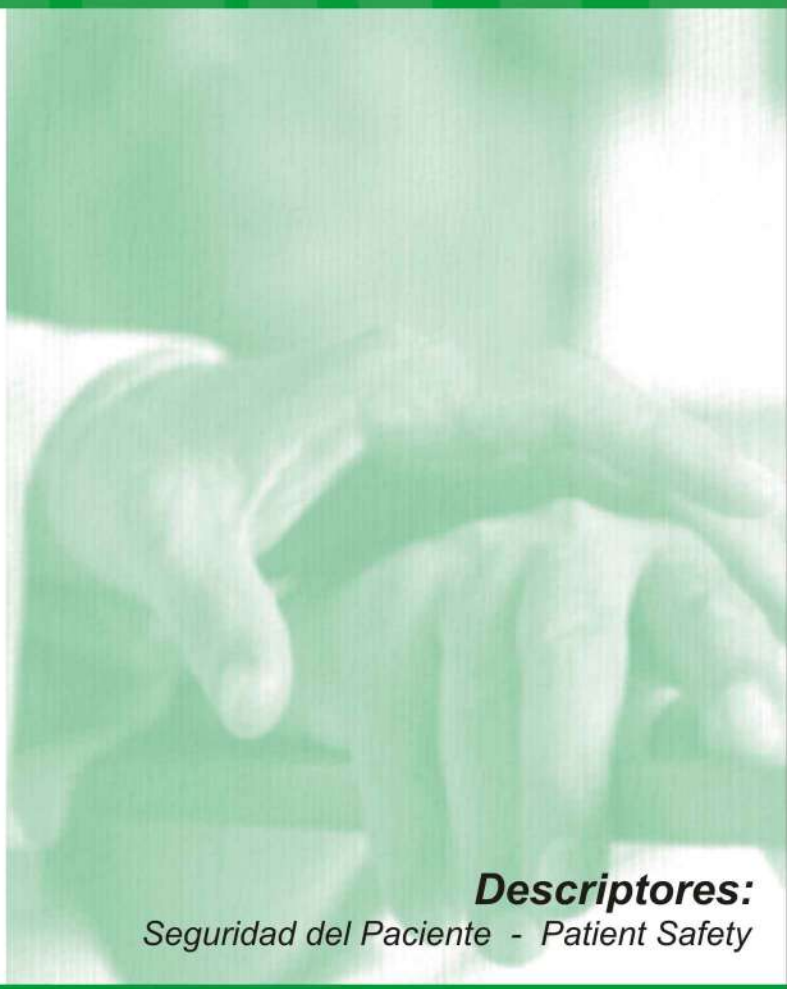
Finalmente recuerde diligenciar la tabla de nivel de cumplimiento de sus metas de aprendizaje y lo que debe ejecutar para profundizar en el tema y lograr un 100% en su meta.

Versión : 001

SOGC
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

273

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
Republica de Colombia

Descriptores:
Seguridad del Paciente - Patient Safety

GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"

PROLOGO

La Unidad Sectorial de Normalización es el organismo técnico definido por el Decreto 1011 de 2006 como “una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia.

El Decreto 3257 de 2008, estableció la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), pero prevé que estos dos sistemas deben actuar de manera coordinada en donde hayan aspectos comunes. La Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN) es el organismo que tiene la función de articular técnicamente a los dos sistemas.

Esta Guía Técnica luego de su discusión y aprobación en el Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial de Normalización (USN), en donde participaron 291 profesionales de 111 instituciones, provenientes de 44 ciudades del país, fue entregada al Consejo Técnico de la USN el día 13 de noviembre de 2009, y luego de surtir el proceso de consulta pública fue aprobada como la Guía Técnica en Salud 001 el día 4 de marzo de 2010.

El documento que sirvió de base para esta guía técnica fue cedido al Ministerio de la Protección Social por el Centro Médico Imbanaco y ha sido mejorado, adicionado y transformado a través del Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial; con el soporte del equipo técnico de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social y los aportes en de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa “Pacientes por la Seguridad del Paciente” en lo relacionado con al apartado de “involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad”.

Al igual que los procesos de seguridad del paciente en Colombia, este es un paso inicial que deberá ir evolucionando en el tiempo, incorporando la creciente experiencia de nuestras instituciones, la evolución del conocimiento científico en el tema e incluyendo nuevas prácticas y relaciones con otros sistemas que le son afines como la tecnovigilancia y farmacovigilancia entre otros.

A continuación se relacionan por orden alfabético las instituciones de donde provinieron los profesionales que colaboraron en el desarrollo de esta guía técnica a través de su participación en el Comité de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente de la USN:

1. A & R GESTIÓN
2. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS. ACHC
3. ACODIN
4. ANGIOGRAFÍA DE OCCIDENTE
5. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE BACTERIOLOGÍA
6. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FISIOTERAPIA
7. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA.
8. BANCO DE SANGRE CLÍNICA COLSANITAS
9. CAFAM
10. CALISALUD EPS
11. CAPRECOM EPS
12. CEDIT LTDA
13. CENDEX U. JAVERIANA
14. CENTRO FEDERICO LLERAS
15. CENTRO POLICLÍNICO OLAYA
16. CIUDADELA SALUD S. A
17. CLÍNICA CHÍA S.A
18. CLÍNICA COLSANITAS
19. CLÍNICA COLSUBSIDIO ORQUÍDEAS
20. CLÍNICA DE OCCIDENTE
21. CLÍNICA JUAN N CORPAS
22. CLÍNICA PARTENÓN
23. CLÍNICA SAN RAFAEL
24. CLÍNICA SHAIO
25. CLÍNICA TELETÓN
26. CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
27. CLÍNICA UNIVERSITARIA CARLOS LLERAS RESTREPO
28. COATER O.C.
29. COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGÍA
30. CONSAUDIT
31. COOMEVA EPS S.A
32. CRUZ ROJA COLOMBIANA
33. CUIDARTE TU SALUD S. A
34. EDUMEDIC LTDA. ASESORÍAS Y CONSULTORÍAS DE GESTIÓN EN SALUD.
35. EPS SANITAS.
36. E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO
37. E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ
38. ESE HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
39. ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ
40. E.S.E. ORIENTE CALI
41. E.S.E ROSARIO CAMPOALEGRE HUILA.
42. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL – SANTA ROSA DE CABAL (RISARALDA)
43. EPS – SEGURO SOCIAL
44. FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL
45. FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
46. FUNDACIÓN HOMI-HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
47. FUNDACIÓN LATINOAMERICANA AVEDIS DONABEDIAN
48. FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ
49. FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL VALLE
50. GRUPO EMPRESARIAL DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS E.U
51. HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA
52. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO
53. HOSPITAL DEL SUR
54. HOSPITAL. EL TUNAL
55. HOSPITAL INTERNACIONAL DE ALTA TECNOLOGÍA HIAT. S.A
56. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS
57. HOSPITAL OCCIDENTE KENNEDY
58. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
59. HOSPITAL PABLO TABÓN URIBE
60. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA
61. HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL
62. HOSPITAL SAN JOSÉ
63. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
64. HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR
65. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
66. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA
67. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
68. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ INFANTIL

69. HOSPITHABITAT LTDA
70. HUMANAVIVIR EPS
71. ICONTEC
72. INVIMA
73. INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
74. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
75. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
76. IPS ARTE SANO ORAL
77. I.P.S CORPORACIÓN CORVESALUD. COODONTOLOGOS
78. J.G.C. MEDISERVICIOS LTDA.
79. HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MEDERI
80. MÉDICOS ASOCIADOS
81. MEDICINA INTENSIVA DEL TOLIMA
82. METROSALUD
83. NUEVA EPS
84. ORTODONCISTAS ASOCIADOS
85. OXÍGENOS DE COLOMBIA
86. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA – CALI
87. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA - BOGOTÁ
88. PROCURADURÍA DE BOGOTÁ
89. PRATT LTDA
90. PRAXXIS
91. PROCURADURÍA DE BOGOTÁ
92. PROGER LTDA.
93. REDIMED
94. SALUD TOTAL E.P.S
95. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
96. SECRETARIA DE SALUD HUILA
97. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
98. SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL META
99. SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN SCARE
100. SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA DEL COUNTRY
101. TARGET SALUD – PEREIRA (RISARALDA)
102. UNIANDINOS
103. UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
104. UNIVERSIDAD DEL BOSQUE
105. UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
106. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
107. UNIVERSIDAD JUAN N CORPAS
108. UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
109. UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA CARTAGENA
110. UNIVERSIDAD SAN MARTIN SEDE CALI
111. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CALI

PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL QUE PARTICIPARON EN EL DESARRROLLO DE LA GUIA

MARITZA ROA G.
Coordinadora del Grupo de Garantía de Calidad
Dirección General de Calidad de Servicios.

FRANCISCO RAÚL RESTREPO P.
Consultor de la Dirección General de Calidad de Servicios
Miembro del Consejo Técnico de la USN.

MARIA ISABEL RIACHI G
Consultora de la Dirección General de Calidad de Servicios
Secretaría Técnica de la USN.

JORGE ALBERTO ORDOÑEZ S.
Profesional Especializado Grupo Garantía de Calidad
Dirección General de Calidad de Servicios.

LORENZA OSPINO R.
Consultora Dirección de Salud Pública

PRESENTACIÓN

"Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente"[1]; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Proteción Social expidió los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente".

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos.

Se complementa con el desarrollo de paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones, los cuales están publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud[2], cuentan con una herramienta de "e-learning" para la autoinstrucción[3] y un aula virtual para la formación de instructores.

El Ministerio de la Protección Social a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud entrega a disposición de todos los profesionales de la salud de nuestro país ésta herramienta, que si es implementada e internalizada en los procesos de atención, contirbuirá al mejor cumplimiento del mandato constitucional de proteger la vida y la salud de los ciudadanos de nuestro país.

Consejo Técnico
Unidad Sectorial de Normalización en Salud
Bogotá, 4 de marzo de 2.010

---

[1] Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente
[2] www.minproteccionsocial.gov.co/OCS
[3] http://www.ocsav.info/paquetes.html

INTRODUCCIÓN

La elaboración de las recomendaciones de esta guía técnica en salud se basa en las siguientes premisas:

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la institución.

- Para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente.

- Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.

- El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.

- El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todos los Instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo.

El principal objetivo, es guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para que implementen la política institucional de seguridad del paciente, aunque las recomendaciones de esta guía también pueden ser implementadas por las instituciones de salud que están exentas del SOGC en Colombia, así como cualquier otra institución en el mundo que la considere de utilidad para sus propios procesos de seguridad del paciente.

CONTENIDO

Pag

1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN 7
2. REFERENTES: 8
3. MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES: 9
4. PRACTICAS SEGURAS 10

4.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS 10
4.1.1 Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. 10
4.1.2 Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo 12
4.1.3 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador 12
4.1.4 Estandarización de procedimientos de atención 13
4.1.5 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos 14
4.1.6 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente 14
4.1.7 Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio 15
4.1.8 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud 15

4.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS 16
4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud 16
4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos 17
4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas 19
4.2.4 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos 20
4.2.5. Prevenir ulceras por presión 20
4.2.6 Prevenir las complicaciones anestésicas 21
4.2.7 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales 21
4.2.8 Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio 22
4.2.9. Implementar equipos de respuesta rápida 22
4.2.10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares 23
4.2.11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea 23
4.2.12. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico 24
4.2.13. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas 24
4.2.14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental 26
4.2.15. Prevención de la malnutrición o desnutrición 26
4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo 27

4.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES 29
4.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes 29
4.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud 29
4.3.3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado 29
4.3.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes. 30

4.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD 31
4.4.1 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad 31
4.4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención: 31

ANEXO A: EVALUACION DE RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES 32
ANEXO B: LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO 34
ANEXO C: PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS 35
ANEXO D: PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA 39
ANEXO E: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUTRICIÓN 43
ANEXO F: PAQUETES INSTRUCCIONALES 44
ANEXO G: LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 45
ANEXO H: BIBLIOGRAFÍA 47

1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica en Salud establece las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales



Ilustración 1: Conceptualización gráfica de la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del paciente.

Las buenas prácticas contenidas en esta Guía Técnica en Salud son aplicables a:

- Prestadores hospitalarios.
- Prestadores ambulatorios.
- Prestadores independientes.
- Entidades administradoras de planes de beneficios en relación con sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores.

Se considera que una institución que implemente las recomendaciones de ésta guía tendrá una alta probabilidad de proteger a sus pacientes, de acuerdo al perfil de riesgo del país; lo cual no la exime de profundizar en los riesgos originados por sus características particulares

Las recomendaciones de esta Guía se consideran recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no obstante cuando el Ministerio de la Protección Social expida las correspondientes normas que adoptan total o parcialmente algunas de estas recomendaciones como estándares de habilitación o como estándares de acreditación, según el caso; precisando el formato de acuerdo con las especificaciones en cada uno de estos componentes del SOGC, tendrán el grado de obligatoriedad que la norma determine, de acuerdo a lo establecido por el artículo 2° del Decreto 1011 de 2006.

2. REFERENTES:

Para la elaboración de ésta Guía Técnica en Salud, se han tomado en consideración los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, los desarrollos hechos en las instituciones acreditadas del país y las recomendaciones de la entidad acreditadora en salud (ICONTEC) como consecuencia del aprendizaje durante los procesos de acreditación; así como las recomendaciones producidas por las organizaciones y/o grupos técnicos reconocidos en el mundo que trabajan el tema de seguridad del paciente.

Los principales documentos en los cuales se basan las recomendaciones de está guía son:

1. "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008
2. El informe final del "Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica"
3. "The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud
4. Los documentos y retos globales propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: "Atención limpia es una atención más segura " y Cirugías Seguras: "The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives".
5. La investigación de practicas seguras hechas por la Universidad de Stanford
6. Las prácticas seguras sugeridas por el grupo Leapfrog (LF)
7. Las prácticas seguras consensuadas por el National Quality Forum, (NQF)
8. Las prácticas recomendadas por la campaña 5K del Institute for Healthcare Improvement –IHI.
9. Las metas en Seguridad del Paciente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los Estados Unidos.
10. The Accuraccy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI (Clinical Laboratory Standars Institute (el cual durante el período de elaboración de esta Guía Técnica se encontraba en fase de consulta pública).

3. MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES:

Para efectos de esta guía, el modelo conceptual y las definiciones son los establecidos por los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" expedidos por el Ministerio de la Protección Social de Colombia.



Ilustración 2: documentos publicados que soportan las recomendaciones contenidas en la guía técnica: "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud"

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA:

La "Buena Práctica" corresponde al texto que está en negrilla, precedido de una numeración.

El texto que sigue a continuación, corresponde a la recomendación ***acerca de la mejor manera de alcanzar*** el propósito hacia el cual está dirigida la buena práctica, de acuerdo con la evidencia científica, las tendencias mundiales en seguridad del paciente y/o el consenso obtenido en el Comité Sectorial de Normalización, sin embargo la recomendación no es exhaustiva ni excluyente y podrían existir otros medios que posibiliten la consecución de dicho propósito.

En las notas de pie de página en cada práctica se encuentra referenciado el vinculo con el cual se puede acceder al paquete instruccional correspondiente, o a la página del Observatorio de Calidad en donde puede encontrarse alguna herramienta o ayuda para la implementación de la recomendación dada por la guía.

4. PRACTICAS SEGURAS

4.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS[4]

4.1.1 Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos:

4.1.1.1 Política institucional de Seguridad del Paciente.

debe:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.

4.1.1.2 Promoción de la cultura de seguridad

La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.

Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer castigo.

[4] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/021.html

Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la "Encuesta de clima de seguridad"[5]

4.1.1.3. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo[6]:

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. La institución debe tener claridad sobre lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías.

4.1.1.3.1 Reporte:

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución.

Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de:

- Proceso para el reporte de eventos adversos
- Qué se reporta
- A quien se le reporta
- Cómo se reporta
- A través de que medios
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó
- Cómo se estimula el reporte en la institución

4.1.1.3.2 Análisis y gestión

Para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA), el "Protocolo de Londres" es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los EA.

Se debe precisar cual será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.

---

[5] La encuesta de clima de seguridad se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/023.html

[6] Una descripción orientativa de estas herramientas se puede encontrar el la página de herramientas para la seguridad del paciente del Observatorio de calidad en el vínculo http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/her_calidad/herra_seguridad.aspx

4.1.2 Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo[7]

- Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.
- Ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianeidad de la institución.
- La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.

4.1.3 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador

4.1.3.1. Procedimientos de referencia de pacientes:

Definir, implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.

4.1.3.2. Procedimientos para la autorización de servicios:

Definir implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización en la IPS solicitante.

4.1.3.3 Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente

Medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.

4.1.3.4 Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS:

Elaborar, implementar y hacer seguimiento de los procedimientos que aseguren la oportunidad de entrega de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, así como la disponibilidad de los incluidos en el POS***.***

4.1.3.5. Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios:

Acordar mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante los diferentes momentos de transición de responsabilidad entre los prestadores de servicios.

---

[7] El paquete correspondiente al modelo pedagógico en que se basan los paquetes instruccionales sobre las buenas prácticas recomendadas en esta guía se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/024.html

4.1.4 Estandarización de procedimientos de atención

4.1.4.1. Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente:

Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud.

Se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación.
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

4.1.4.2. Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:

Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución.

- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio numero de patologías posibles.
- Realizar evaluación de la guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto (p.e.: instrumento AGREE o equivalentes)
- Incluir las guías de procedimientos de enfermería, de instrumentación quirúrgica y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía).
- Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.

4.1.4.3. Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares [8]

Desde la gerencia de las instituciones se debe crear un direccionamiento, bien sea por un comité de credenciales o un grupo especifico que dentro de la institucion defina las prerrogativas que se entregarán a los profesionales de acuerdo con sus competencias y habilidades. Para tal definición se debe tener en cuenta no solamente el título otorgado por la institución universitaria, sino también el volumen de procedimientos hechos con anterioridad y la curva de aprendizaje**.** Incluye aquellos profesionales y médicos entrenados en procedimientos de especialidades sin suficiente oferta en la ciudad sede de la IPS. Esto permite el aseguramiento de competencias del personal en salud

[8] Recomendada por el grupo Leapfrog (LF)

4.1.4.4. Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes:

Al menos en:

- Seguridad de los Neonatos.
- Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las áreas.
- Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente.

4.1.5 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos[9]

La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil, se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa, basados en la metodología IBEAS[10]

4.1.6 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente[11]

Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda la medición de indicadores:

al menos

- Gestión de eventos adversos
- Reporte de eventos adversos
- De acuerdo con los riesgos que se generen; Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador ventilador, etc[12].
- Detección de riesgos del ambiente físico
- Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región.
- Gestión en educación en prestador, asegurador.

---

[9] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/022.html

[10] IBEAS estudio de prevalencia de efectos adversos" proyecto promovido por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España en colaboración con los Ministerios de Salud de Argentina, Costa Rica, Perú, la Secretaria de Salud de México y el Ministerio de la Protección Social de Colombia. Se pueden encontrar los instrumentos utilizados y los resultados obtenidos en la sala temática centro de seguridad del paciente del observatorio de calidad en el vínculo http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx

[11] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/001.html

[12] Pueden encontrarse las fichas técnicas de algunos indicadores de seguridad del paciente para los niveles de monitoria interna y monitoria externa en la sala temática de indicadores de calidad del Observatorio de Calidad en el vínculo http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/ind_calidad/Default.aspx

4.1.7 Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio

La literatura soporta el efecto benéfico de esta práctica en la reducción de la frecuencia de los errores de medicación, los cuales incluyen daños serios a los pacientes:

- Orden médica hecha por computador en toda la institución[13].
- Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de Eventos Adversos o indicios de atención insegura.

Incluir aplicativos para la atención del paciente, como historia clínica electrónica, (preferiblemente) de manera segura y controlada. Definir planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica electrónica y fìsica a la vez. Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.

4.1.8 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud

Debe incluir:

Ambiente físico seguro

- Evaluar las condiciones de localización segura.
- Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional).
- Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales.
- Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria

Equipamiento tecnológico seguro

- Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar en las Instituciones de salud.
- Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento.
- Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución.
- Realizar análisis a partir de los reportes de tecnovigilancia

[13] Recomendada como práctica segura por Nacional Quality Forum NQF y el grupo Leapfrog (LF)

4.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

En la primera versión de ésta guía técnica se incluyeron entre otros los siguientes aspectos:

4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud[14]

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas,químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial,profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a :

- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución
- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)

[14] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/002.html

- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado[15] de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos[16,17]

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente.

Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son:

- Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
- Asegurar la *dispensación* correcta de los medicamentos y los procesos de reempaque y reenvase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
- Definir mecanismos para prevenir errores en la *administración* de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos[18].
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la

[15] Se entiende por lavado: higiene (con agua o con base en alcohol)
[16] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/020.html
[17] Recomendada por Nacional Quality Forum (NQF), Institute for Healthcare Improvement –IHI (campaña 5K) y el grupo Leapfrog (LF)
[18] Ver práctica 4.2.15

información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.

- Identificar los medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.
- Incluir en la *recepción* de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.
- Asegurar que en el proceso *almacenamiento* de los medicamentos, se incluya protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.
- Asegurar que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.
- Definir mecanismos de *compra* que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.
- Tomar en consideración la información que proviene de la fármaco vigilancia.
- Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.

4.2.2.1. Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención:

Procesos que aseguran la verificación de los medicamentos que el paciente recibe corrientemente de cualquier procedencia (paciente proveniente de la consulta externa, de otro servicio dentro de la institución o de otra institución)

4.2.2.2. Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria:

Involucra la compra de dosis unitarias preelaboradas por un proveedor o el reempaque o reenvase y marcaje adicional del medicamento a utilizar. Aunque la evidencia para la efectividad de esta práctica es modesta, ha sido generalmente bien aceptada y ampliamente implementada en todo el mundo, pues la mayoría de estudios publicados han mostrado efecto en la disminución de errores, bien sea por comisión como de omisión

con el uso de medicamentos en este sistema.

4.2.2.3. Identificación de alergias en los pacientes.

La institución debe asegurar en los pacientes que no haya confusión de un efecto secundario del medicamento con una alergia.

La institución debe definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de atención la posibilidad de alergias y reacciones similares.

4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas[19]

4.2.3.1 Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución.
(Ver Anexo A)

Que contemple la siguiente información como mínimo*:*

- Antecedentes de caídas.
- Identificación del paciente:
  - Que está agitado
  - Funcionalmente afectado
  - Necesita ir frecuentemente al baño
  - Tiene movilidad disminuida
  - Pacientes bajo sedación

4.2.3.2 Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente

- Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto.
- Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender órdenes.
- Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos.
- Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie.

4.2.3.3 Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:

- No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos.
- Ausencia de superficie antideslizante en el piso
- Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas.
- Camillas sin barandas.
- Iluminación inadecuada.
- Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación.

[19] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/004.html

4.2.4 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos[20]

Entre otros:

4.2.4.1 Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto:

A través de mecanismos que aseguran la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica. Debe considerar las siguientes etapas:

- La verificación en el quirófano mediante la utilización de la lista de chequeo para la "Cirugía Segura" sugerida por la OMS.(Anexo B)
- Cuando el paciente es valorado por el personal de enfermería encargado de la instrucción pre quirúrgica al paciente.
- Al momento de diligenciar el consentimiento informado.
- El estándar del símbolo con el cual se marca y la utilización de marcadores indelebles.
- Hacer partícipe al paciente si sus condiciones físicas y mentales lo permiten y a su familia en caso de menores o discapacitados

4.2.4.2. Prevención del fuego en cirugía

Mediante revisión y verificación de los equipos e instalaciones eléctricas antes de la cirugía y durante la realización de ésta.

4.2.4.3. Prevención de quemaduras en cirugía

- Colocación adecuada de placas electro quirúrgicas
- Monitoreo durante la utilización de equipos que pudieran representar riesgo de quemaduras

4.2.5. Prevenir ulceras por presión[21,22]

Las escaras son lesiones causadas por presión, fricción o cizalla, o por combinación de estos tres tipos de fuerzas, que afectan a la piel y tejidos subyacentes. Aunque la piel, la grasa y el tejido muscular pueden resistir presiones importantes por breves periodos de tiempo, la exposición prolongada a una cierta cantidad de presión ligeramente superior a la presión de llenado capilar (32 mm Hg) puede originar necrosis de la piel y ulceración. Tan sólo dos horas de presión ininterrumpida pueden originar los cambios mencionados; su clasificación va desde el enrojecimiento de la piel a la presencia de lesiones con cavernas y lesiones en el músculo o hueso (estadio IV).

La prevención debe considerar la identificación de personas con riesgo de desarrollar

[20] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/005.html
[21] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/006.html
[22] Término equivalente en esta guía a escaras o úlceras por decúbito

úlceras por presión, no solo en las áreas de contacto con protuberancias óseas, sino también en los sitios de contacto permanente con sondas de drenaje o de alimentación.

La identificación del riesgo de úlceras por presión se realiza mediante diferentes actividades como son la valoración de la movilidad, de incontinencia, de déficit sensorial y del estado nutricional; se debe llevar a cabo una valoración de la integridad de la piel, de la cabeza a los pies, en los pacientes en riesgo en el momento del ingreso, y a partir de ahí diariamente.

Adicionalmente, esta valoración debe combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados (p.e.: escala de Braden, o escala de Norton). Se debe reevaluar a los pacientes con regularidad y documentar los hallazgos e incrementar la frecuencia de las valoraciones especialmente si se deteriora el estado del paciente, (p.e.: verificar que no exista contacto con materiales de limpieza o la placa de electrocauterio).

4.2.6 Prevenir las complicaciones anestésicas

Las complicaciones anestésicas pueden ser prevenibles y no prevenibles. Las estrategias para lograrlo comprenden múltiples acciones combinadas que al aplicarse logran el resultado seguro para el paciente. Una de ellas es la creación de una lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución (Ver Anexo C)

4.2.7 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales[23,24]

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico. Todos los datos deben corroborados verbalmente y diligenciados bien sea en papel o en el sistema electrónico cuando aplica (chips, códigos de barras). En el proceso de la identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:

- Adulto con documento de identidad (CC o CE o PA ó NU)
- Adulto sin documento de identidad.
- Recién nacidos y menores de edad sin numero de identificación
- Para el parto normal o cesárea de un solo bebe.
- Para parto normal o cesárea de embarazo múltiple
- Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto

[23] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/008.html
[24] Sugerida por el grupo Leapfrog

4.2.8 Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio

Es necesario que los procesos pre-analíticos, analíticos y post-analíticos se articulen tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para generar resultados seguros y confiables. En este marco, la identificación del paciente es crítica y debe desarrollarse acorde con los lineamientos nacionales e internacionales. Algunas organizaciones como el College of American Pathologist CAP ha identificado como unos de los primeros errores cometidos en el laboratorio, durante la fase analítica y post-analítica, corresponde a la identificación del paciente, durante los procesos de control de calidad externa desarrollados por esta institución.[25]

Para este efecto los procesos organizacionales deben incluir elementos esenciales para la identificación correcta y segura del paciente, como se menciona a continuación:

1. La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos preanalíticos, analíticos y postanalíticos. Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.

2. La participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente. En este caso, es de importancia relevante la utilización de un lenguaje culturalmente accesible.

3. La comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud involucrado.

4. Entre los datos básicos de identificación del paciente, se recomienda incluir al menos dos de los siguientes:

- Nombre Completo.
- Número de Identificación: Cédula, Tarjeta Identidad, Pasaporte, Licencia de conducción.
- Número de identificación adicional: record, consecutivo, otro.
- Fecha de nacimiento.
- Fotografía.
- Bandas de identificación por colores (menores, alergias, etc.).
- Otros

4.2.9. Implementar equipos de respuesta rápida[26]

Desarrollar un proceso para que el personal asistencial reconozca tempranamente el empeoramiento de la condición clínica de un paciente y se dispare la pronta y eficaz atención que rescata al paciente del paro cardiorrespiratorio.

---

25 Pathology and Laboratory Medicine: Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety. Howanitz P.J. 2005 Vol. 129. No. 10, pp. 1252- 1261

26 Institute for Healthcare Improvement –IHI (campaña 5K)

Implementar mecanismos para que las alertas generadas por el paciente sean escuchadas y tenidas en cuenta con oportunidad. (Semaforización de pacientes. clasificación del riesgo, rondas cortas de seguridad, entrega y recibo de turnos)

4.2.10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares[27]

4.2.10.1. Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.

4.2.10.2. Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva:

Consiste en la administración de una dosis terapéutica de un betabloqueador previo a la inducción de la anestesia, seguida por el monitoreo del efecto betabloqueante (FC de 70 x min. o menos) durante la cirugía y en el periodo postoperatorio. Esta práctica es recomendada dado que los estudios de ensayos clínicos bien diseñados han mostrado que el uso de betabloqueadores en el periodo perioperatorio está asociado con una reducción significante en la morbi-mortalidad del paciente cardiaco.

4.2.11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea[28]

Las acciones para ofrecer seguridad transfusional dependen al menos de 2 aspectos importantes: la disponibilidad y oportunidad de la sangre y componentes sanguíneos y la seguridad de estos.

Las complicaciones *asociadas a la disponibilidad, oportunidad y manejo de sangre y componentes y de la transfusión sanguínea* pueden ser prevenibles y no prevenibles. Prevenir la mortalidad materna contando con sangre y componentes disponibles oportunamente debe ser una meta al igual que evitar su aplicación incorrecta o los eventos adversos asociados a su uso. Disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al aspecto transfusional comprenden múltiples aspectos y van desde la selección del donante de sangre y se extienden hasta la transfusión con el monitoreo del efecto del componente en el receptor o paciente, así mismo requieren una interacción entre el personal del banco de sangre o servicio transfusional y el personal médico y de enfermería que al aplicarse logran el desenlace seguro para el paciente. (Anexo D)

- Garantizar la conservación de las características físicas y biológicas de las muestras y el componente sanguíneo.
- Garantizar la aplicación de un sistema de control de calidad
- Desarrollar procesos para la prevención de Eventos Adversos
- Desarrollar programas que incluyan identificación, notificación, análisis y acciones correctivas de Eventos Adversos

[27] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web http://ocsav.info/016.html
[28] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/009.html

- Establecer procesos que garanticen custodia y confidencialidad de resultados de paciente y donante
- Desarrollar mecanismos para garantizar suficiencia, oportunidad y disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos.
- Adelantar acciones dirigidas a reducir los eventos adversos e incidentes asociados a transfusión
- Fortalecer los comités transfusionales para garantizar el desarrollo, implementación y control del sistema de Seguridad Transfusional.

4.2.12. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico

4.2.12.1. Prevención de la hemorragia digestiva en pacientes críticos

4.2.12.2. Prevención de la neumonía asociada al ventilador

4.2.12.3. UCI con equipo médico cerrado especializado en la atención del paciente crítico:

A pesar que los estudios no han mostrado evidencia estadísticamente significativa para un solo tipo cerrado de UCI, si muestran que la mortalidad ajustada disminuye vs. Modelos de atención abierta o compartida.

4.2.13. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas

Los estudios radiológicos y de imágenes diagnósticas deben contar con los siguientes elementos:

- Nombre.
- Número de identificación o número de historia clínica.
- Género.
- Fecha de nacimiento o edad.
- Órgano objeto del estudio

En Radiología:

Prevención de la extravasación:

- Identificación y verificar acceso vascular.
- identificar pacientes de alto riesgo.

Prevención de fibrosis sistémica nefrogénica:

- Identificar pacientes con insuficiencia renal.
- Asegurar el procedimiento correcto y el paciente correcto en los departamentos de imágenes diagnósticas.

Reducción de infecciones en departamentos de radiología e imágenes diagnósticas:

- Adherirse a normas de higiene y bioseguridad.

Reducción de caída de pacientes:

- Implementar medidas para reducir caídas en pacientes de alto riesgo

Radioprotección a pacientes.

Capacitación y reentrenamiento de los técnicos en el manejo de nuevos equipos. Se debe evitar el uso de radiaciones médicas innecesarias, como son:

- Repetir exámenes que ya se habían realizado.
- Pedir exámenes complementarios que seguramente no alteraran la atención al paciente.
- Pedir exámenes con demasiada frecuencia
- Pedir exámenes inadecuados
- No especificar en la orden médica la información clínica necesaria
- exceso de exámenes complementarios.
- Cumplir con las normas de radioprotección:
- El médico remitente debe tener un conocimiento claro de los estudios por modalidad, sus indicaciones, contraindicaciones así como las limitaciones y complicaciones de los mismos, para un uso racional y con la pertinencia debida.
- Conocer la posibilidad del diálogo del médico tratante y el radiólogo que permita tener criterios claros para la solicitud y la evaluación de los exámenes.
- En nuestro país se debe cumplir con la legislación en cuanto todo estudio radiológico y debe realizarse previa orden médica escrita (Resolución 9031 de 1990)

4.2.13.1. Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas:

Utilizada básicamente para servicios donde no radiólogos o radiólogos en entrenamiento interpretan en primera instancia las imágenes. Consiste en la reinterpretación de las imágenes por un radiólogo certificado, aunque genera problemas de costo y logísticos que cada institución debe sopesar.

4.2.13.2 Prevención de daño inducido por medios de contraste

La nefropatía inducida por medios de contraste representa una causa común creciente de falla renal relacionada con el cuidado médico e incrementa la mortalidad independiente de otros factores de riesgo. La práctica consiste en el uso de medios de contraste de baja osmolaridad en vez del uso de los de alta osmolaridad. Todos los estudios que han evaluado este efecto han coincidido en mostrar el efecto benéfico de la misma. Se requiere:

- Conocimiento de niveles de creatinina en sangre.
- Conocer los factores de riesgo, edad del paciente (mayor de 65 años), diabetes mellitus, función renal disminuida, insuficiencia cardiaca, toma de sustancias nefrotóxicas, analgésicos, antiinflamatorios, algunos antibióticos, deshidratación, dislipidemia, hiperuricemia y mieloma múltiple.

- evitar el uso de medio de contraste yodado repetido antes de las 72 horas.

4.2.13.3. Prevención de eventos adversos en el área de resonancia magnética nuclear

- Identificar los elementos ferromagnéticos o dispositivos intrínsecos o extrínsecos al paciente que pueden interferir en el estudio o generar evento adverso.
- consultar contraindicaciones específicas.

4.2.13.4. Prevención de aspectos relacionados con los riesgos asociados con la sedación de pacientes para la realización de procedimientos.

4.2.13.5 Prevención de aspectos relacionados con la definición de prioridades de atención para evitar riesgos relacionados con la espera de la realización de procedimientos

4.2.14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental[29]

La institución debe desarrollar procesos para:

- Identificación del riesgo.
- Clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente
- Prevenir suicidio
- Prevenir agresión física
- Prevenir violación
- Prevenir consumo de cigarrillo y psicoactivos
- Prevenir pérdida de pacientes
- Implementar protocolos de internación (sedación, suplencia alimentaria que le puede producir daño, barreras de infraestructura)

4.2.15. Prevención de la malnutrición o desnutrición[30]

Se ha identificado que las fallas en la atención relacionadas con los procesos nutricionales, tanto ambulatorios como hospitalarios, pueden ser frecuentes y llevar a manejos nutricionales inadecuados, insatisfacción del paciente e incremento en los costos de la atención. (Ver anexo E).

En lo hospitalario: existen varias vías para proveer soporte nutricional a los pacientes, la nutrición enteral puede ser administrada vía oral, nasal, gástrica o yeyunal. La nutrición parenteral debe ser usada cuando la enteral no es posible o su uso está contraindicado. Debe prestarse atención al tiempo de uso de la nutrición parenteral y no prolongarla si el paciente ya no la necesita. Igualmente es importante asegurar el correcto cálculo de nutrientes

[29] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web http://ocsav.info/010.html
[30] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web http://ocsav.info/017.html

En lo ambulatorio: deben desarrollarse procedimientos para garantizar que la dieta sea individual, balanceada y equilibrada que asegure el mejoramiento del paciente evitando dietas generalizadas. Y garantizando que sea el profesional en nutrición quien explique la dieta al paciente

Se debe promover:

- Asegurar que la información en la historia clínica sea completa y correcta.
- Verificar que los tratamientos nutricionales estén acordes con las guías de práctica clínica pertinentes.
- Asegurar la educación continua al personal de nutrición y dietética.
- Asegurar la coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Verificar con el servicio de alimentación que la dieta suministrada era la ordenada por la nutricionista.
- Verificar aporte de nutrientes por kilo.
- Evitar las prescripciones nutricionales estereotipadas y no adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.
- Incluir medidas relacionadas con la definición de condiciones mínimas nutricionales para la realización de procedimientos quirúrgicos.

4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo[31]

4.2.16.1 Atención segura e integral del evento obstetrico

El Estado Colombiano ha orientado diversas estrategias y esfuerzos para reducir el número de muertes en mujeres, originadas por el embarazo, el parto y el puerperio, pero no ha logrado impactarlas en el nivel deseado, probablemente porque se enfocan en parte del problema, y no en todo el problema.[32]

La Muerte Materna se comporta como la mortalidad en general, las dos están relacionadas con determinantes como la riqueza y su distribución, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica. Al mirar las causas, la mayor parte de las muertes maternas en el mundo y en Colombia,[33] se deben a pérdida excesiva de sangre, infecciones, trastornos de hipertensión, la obstrucción en el parto, o las complicaciones por abortos en condiciones inseguras, causas de emergencias difíciles de prever.[34] En el caso de la muerte materna, la excesiva medicalización de la atención, desmotiva a las mujeres a utilizar los servicios de salud especialmente en áreas dispersas y en grupos especiales. Estas prácticas además contribuyen a la tasa elevada de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios en la atención materna.[35] La atención segura e integral requiere:

[31] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/011.html
[32] Características de la Mortalidad Materna en Colombia. Ministerio de Protección Social - UNFPA. Documento Interno, Abril 2009
[33] Ibid (1)
[34] Population reference bureau. Mejorar los servicios de emergencia para evitar muertes maternas. Yvette Collymore, redactora jefe en el PRB.
[35] B Chalmers, Overmedicalization and appropriate Technologies. Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin riesgo en Sri Lanka, 18 al 23 de Octubre de 1997.

4.2.16.1.1 Mejoramiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales.

Definir un paquete de atención integral al evento obstétrico materno perinatal, para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto, el recién nacido y el puerperio y la detección precoz de las complicaciones asociadas para realizar la derivación al nivel de complejidad requerido. Incluye:

- Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.

- Asegurar la atención del parto y el puerperio por persona calificada; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos

- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio debe disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como:

    1. Antibióticos
    2. Anticonvulsivantes
    3. Oxitócicos
    4. Líquidos
    5. Hemoderivados y sustitutos

- Toda institución que atienda mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurar previamente que tenga la capacidad para resolver complicaciones que requieran sala de cirugía y equipos quirúrgicos completos. Igualmente, manejo adecuado de hemorragias y procedimientos de transfusión y garantía de remisión oportuna y segura.

- A nivel comunitario o domiciliario ofrecer la atención de un parto limpio y seguro por personal calificado. Identificar y capacitar en alternativas no institucionales para la atención segura del parto dentro del respeto cultural[36], facilitar el adecuado desarrollo de propuestas de atención obstétrica provista de forma responsable por una mayor diversidad de actores.

- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurarse previamente, que tenga un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel.

[36] Ministerio de la Protección Social. Resolución 3039 de 2007, Estrategias para mejorar la SSR. Línea de Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, literal d.

4.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

4.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes[37]

Debe incluir:

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.
- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.
- Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.

4.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud[38]

El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes. Debe incluir:

- Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios
- Asignación de horas de jornada laboral.
- Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.
- Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

4.3.3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado[39]

- Promover la cultura del consentimiento informado
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica
- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.

---

[37] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/012.html
[38] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/019.html
[39] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web http://ocsav.info/013.html

4.3.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

- Precisar en el convenio como se involucraran los procesos de seguridad del paciente
- Verificar el cumplimiento del convenio docente- asistencial
- Gestionar un programa de inducción sobre Seguridad del Paciente a los docentes y estudiantes. Incluir condiciones de asepsia y antisepsia y de uso de ropa como uniformes, batas de cirugía y demás elementos con los cuales se afecten los protocolos de seguridad de las instituciones.

4.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD[40]

- Se debe considerar que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos.
- Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria)
- Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente.

Se deben realizar entre otras las siguientes acciones:

4.4.1 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad

En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:

- ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)
- ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)
- ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?
- ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?
- Ilustrar sobre la importancia de la identificación y el llamado por su nombre.
- Ilustrar sobre la importancia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido
- Ilustrar sobre la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamento
- Ilustrar sobre la importancia del consentimiento informado
- Ilustrar sobre lo que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.

4.4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención:

Para ésta buena práctica se tienen, en cuenta, entre otros, las acciones promovidas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa "Pacientes por la Seguridad del Paciente".

[40] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/018.html

ANEXO A

EVALUACION DE RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES

La escala de Morse se basa en factores de riesgo y es más que un puntaje total. Sirve para determinar factores de riesgo de caída y, en consecuencia, diseñar intervenciones específicas para reducirlos. Debe diligenciarse en el momento de la hospitalización y cuando haya cambios de condición, transferencia a otra unidad y después de una caída.

Herramienta 4. Escala de caídas de Morse

Variables			**Puntaje**
Historia de caída(s)	No	0	
	Sí	25	
Diagnósticos secundarios	No	0	
	Sí	25	
Ayuda para deambular (marque sólo una)	Ninguna/reposo en cama/asistencia	0	
	Bastón, muletas, caminador	15	
	Silla de ruedas	25	
Venoclisis (incluye *heparin lock*)	No	0	
	Sí	25	
Marcha	Normal/reposo en cama/silla de ruedas	0	
	Débil	10	
	Limitada	20	
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0	
	Se sobreestima u olvida sus limitaciones	15	
	Total		

- Factores de seguridad:
  - ✓ Mantenga la cama en posición baja, y alarma en la cama cuando se necesite.
  - ✓ Timbre de llamada, no alcanza el orinal y el agua (ofrecer asistencia con las necesidades excretorias de rutina).
  - ✓ Manilla de identificación.
  - ✓ No deje desatendido en transferencias o al ir al baño.
  - ✓ Mantenga aseguradas la cama, las ruedas de la cama y la mesa de noche.

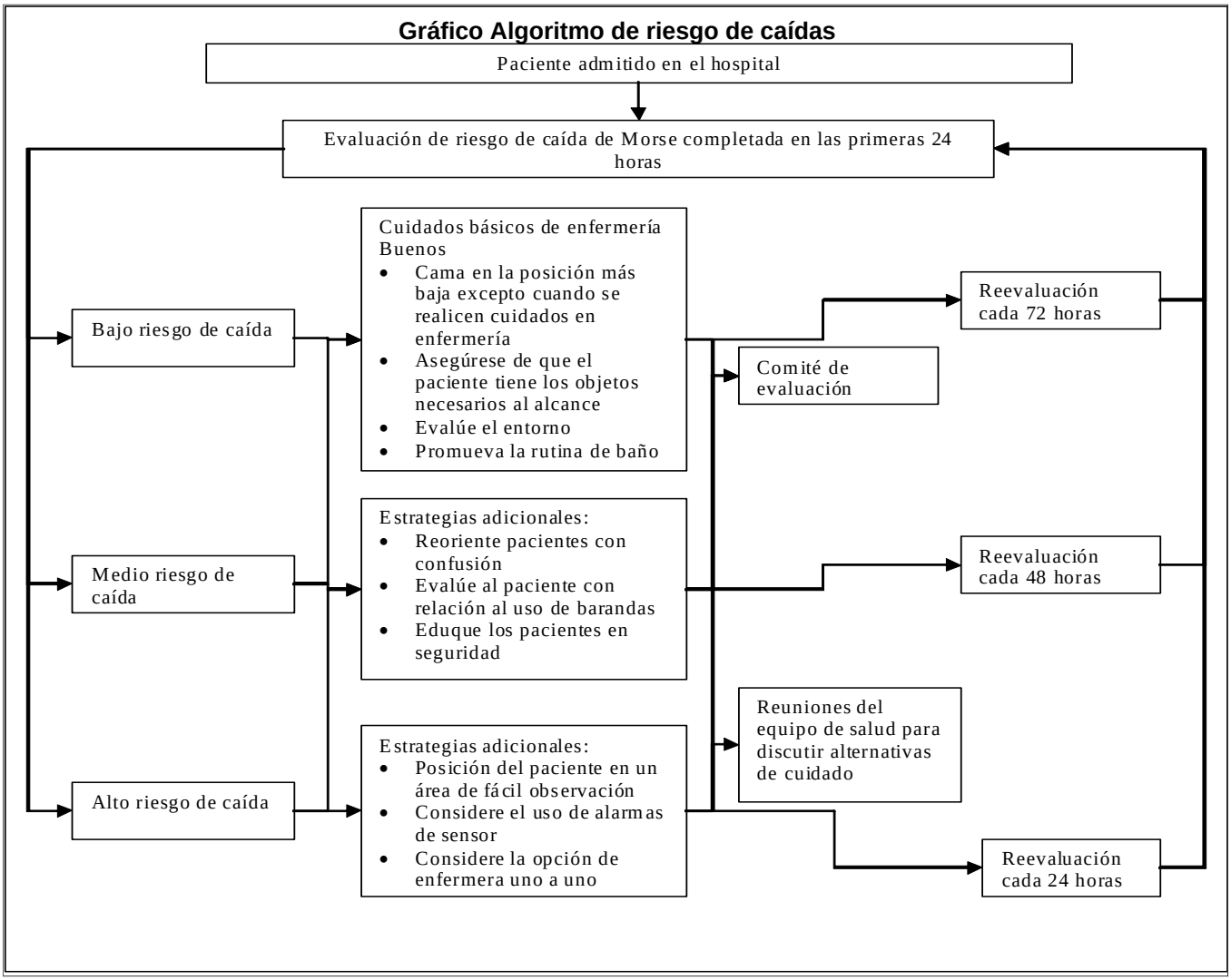
- Evaluación:
  - ✓ Evalúe la habilidad del paciente de comprender y seguir instrucciones.
  - ✓ Evalúe el conocimiento del paciente en el uso apropiado de dispositivos de adaptación.
  - ✓ Necesidad de barandas: arriba o abajo.
  - ✓ Hidratación: monitorizar para cambios ortostáticos.
  - ✓ Revise los medicamentos para riesgo potencial de caída (betabloqueadores, bloqueadores de canal de calcio).
  - ✓ Evalúe el tratamiento para el dolor.

- Educación al paciente y a la familia:
  - ✓ Incorporar a la familia con pacientes obnubilados.
  - ✓ Cuidadores.
  - ✓ Instruya al paciente y a la familia con relación a las actividades fuera de la cama.

- ✓ Ejercicio y nutrición.
- ✓ Seguridad en el hogar (incluye plan de emergencia y procedimientos de notificación de caída).

- Entorno:
  - ✓ Cuarto cerrado a la estación de enfermería.
  - ✓ Fortalecer la orientación sobre el entorno a necesidad.
  - ✓ Aseo y orden del cuarto.
  - ✓ Adecuada iluminación.
  - ✓ Considere el uso de tecnología.

Gráfico Algoritmo de riesgo de caídas



ANEXO B
LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO



Organización Mundial de la Salud

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1ª edición)

Antes de la inducción de la anestesia ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de la incisión cutánea ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de que el paciente salga del quirófano

ENTRADA

☐ **EL PACIENTE HA CONFIRMADO**
- SU IDENTIDAD
- EL SITIO QUIRÚRGICO
- EL PROCEDIMIENTO
- SU CONSENTIMIENTO

☐ **DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE**

☐ **SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA**

☐ **PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO**

¿TIENE EL PACIENTE:

ALERGIAS CONOCIDAS?

☐ NO

☐ SÍ

VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?

☐ NO

☐ SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE

RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?

☐ NO

☐ SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS

PAUSA QUIRÚRGICA

☐ **CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN**

☐ **CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:**
- LA IDENTIDAD DEL PACIENTE
- EL SITIO QUIRÚRGICO
- EL PROCEDIMIENTO

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

☐ **EL CIRUJANO REVISA:** LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA

☐ **EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA:** SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO

☐ **EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA:** SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

☐ SÍ

☐ NO PROCEDE

¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

☐ SÍ

☐ NO PROCEDE

SALIDA

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

☐ **EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO**

☐ **QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS** (O NO PROCEDEN)

☐ **EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS** (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)

☐ **SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS**

☐ **EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE**

LA PRESENTE LISTA NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA COMPLETARLA O MODIFICARLA PARA ADAPTARLA A LA PRÁCTICA LOCAL.

ANEXO C:
PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

Las estrategias para lograrlo comprenden múltiples acciones combinadas que al aplicarse logran el desenlace seguro para el paciente. Una de ellas es la creación de una lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución:

Evaluación Preanestésica: Es mandataria en todo paciente. En ella el médica anestesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologist (ASA) y las pautas de manejo que consideren pertinentes. Debe consignarse explícitamente todo lo referido a continuación:

Consulta preanestésica: El día de la cirugía, el especialista a cargo del caso debe revisar que la información anterior esté completa y consignada en el registro anestésico. Se debe informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado

Consulta preanestésica intrahospitalaria: En ella debe establecerse el estado clínico actual. informar al paciente, si no se ha hecho previamente, sobre el riesgo del acto anestésico, obtener el consentimiento informado.

Evaluación de Urgencias: El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan.

Preparación Perianestésica:

Lista de chequeo: El anestesiólogo debe colaborar con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico para completar una lista de chequeo global del paciente con al menos los ítems de la lista de chequeo recomendada y validada por la OMS/OPS.

Antes de iniciar el acto anestésico, el anestesiólogo debe hacer una revisión que incluya lo siguiente:

Máquina de Anestesia:

- Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar
- Presencia de bala de oxígeno de emergencia
- Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido. (flush)
- Buen estado de flujómetros, vaporizados, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO2.
- Buen funcionamiento del ventilador.

Monitoreo Básico: fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro cutáneo/esofágico o timpánico, electrodos con adhesividad y que garantice el trazado durante el monitoreo del paciente en el procedimiento quirúrgico..

Paciente:

- Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica,
- Los exámenes paraclínicos requeridos.
- Consentimiento informado
- Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis
- Vía venosa.

Posición del paciente: se deben conocer las necesidades de posicionamiento del paciente durante el procedimiento. Deben disponerse de los elementos para proteger al paciente en los puntos de presión y en las posiciones no anatómicas.

Materiales, medicamentos y equipo:

- equipo básico para el manejo de la vía aérea
- medicamentos a utilizar
- succión
- en el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para manejo de la vía aérea difícil.

Hipertermia maligna: Es altamente deseable que todo sitio con ofrecimiento de servicios anestesiológicos tenga estrategias explícitas para la obtención urgente de dantrolene para el manejo de una crisis de hipertermia maligna.

Registro anestésico: debe incluir:

- Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico.
- Monitoreo del paciente
- Medicamentos administrados
- Líquidos administrados
- Técnica empleada
- Estado del paciente al final del acto anestésico
- Monitoreo básico intraoperatorio
- estrategias de control del dolor postoperatorio.

Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía. En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico.

Todo procedimiento anestesiológico invasivo deberá realizarse previo lavado de manos.

Cuidado Perianestésico: Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente.

Oxigenación:

- Debe medirse la saturación del oxígeno en sangre mediante un oximetro de pulso
- Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un analizador de oxígeno.

Ventilación:

- Cuando se utilicen métodos para controlar la vía aérea, se deben auscultar los ruidos respiratorios, evaluar la excursión de tórax y observar el balón reservorio.
- Cuando se practique intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación.
- Si la ventilación es mecánica se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión
- Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula oro faríngea COPA- cuffed oropharyngeal airway- o afín), se deberá tener alarma de presión alta de la vía aérea.

La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.

Durante anestesia regional se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos.
Si la máquina de la anestesia está provista de ventilador, éste debe tener los siguientes parámetros mínimos:

- Control de frecuencia respiratoria
- Control para fijar volumen corriente y volumen minuto
- Control para relación inspiración / espiración

- Alarmas de presión inspiratoria máxima y de desconexión

Circulación: El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanente. Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardiaca por lo menos cada cinco minutos. Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardiacos.

Temperatura: Es mandataria en cirugía cardiaca, en trauma moderado o severo, en cirugía de neonatos y de infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia que haya posibilidad de monitorizar la temperatura.

Es altamente deseable disponer de métodos para evitar el enfriamiento, y/o calentar al paciente.

Sistema Nervioso Central: Es recomendable el uso del análisis biespectral o similares, en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides.

Gases Anestésicos: Altamente deseable el monitoreo de gases inspirados y espirados

Otros elementos de monitoreo: Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la diuresis, la presión arterial invasiva, la saturación venosa de oxigeno, el gasto cardiaco, presión venosa central, la presión de arteria pulmonar y otros parámetros según necesidad.

Es altamente deseable monitorizar la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico.

Alarmas y Monitores: Durante todo el tiempo que dure el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer prendidos, con las alarmas activadas y con el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas. Se considera práctica muy peligrosa desconectar o silenciar las alarmas sin una justificación expresa, tanto en el quirófano como en la UPCA, mientras el paciente esté bajo el cuidado de un anestesiólogo.

Disponibilidad para RCCP: En el área en el cual se administre anestesia, debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RCCP), incluyendo las drogas pertinentes y el desfibrilador cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente. El anestesiólogo es por definición experto en RCCP.

Equipo mínimo para el Manejo de la vía aérea: Toda institución hospitalaria que cuente con servicios de anestesiología, debe tener disponible las 24 horas un carro de vía aérea, móvil con los siguientes elementos:

- Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños incluidas pediátricas.
- Bujías o guías.
- Máscaras laríngeas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas.
- Equipo para practicar cricotiroidectomía por punción percutánea.
- Es altamente recomendable disponer de una máscara laríngea tipo Fastrach
- Además en hospitales de tercer o cuarto nivel, también es deseable disponer de elementos para practicar intubación retrograda.

Entrega de pacientes: Cuando un anestesiólogo tiene que entregar su paciente a otro anestesiólogo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato.

En el registro anestésico, el anestesiólogo que entrega debe dejar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento.

Normas específicas para la anestesia obstétrica: Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello.

En la sala de cirugía debe haber una persona calificada, diferente al anestesiólogo, para atender al recién nacido.
Ante la ausencia del pediatra, la responsabilidad del anestesiólogo es primero para la madre; si esta no corre ningún peligro, el anestesiólogo podrá asistir al recién nacido.

Después de un procedimiento diferente a la analgesia obstétrica con peridural, todas las pacientes.

Cuidado Postanestésico: En toda institución hospitalaria debe existir un sitio en donde se haga el cuidado postanestésico de todos los pacientes que hayan recibido anestesia general o regional, llamado Unidad de Cuidado postanestésico (UCPA), bajo la responsabilidad de un anestesiólogo cuyo nombre debe estar inscrito en la UCPA, mientras exista un paciente ahí. Debe establecerse por escrito en la UCPA, un mecanismo ágil de contacto con este anestesiólogo responsable (celular, walkie-talkie o similares).

El paciente que sale de sala de cirugía debe ser transportado a la UCPA o a la Unidad de Cuidados Intensivos, por el anestesiólogo que administró la anestesia, con el monitoreo requerido y oxígeno suplementario, si es necesario. El paciente debe llegar a la UCPA con un control adecuado de la vía aérea, hemodinámicamente estable y con un nivel de conciencia cercano al que tenía antes del acto anestésico.

Todo lo referido abajo debe estar consignado en un formato específico de UCPA.

En la UCPA se debe hacer la entrega del paciente al personal responsable de la Unidad. Debe incluir condiciones preoperatorios, manejo anestésico y el puntaje de Aldrete modificado en ese momento, el cual debe ser mínimo de 7, salvo limitaciones previas del paciente. Todo lo anterior debe quedar consignado en la Historia Clínica o en el registro anestésico. El cuidado en la UCPA debe ser realizado por personal aprobado por el Departamento de Anestesia, con entrenamiento en reanimación básica (personal auxiliar) y reanimación avanzada (profesionales).

En la UCPA, el paciente debe tener el monitoreo y soporte necesario acorde a su condición, similar al de la sala de cirugía, por el tiempo que sea necesario, bajo la supervisión del anestesiólogo encargado. Se prestará especial atención a la oxigenación (oximetría de pulso), a la ventilación y a la circulación. El dolor debe ser medido, y deben establecerse medidas para controlarlo de manera adecuada.

En la UCPA debe haber un promedio de 1.5 camilla por cada sala de cirugía del hospital. Cada paciente que se encuentre en recuperación debe contar permanentemente mínimo con los elementos para monitorizar de Tensión arterial, trazado electrocardiográfico y oximetría de pulso.

Cada cubículo debe contar con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia del hospital, una fuente de oxígeno, una fuente de succión. Debe haber:

- Un auxiliar por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad.
- Un auxiliar por cada cinco pacientes de complejidad baja o media.
- Una enfermera profesional independiente del área quirúrgica cuando superan 6 salas de cirugía funcionando.

La UPCA debe contar con los elementos adecuados para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar, incluyendo desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente.

Los egresos deben ser autorizados por escrito en la Historia o en el registro anestésico por en anestesiólogo responsable. El puntaje de Aldrete modificado para el egreso debe ser de 10 salvo que el paciente tenga una limitación previa por la cual no puede alcanzar dicho puntaje. Es altamente deseable registrar las condiciones de regresión de los bloqueos neuroaxiales especialmente en casos ambulatorios usando una escala como Bromage.

ANEXO D:

PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes**:**

- Definir mecanismos de *abastecimiento* de productos sanguíneos considerando aspectos como acceso geográfico, tiempo de entrega y de recarga del inventario de productos sanguíneos, tipos de banco de sangre que ofrezca oportunidad y disponibilidad permanente, normalmente se recomienda en contacto y convenio con 2 bancos de sangre debido a que la disponibilidad depende también de los grupos sanguíneos.

- La *recepción* de los componentes sanguíneos debe incluir la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, verificación del estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.

- En el proceso *almacenamiento* de los componentes sanguíneos, se debe incluir manejo de inventario para evitar un desabastecimiento, almacenamiento FIFO, evitar pérdidas por vencimiento, respetar la cadena de frío, y hacer seguimiento al despacho y manejo de unidades de sangre fuera del servicio transfusional.

- Definir procesos de *identificación* de los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas) para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.

- Asegurar la *entrega correcta y oportuna* de los componentes sanguíneos; controles en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra y su marcaje y entrega al servicio transfusional) y en la preparación de la sangre y componentes (pruebas de compatibilidad) identificación correcta de la unidad indicando tipo de componente sanguíneo, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo y del paciente a quien va dirigido para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre para su entrega a enfermería.

- Definir procesos de identificación de los componentes sanguíneos para evitar la confusión de las unidades y su administración a paciente diferente al que le fue solicitado.

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados a la transfusión:

Comunicación efectiva entre los médicos, enfermería y el banco de sangre o servicio transfusional: El personal médico y de enfermería involucrado en la prescripción y administración de sangre debe saber cómo funciona el banco de sangre o servicio transfusional y seguir los procedimientos acordados para la solicitud, recolección y administración de productos sanguíneos.

El personal debe estar capacitado para seguir estos procedimientos y todos los elementos básicos de un sistema de calidad necesitan estar implementados y en especial estar familiarizado con los siguientes aspectos del abastecimiento de sangre y productos sanguíneos seguros.

- Como el banco de sangre o el servicio transfusional del hospital obtiene sangre, incluyendo los diferentes tipos de donantes de sangre, como la procesa, almacena y transporta respetando la cadena de frío.
- Conocer los riesgos potenciales de transmisión de infecciones en la sangre disponible para transfusión y las posibles reacciones adversas.
- La responsabilidad para apoyar al personal del banco de sangre o del servicio transfusional para asegurar que la sangre sea proporcionada en el momento correcto y en el lugar correcto:
  - ✓ Completando el formulario de solicitud de sangre para cada paciente que requiera transfusión
  - ✓ Manejo de reservas de sangre, cuando sea posible (cirugías programadas)
  - ✓ Proporcionando información clara acerca de:
    - Los productos que están siendo solicitados
    - El número de unidades requeridas
    - Los motivos para la transfusión
    - La urgencia de la necesidad de transfusión en el paciente
    - Cuando y donde se requiere la sangre
    - Quien enviará o retirará la sangre del banco o servicio.

La importancia de los principales grupos sanguíneos (ABO y Rhesus) y de otros anticuerpos de grupos sanguíneos peligrosos que pueden ser detectados en el paciente antes de la transfusión.

Las responsabilidades del personal del banco de sangre o del servicio transfusional en asegurar que la sangre utilizada para transfusión sea compatible con el paciente, de manera de que no exista riesgo de reacciones peligrosas o fatales causadas por anticuerpos contra los glóbulos rojos.

Su responsabilidad en asegurar que los productos sanguíneos administrados a un paciente son compatibles y en particular, la vital importancia de:

- Completar todos los detalles requeridos en el formulario de solicitud de sangre
- Identificar cuidadosamente los tubos con muestras de sangre
- Chequear formalmente la identidad del paciente, el componente sanguíneo y la documentación al lado de la cama del paciente antes de la transfusión.

La importancia del almacenamiento correcto de la sangre y productos sanguíneos en el banco de sangre o servicio transfusional y en el área clínica para preservar su función y prevenir la contaminación bacteriana, que puede ser fatal para el paciente.

La importancia de descartar una bolsa de sangre que ha permanecido más de 4 horas a temperatura ambiente (o el tiempo que se haya especificado institucionalmente) o si la bolsa ha sido abierta o muestra cualquier signo de deterioro.

La importancia del correcto registro de las transfusiones en la historia del paciente, en particular:

- La razón para la transfusión
- El producto y volumen que fue transfundido
- La hora de la transfusión
- Cualquier efecto adverso.

El personal del banco de sangre o servicio de transfusión debe además entender los siguientes aspectos:

- Las presiones a las que están sometidos los médicos cuando están al cuidado de pacientes muy enfermos que necesitan transfusión en forma urgente.
- La vital importancia de las buenas prácticas de laboratorio y registros precisos en el banco de sangre o el servicio.
- La necesidad, en una emergencia, de usar procedimientos de laboratorio que sean apropiados a la urgencia de la situación. Asumiendo que se administra sangre ABO incompatible es una hemorragia mayor es más probable que se cause la muerte que un anticuerpo contra los glóbulos rojos encontrado en las pruebas de compatibilidad. Debe responderse inmediatamente teniendo como presente la seguridad y bienestar del paciente. Si es necesaria la investigación y resolución de la causa del problema que causó la urgencia o emergencia debe manejarse después de que esta haya pasado.

Solicitudes de sangre urgentes:

Es muy importante asegurar que exista un acuerdo común y entendimiento acerca del lenguaje usado por ambos clínicos y personal del banco de sangre para evitar cualquier mala interpretación de palabras como 'inmediato', 'urgente' o 'lo más rápido posible'. Es preferible llegar a un acuerdo en categorías de urgencia, como:

- Extremadamente urgente: dentro de 10–15 minutos
- Muy urgente: dentro de 1 hora
- Urgente: dentro de 3 horas
- El mismo día.
- En la fecha y hora requeridos.

El personal clínico y el personal del banco de sangre o servicio deben decidir quién es responsable de asegurar que una vez lista, la sangre sea transportada al paciente lo más rápidamente posible.

Prevención de errores en la administración y transfusión de sangre y componentes:

- La institución debe asegurar en los pacientes que no haya confusión al momento de la aplicación de la sangre y para facilitar los procesos de compatibilización de sangre. Definir mecanismos para prevenir errores en la administración de los componentes sanguíneos (manejo incorrecto o administración errónea). Es necesaria la verificación de la identificación correcta de la unidad indicando tipo de componente sanguíneo, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo y del paciente a quien va dirigido para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre. Uso de brazaletes para la identificación de pacientes que requieran sangre.
- Mecanismos definidos por la institución para *vigilancia activa (Hemovigilancia)* en la detección, identificación y manejo de los eventos adversos o reacciones transfusionales adversas, monitoreo de pacientes poli transfundidos.
- Procesos de auditoria sobre el uso adecuado de la sangre y los componentes sanguíneos, del ceñimiento a guías institucionales de indicación transfusional y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial (médicos, enfermeras y bacteriólogos) sobre el manejo, administración y uso adecuado de la sangre y los componentes sanguíneos.
- Realizar la advertencia correspondiente a los pacientes o sus familiares antes de la transfusión. (consentimiento informado).

- Implementación de estrategias para situaciones especiales como solicitudes de emergencia, paquete de urgencias o código Rojo para el manejo de la hemorragia obstétrica.

*L*a creación de una lista de chequeo para el proceso transfusional por parte de la institución y de seguimiento por parte del personal del banco o servicio y del personal médico y de enfermería:

- Evaluar la necesidad clínica de sangre o componentes sanguíneos del paciente y el momento en que ésta es requerida. La mejor transfusión a veces es la que no se hace.
- Informar al paciente y/o sus familiares acerca de la terapia transfusional propuesta y registrar en la historia del paciente que lo ha hecho.
- Registrar los motivos de la transfusión en la historia del paciente.
- Seleccionar el producto sanguíneo y la cantidad requerida. Use la guía de uso y requerimientos transfusionales para procedimientos quirúrgicos comunes.
- Complete la solicitud de sangre en forma cuidadosa y legible. Escriba la razón para la transfusión, de manera que el banco de sangre pueda seleccionar el producto más apropiado para las pruebas de compatibilidad.
- Si la sangre se requiere urgentemente, contacte el banco de sangre o al servicio por teléfono inmediatamente.
- Obtenga e identifique correctamente la muestra de sangre para las pruebas de compatibilidad.
- Envíe el formulario de solicitud y la muestra de sangre al banco de sangre.
- El laboratorio efectúa la detección de anticuerpos y pruebas de compatibilidad pre-transfusionales y selecciona las unidades compatibles.
- Envío de los productos sanguíneos desde el banco de sangre o recolección por el personal clínico.
- Almacene los productos sanguíneos en condiciones correctas de almacenamiento si no son requeridos inmediatamente para transfusión. Verifique identidad de:
    - Paciente
    - Producto sanguíneo
    - Documentación del paciente.
- Administre el producto sanguíneo.
- Registre en la historia del paciente:
    - Tipo y volumen de cada producto transfundido
    - Número único de donación de cada unidad transfundida y número del sello de calidad de sangre
    - Grupo sanguíneo de cada unidad transfundida
    - Hora de comienzo de la transfusión de cada unidad
    - Firma de la persona que administra la sangre.
- Monitoree al paciente antes, durante y al término de la transfusión.
- Registre el término de la transfusión.
- Identifique y responda inmediatamente a cualquier efecto adverso.
- Registre cualquier evento o reacción transfusional en la historia del paciente y su manejo, tratamiento o seguimiento.

ANEXO E:
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUTRICIÓN

TIPO DE FALLA	EFECTOS	BARRERAS DE SEGURIDAD
Error en la prescripción del tratamiento nutricional (dieta, fórmula láctea y nutrición forzada)	- Manejo nutricional inadecuado. - Complicación del paciente. - Aumento en estancia hospitalaria - Aumento de costos de no calidad - Insatisfacción del paciente.	- Verificar en la historia clínica la determinación del régimen nutricional oral que comprende asistencia hospitalaria por Nutrición y dietética para establecer el tipo de dieta adecuada al estado del paciente de acuerdo con el diagnóstico, la orden médica, tolerancia y estado nutricional igual que la programación de fórmulas lácteas. Si existen dudas aclararlas con el médico tratante.
La dieta entregada al paciente no corresponde a la prescrita por el médico y calculada por la nutricionista dietista (Adultos y niños)	- Manejo nutricional inadecuado. - Complicación del paciente. - Aumento de la estancia hospitalaria. - Aumento de la insatisfacción del paciente.	- Verificar con el servicio de alimentación si la dieta suministrada al paciente corresponde a la prescrita. - Constatar el nombre y número de cama del paciente. - Constatar que todas las preparaciones estén correctamente marcadas con el tipo de dieta.
Cálculo inadecuado de la dieta prescrita por parte del profesional en Nutrición. Cálculo inadecuado en nutrición parenteral enteral en adultos y niños.	- Manejo nutricional inadecuado. - Complicación del paciente. - Insatisfacción del paciente. - Aumento en estancia hospitalaria - Aumento en costos de no calidad.	- Asegurar la internación completa y correcta en la Historia Clínica. - Verificar las guías de práctica clínica basada en evidencia que contenga los diagnósticos y tratamientos nutricionales. - Asegurar la educación continua para el profesional en Nutrición y dietética - Coordinar con el equipo multidisciplinario de soporte nutricional para determinar la cantidad de nutrientes de la alimentación parenteral y enteral, además de determinar cómo debe iniciarse la vía oral. - Verificar aporte de nutrientes por kilo de peso y verificar los productos a utilizar con osmilaridad final de la mezcla.

ANEXO F:
PAQUETES INSTRUCCIONALES

Generales:

1. Procesos institucionales seguros
2. Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente
3. Modelo pedagógico

Buenas prácticas

1. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
2. Atención segura del binomio madre – hijo
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención
4. Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos
5. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio
6. Garantizar la funcionalidad de los procesimientos de consentimiento informado
7. Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad
8. Mejoramietno de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
9. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
10. Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos
11. Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito)
12. Prevención de la malnutrición o desnutrición
13. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad de sangre y componentes y a la transfusión sanguinea
14. Prevenir el cansancio del personal de salud
15. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
16. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
17. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico
18. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares

ANEXO G:

LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 CLASIFICADOS SEGÚN LA TERMINOLOGÍA PROPUESTA POR LOS LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia
4. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas
5. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días
6. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación
7. Entrega equivocada de reportes de laboratorio

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

1. Usuarios detectados por suplantación
2. Afiliados duplicados
3. Quejas por no prestación de servicios POS
4. Quejas interpuestas por reconocimiento de copago o cuota moderadora
5. Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado
6. Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación
7. Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación
8. Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención
9. Solicitud de traslado antes del período mínimo legal
10. Pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización o realización de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad
11. Tutelas por no prestación de servicios POS
12. Tutelas o quejas por registro incorrecto de períodos mínimos de cotización
13. Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites administrativos
14. Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equívocas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.
15. Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas
16. Pacientes en lista de espera por mas de tres meses

EVENTO ADVERSO

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

1. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal
2. Pacientes con úlceras de posición
3. Distocia inadvertida
4. Shock hipovolémico post - parto
5. Maternas con convulsión intrahospitalaria
6. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado
7. Pacientes con hipotensión severa en post - quirúrgico
8. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico
9. Entrega equivocada de un neonato
10. Robo intra – institucional de niños
11. Fuga de pacientes siquiátricos hospitalizados
12. Suicidio de pacientes internados
13. Consumo intra - institucional de sicoactivos
14. Caídas desde su propia altura intra – institucional
15. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados
16. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio
17. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
18. Flebitis en sitios de venopunción
19. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida
20. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación
21. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera
22. Accidentes postransfusionales
23. Asalto sexual en la institución
24. Neumotórax por ventilación mecánica
25. Asfixia perinatal
26. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
27. Secuelas post - reanimación
28. Pérdida de pertenencias de usuarios
29. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

1. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompe en los cuales transcurrió más de seis meses entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico.
2. Sífilis Congénita en nacimientos en la EAPB
3. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal a causa de enfermedad obstructiva
4. Pacientes con transmisión vertical de VIH
5. Detección de Cáncer de Cérvix en estadios avanzados
6. Detección de Cáncer de colon en estadios avanzado
7. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos
8. Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados
9. Reacciones por medicamentos vencidos
10. Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización, seguimiento o suministro del oxígeno
11. Paciente en estado critico sin asistencia.

ANEXO H:

BIBLIOGRAFÍA

1. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008.
2. "Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica" Informe final. Octubre 2008.
3. "The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.
4. Los documentos y retos globales propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: "Atención limpia es una atención más segura " y Cirugías Seguras: "The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives".
5. Investigación de practicas seguras hechas por la Universidad de Stanford.
6. The Accuraccy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI.
7. "Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Spanish and Latin American Technical Experts".
8. "Revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente" (convenio 353 de 2006).
9. Err Is Human: Building a Safer Health System
10. International Classification for Patient Safety (ICPS)" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.
11. Metas en Seguridad del Paciente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los Estados Unidos.
12. Technical Especification ISO/TS 19218/05: Medical devices — Coding structure for adverse event type and cause.
13. Accuraccy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI.
14. Prácticas seguras sugeridas por el grupo Leapfrog (LF)
15. Prácticas seguras consensuadas por el National Quality Forum, (NQF).
16. Prácticas recomendadas por la campaña 5K del Institute for Healthcare Improvement –IHI.
17. Características de la Mortalidad Materna en Colombia. Ministerio de Protección Social - UNFPA. Documento Interno, Abril 2009Population reference bureau. Mejorar los servicios de emergencia para evitar muertes maternas. Yvette Collymore, redactora jefe en el PRB.
18. Chalmers, Overmedicalization and appropriate Technologies. Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin riesgo en Sri Lanka, 18 al 23 de Octubre de 1997.
19. MPS. Resolución 3039 de 2007, Estrategias para mejorar la SSR. Línea de Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, literal d.
20. Pathology and Laboratory Medicine: Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety. Howanitz P.J. 2005 Vol. 129. No. 10, pp. 1252- 1261.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Carrera 13 Nº 32 - 76 piso 18, Bogotá - Colombia
Teléfono: 330 50 00 Ext.: 1800
Linea de atención al usuario desde Bogotá: (57-1) 330 50 00 Exts.: 3380 - 3381
Resto del País: 01 8000 910097
Pagina web: www.minproteccionsocial.gov.co



322

ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA
MANUAL DE APLICACIÓN
(1ª EDICIÓN)



LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

Organización Mundial de la Salud

ALIANZA MUNDIAL PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN (1ª EDICIÓN)

LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

Organización
Mundial de la Salud

WHO/IER/PSP/2008.07

© Organización Mundial de la Salud, 2008

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS –ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales –deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Francia

ÍNDICE

Introducción 5

La Lista de verificación 6

Cómo utilizar este manual 8

Cómo aplicar la Lista de verificación: resumen 9

Cómo aplicar la Lista de verificación: procedimiento detallado 12

– Entrada 12

– Pausa quirúrgica 17

– Salida 21

Fomento de una cultura de seguridad 23

INTRODUCCIÓN

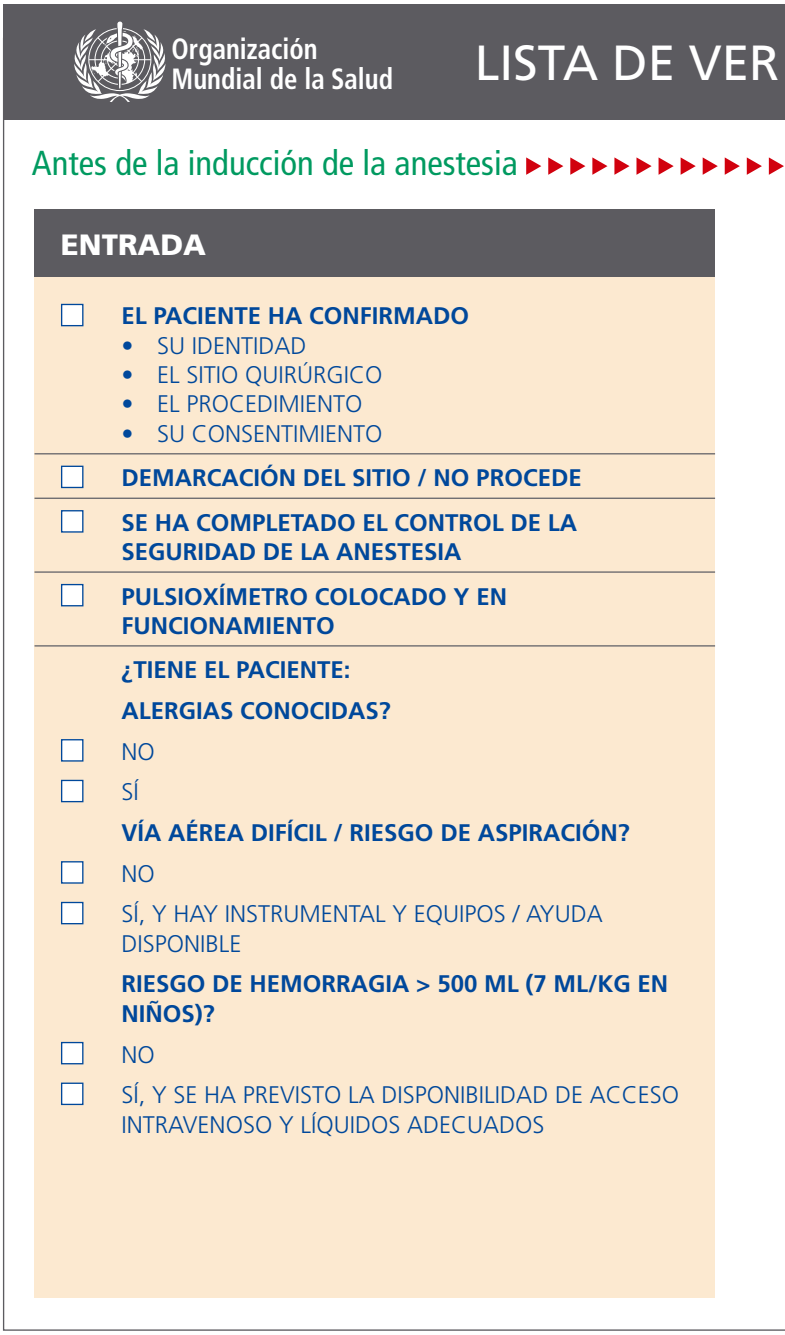
La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa **La cirugía segura salva vidas** como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, 1ª edición (disponible en www.who.int/patientsafety/challenge/safesurgery/en), que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas. *La Lista de verificación* no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

LA LISTA DE VERIFICACIÓN

LA LISTA DE VERIFICACIÓN NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA COMPLETARLA O MODIFICARLA PARA ADAPTARLA A LA PRÁCTICA LOCAL.

Figura 1. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



IFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1ª edición)

▶▶▶▶▶ Antes de la incisión cutánea ▶▶▶▶ ▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de que el paciente salga del quirófano

PAUSA QUIRÚRGICA

☐ **CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN**

☐ **CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:**

- LA IDENTIDAD DEL PACIENTE
- EL SITIO QUIRÚRGICO
- EL PROCEDIMIENTO

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

☐ **EL CIRUJANO REVISA:** LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA

☐ **EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA:** SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO

☐ **EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA:** SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

☐ SÍ

☐ NO PROCEDE

¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

☐ SÍ

☐ NO PROCEDE

SALIDA

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

☐ **EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO**

☐ **QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS** (O NO PROCEDEN)

☐ **EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS** (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)

☐ **SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS**

☐ **EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE**

CÓMO UTILIZAR ESTE MANUAL

"Así como el piloto de un avión debe contar con el personal de tierra, la tripulación de vuelo y los controladores del tráfico aéreo para lograr un vuelo seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente."

En el presente manual, por "equipo quirúrgico" se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrados en el procedimiento quirúrgico. Así como el piloto de un avión debe contar con el personal de tierra, la tripulación de vuelo y los controladores del tráfico aéreo para lograr un vuelo seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente. El equipo quirúrgico al que se hace referencia en el presente manual se compone por tanto de todas las personas involucradas, cada una de las cuales desempeña una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación.

El presente manual presenta propuestas para la aplicación de *la Lista de verificación*, entendiendo que los diferentes entornos clínicos la adaptarán a sus propias circunstancias. La inclusión de cada medida de control en la *Lista de verificación* está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables. La *Lista de verificación* también se diseñó atendiendo a la simplicidad y la brevedad. Muchas de las medidas individuales ya son práctica habitual aceptada en centros de todo el mundo, aunque raras veces se cumplen en su totalidad. Por consiguiente, se anima a los departamentos de cirugía de todo el mundo a utilizar *la Lista de verificación* y a examinar el modo de integrar de forma sensata estas medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio normal.

El objetivo final de la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* y de este manual es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

CÓMO APLICAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN: **RESUMEN**

"La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención."

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la *Lista de verificación* durante una operación. Por lo general, ese "Coordinador de la lista" será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación.

La *Lista de verificación* divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la *Lista de verificación*, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la *Lista de verificación* en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos.

Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, durante la **"Entrada"**, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de *Entrada*, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la *Lista de verificación*.

En la **"Pausa quirúrgica"**, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la *Lista de verificación*. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

En la **"Salida"**, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

Para que la aplicación de la *Lista de verificación* tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que se olvide alguno de los pasos durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la *Lista de verificación* puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación.

Un posible inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse un antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico. El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es más adecuado para desempeñar esta función. Como ya se mencionó, en muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier profesional sanitario podría coordinar el proceso de verificación de la lista.

CÓMO APLICAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN: **PROCEDIMIENTO DETALLADO – ENTRADA**

"La Entrada ha de completarse antes de la inducción de la anestesia, con el fin de confirmar la seguridad del procedimiento."

La fase de **"Entrada"** requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia. A continuación se explican pormenorizadamente los distintos apartados de la "Entrada":

EL PACIENTE HA CONFIRMADO SU IDENTIDAD, EL SITIO QUIRÚRGICO, EL PROCEDIMIENTO Y SU CONSENTIMIENTO

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omita este paso, por ejemplo en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.

DEMARCACIÓN DEL SITIO/NO PROCEDE

El Coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio dependerá de la práctica local. Algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado. No obstante, la delimitación sistemática del sitio supone una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA

Para completar este paso, el Coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO

El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. La OMS ha recomendado encarecidamente la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de uno, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida, puede obviarse este requisito, pero en ese caso se dejará sin marcar esta casilla.

¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?

El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. La pregunta ha de formularse aunque el Coordinador ya conozca la respuesta, para confirmar así que el anestesista es consciente de la existencia de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.

¿TIENE EL PACIENTE VÍA AÉREA DIFÍCIL/RIESGO DE ASPIRACIÓN?

El Coordinador confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré. La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada. Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado —ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería— deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia.

Como parte de la evaluación de la vía aérea también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe preparase para una posible aspiración. El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción). Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de que el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

¿TIENE EL PACIENTE RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN LOS NIÑOS)?

En este punto, el Coordinador le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias. Es posible que los cirujanos no comuniquen sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería. Por consiguiente, si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de inducir la anestesia. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que durante la "Pausa quirúrgica" el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.)

EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA FASE DE "ENTRADA" Y PUEDE PROCEDERSE A LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA.

CÓMO APLICAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN: **PROCEDIMIENTO DETALLADO – PAUSA QUIRÚRGICA**

"La pausa quirúrgica es una interrupción momentánea de todo el equipo justo antes de la incisión cutánea con el fin de confirmar la realización de diversos controles de seguridad esenciales."

CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se consigue con una simple presentación. El Coordinador de la lista pedirá a cada una de las personas presentes en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE, EL SITIO QUIRÚRGICO Y EL PROCEDIMIENTO

Este momento se corresponde con la **"Pausa quirúrgica"** convencional y cumple la normativa de muchos organismos de reglamentación nacionales e internacionales. Antes de que el cirujano realice a la incisión cutánea, el Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría *"Hagamos la pausa quirúrgica" y añadiría "*¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?". La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y el enfermero circulante hayan confirmado de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, en la pausa quirúrgica el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero la casilla correspondiente sólo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: *"Este es un caso rutinario de X tiempo de duración"* y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular.

EL CIRUJANO REVISA LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA

El objetivo mínimo de hablar sobre los "pasos críticos o imprevistos" es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales.

EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación —especialmente, la intención de utilizar hemoderivados— y cualquier característica o comorbilidad

del paciente (como enfermedades cardiacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación. Se entiende que muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista puede decir simplemente: *"Este caso no presenta problemas especiales"*.

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

El instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: *"Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto."*

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador de la lista preguntará en voz alta durante

la pausa quirúrgica si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. El responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis; si no se administra, la casilla se dejará en blanco. Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla "no procede" una vez confirmado verbalmente por el equipo.

¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. En la "pausa quirúrgica", el Coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. Sólo entonces se marcará la casilla. Si se necesitan imágenes pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla "no procede".

EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA "PAUSA QUIRÚRGICA" Y EL EQUIPO PUEDE PROCEDER A LA OPERACIÓN.

CÓMO APLICAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN: **PROCEDIMIENTO DETALLADO – SALIDA**

"La Salida debe completarse antes de que el paciente salga del quirófano. El objetivo es facilitar el intercambio de información importante con los equipos sanitarios que se encargarán de atender al paciente después de la operación."

La fase de **"Salida"** puede iniciarla el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. Puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida. Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: *"¿Qué procedimiento se ha realizado?"* o a modo de confirmación: *"Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?"*

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico. El enfermero circulante o el instrumentista deberán por tanto confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (INCLUIDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El enfermero circulante confirmará

el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El Coordinador de la lista debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención.

EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

CON ESTA ÚLTIMA MEDIDA SE COMPLETA LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD. SI SE DESEA, SE PUEDE AÑADIR LA LISTA A LA HISTORIA DEL PACIENTE O ARCHIVARLA PARA FINES DE CONTROL DE LA CALIDAD.

FOMENTO DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD

"Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la Lista."

MODIFICACIÓN DE LA LISTA

La *Lista de verificación* puede modificarse teniendo en cuenta las diferencias entre los centros sanitarios con respecto a sus procesos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad de los miembros del equipo entre sí. Sin embargo, se desaconseja vivamente eliminar medidas de seguridad porque se considere que no se puedan realizar en el entorno o las circunstancias existentes. Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la Lista.

Por razones de brevedad, la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* no pretendió ser exhaustiva. Es posible que los diferentes centros quieran añadir otras medidas a esa *Lista*. Los equipos deberían considerar la posibilidad de añadir controles de seguridad para procedimientos específicos, especialmente si forman parte de procesos sistemáticos establecidos en el centro. Cada fase debería utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento sistemático de las medidas de seguridad fundamentales. Como medidas adicionales se podrían incluir la confirmación de la prevención de las tromboembolias venosas con medios mecánicos (como medias y botas de compresión secuencial) y/o farmacológicos (heparina o warfarina) cuando esté indicada, la disponibilidad de implantes esenciales (como mallas o prótesis), otras necesidades de instrumental o equipos o los resultados de las biopsias, análisis y determinaciones del grupo sanguíneo que sean fundamentales antes de la operación. Se recomienda que cada centro reformatee, reordene o revise la *Lista de verificación* para acomodarla a la práctica local, siempre que se garantice el cumplimiento eficiente de las medidas de seguridad esenciales. No obstante, los centros y los profesionales deben ser conscientes del riesgo de convertir la *Lista de verificación* en un instrumento complejo y difícil de utilizar.

INTRODUCCIÓN DE LA LISTA EN EL QUIRÓFANO

Será necesaria una cierta práctica para que los equipos aprendan a utilizar eficazmente la *Lista de verificación*. Algunas personas pueden considerarla una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. El objetivo no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. Muchas de las medidas de la *Lista de verificación* ya se ejecutan en los quirófanos de todo el mundo; sin embargo, son pocos los que las aplican de forma fiable. La *Lista de verificación* tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (o mantener) una cultura que valore este objetivo.

La aplicación exitosa de la *Lista de verificación* requiere su adaptación a las expectativas y los hábitos locales, lo cual no será posible sin el compromiso sincero de los líderes de los hospitales. Para que la *Lista de verificación* tenga éxito, los jefes de los departamentos de cirugía, anestesia y enfermería deben expresar públicamente su convicción de que la seguridad es una prioridad y de que la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* puede contribuir a hacerla realidad. Para demostrarlo, deberán utilizarla ellos mismos y preguntar periódicamente a los demás cómo avanza su aplicación. Si no existe un liderazgo demostrable, la introducción de una lista de esta índole puede alimentar el descontento y la oposición. Las listas de verificación han sido útiles en entornos muy distintos, entre ellos los asistenciales. Esta *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* se ha utilizado satisfactoriamente en una amplia gama de centros sanitarios con diferentes recursos. La experiencia demuestra que los obstáculos a su aplicación pueden superarse a través de la educación, la práctica y el liderazgo. Con la planificación y el compromiso apropiados, las medidas de la *Lista de verificación* son fáciles de llevar a cabo y pueden marcar la diferencia con respecto a la seguridad de la atención quirúrgica.

Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
CH - 1211 Ginebra 27
Suiza
Tel. +41 (0) 22 791 50 60

E-mail: patientsafety@who.int

Visite nuestra página web en:
www.who.int/patientsafety/en/

www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/

Sogamoso, 07 de marzo de 2019

NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL **350**

NIT. No. 24230342

DEBE A

LUZ MIRYAM PORRAS FONSECA

NIT. No. 46359825

LA SUMA DE: TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE.

POR CONCEPTO DE: curaciones con apósitos de alta tecnología de abdomen con herida quirúrgica abierta realizadas una cada cuatro días a partir del 09 de febrero de 2019 hasta 11 de marzo de 2019.

SON: TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. **$350.000,oo**

Atentamente,

LUZ MIRYAM PORRAS FONSECA
C.C. No. 46.359.825 de Sogamoso
RUN 02580
Celular 3213736528


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 46.359.825
PORRAS FONSECA
APELLIDOS
LUZ MIRYAM
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1965
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-DIC-1983 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-0727700-00126888-F-0046354825-20061112 0005820424A 1 7320004515



REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

REGISTRADO
NOMBRE LUZ MIRYAM FORERO FONSECA
C.C. 46 [illegible] 825 Bogotá (Boy)
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TEC. DE COLOMBIA
RUP No. 02588
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERAS
EXPEDIDO 26/ENE/1990 VENCE 26/ENE/2[illegible]



No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

Identificador /OL2 aqcs ARom IFim Qqx6 uOos U7c= (Válido indefinidamente)

URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL
PROCURADURÍA SEPTIMA JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación N.° E-2020-671986 de 15 de diciembre de 2020
CONCILIACIÓN No.0258-20

Convocante (s):	NARDA CECILIA RODRÍGUEZ SANDOVAL, BIBIANA ANDREA NOVOA RODRÍGUEZ, JHON ALAN NOVOA RODRÍGUEZ, MANUEL FERNANDO NOVOA RODRÍGUEZ, HÉCTOR FABÍAN NOVOA RODRÍGUEZ
Convocado (s):	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., CLÍNICA MEDILASER S.A., UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD UT, HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO y OSCAR ALBERTO OCHOA
Medio de Control:	REPARACIÓN DIRECTA

En Bogotá D.C., hoy once (11) de marzo de dos mil veintiuno (2021) siendo las 8:30:00 AM , de acuerdo con la autorización del Decreto Legislativo 491 del 28 de marzo de 2020 del Gobierno Nacional, en concordancia con la Resolución No. 462 del 30 de noviembre de 2020 del Procurador General de la Nación que autorizan las conciliaciones no presenciales con apoyo en medios electrónicos o correos simultáneos o sucesivos, previa citación por correo electrónico a las partes procede el despacho de la Procuraduría Séptima Judicial II para Asuntos Administrativos a celebrar a través de la aplicación MICROSOFT TEAMS la **AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL** de la referencia. Comparece a la diligencia el doctor **IRVING FERNANDO MACIAS VILLARREAL** identificado con la cédula de ciudadanía número 93.413.516 de Bogotá y Tarjeta Profesional 216.818 del Consejo superior de la Judicatura con sustitución de poder del doctor **MARCO ANTONIO MANZANO VÁSQUEZ,** identificado con cédula de ciudadanía número 19067007 de Bogotá y con tarjeta profesional número 45.785 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado del convocante*,* reconocida como tal mediante auto 04 de enero de 2021. Igualmente, comparece la doctora **LAURA SUSANA RODRIGUEZ MAZA** identificada con la C.C. número 1.026.260.465 de Bogotá y portadora de la tarjeta profesional número 210.232 del Consejo Superior de la Judicatura, en representación de la entidad convocada **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.,** de conformidad con el poder otorgado por JAIME ABRIL MORALES en su calidad de Director de Representación Judicial de la entidad. Igualmente, comparece el doctor **LUIS ALFONSO VELANDIA BARRERA** identificado con la C.C. número 74.370.135 de Duitama y portador de la tarjeta profesional número 100.124 del Consejo Superior de la Judicatura, en representación de la entidad convocada **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO***,* de conformidad con el poder otorgado por SHEYLA FANORY CAICEDO RINCÓN en su calidad de Representante Legal de la entidad. Igualmente, comparece la doctora **CLAUDIA CAMILA PATARROYO CHAVEZ** identificada con la C.C. número 1.057.280.408 de Neiva y portadora de la tarjeta profesional número 315.293 del Consejo Superior de la Judicatura, en representación de la entidad convocada**, CLÍNICA MEDILASER S.A.,** de conformidad con el poder otorgado por MARÍA CAROLINA SUAREZ ANDRADE en su calidad de Director de Representante Legal. Igualmente, comparece la doctora **IRMA ALEXANDRA SALDARRIAGA MORALES** identificada con la C.C. número1.077.863.414 de Garzón y portadora de la tarjeta profesional número 301.164 del Consejo Superior de la Judicatura, en representación de la entidad convocada **UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD UT,** de conformidad con el poder otorgado por MILLER AUGUSTO VARGAS ZAMORA en su calidad de Representante Legal de la Unión Temporal. Igualmente, comparece la doctora **SANDRA MILENA OCHOA OCHOA**

Identificador /OL2 aqcs ARom IFim Qqx6 uOos U7c= (Válido indefinidamente)

URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

identificada con la C.C. número 46.681.766 de Paipa y portadora de la tarjeta profesional número 136.718 del Consejo Superior de la Judicatura, en representación del convocado **OSCAR ALBERTO OCHOA,** El Procurador le reconoce personería a los apoderados de las partes convocadas en los términos indicados en los poderes que aportan y al apoderado sustituto de la parte convocante. Acto seguido el Procurador con fundamento en lo establecido en el artículo 23 de la Ley 640 de 2001 en concordancia con lo señalado en el numeral 4 del artículo 44 del Decreto 262 de 2000, declara abierta la audiencia e instruye a las partes sobre los objetivos, alcance y límites de la conciliación extrajudicial en materia contenciosa administrativa como mecanismo alternativo para la solución de conflictos. En este estado de la diligencia se transcriben las pretensiones contenidas en la solicitud de conciliación*, referentes a: "**PRIMERO**: Llegar a un acuerdo con la **CLÍNICA MEDILASER S.A.** con NIT. 813.001.952- 0, Representada Legalmente; la **FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.** con NIT 860525148-5; la **UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T.,** con NIT. 901.153.500-6; el **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO.,** con NIT. 891.855.039-9 y el **DR. OSCAR ALBERTO OCHOA.,** identificado con la cédula de ciudadanía número 74.359.811 a fin de reconocer los siguientes perjuicios como consecuencia de los hechos descritos en la presente solicitud, la NEGLIGENCIA MÉDICA, LA VIOLACIÓN A LA LEX ARTIS, AL PROTOCOLO MÉDICO en la cirugía celebrada el día 17 de diciembre del año 2018 en la que se dejó, olvidó, elementos quirúrgicos "gasas" al interior del cuerpo de la paciente NARDA RODRIGUEZ y el error en el diagnóstico o diagnóstico tardío, de la presencia de dicho elemento extraño en el cuerpo de la paciente, que representa la FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, conforme los siguientes.*

A. PERJUICIOS MORALES:

NOMBRE	CC	CALIDAD	DAÑO MORAL
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	100 SMMLV
HECTOR FABIÁN NOVOA RODRIGUEZ	1121944741	HIJO DE LA VÍCTIMA	100 SMMLV
BIBIANA ANDREA NOVOA RODRIGUEZ	53.122.225	HIJA DE LA VÍCTIMA	100 SMMLV
MANUEL FERNANDO NOVOA RODRIGUEZ	1019036564	HIJO DE LA VÍCTIMA	100 SMMLV
JHON ALAN NOVOA RODRIGUEZ	1019009836	HIJO DE LA VÍCTIMA	100 SMMLV
TOTAL PERJUICIO MORAL			**500 S.M.M.L.V.**

B. DAÑO A LA SALUD:

NOMBRE	CC	CALIDAD	DAÑO A LA SALUD.
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	100 SMMLV
TOTAL PERJUICIO DAÑO A LA SALUD.			**100 S.M.M.LV.**

Identificador /OL2 aqcs ARom IFim Qqx6 uOos U7c= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

C. PERJUICIOS MATERIALES: DERIVADOS DE LAS INCAPACIDADES GENERADAS COMO RESULTADO DEL EVENTO DAÑOSO. (90 DÍAS)

NOMBRE	CC	CALIDAD	MONTO INCAPACIDADES 90 DÍAS
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	$10.925.730
TOTAL PERJUICIO INCAPACIDADES			**$10.925.730**

D. PERJUICIOS MATERIALES: EN SU MODALIDAD DE LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO.

NOMBRE	CC	CALIDAD	LUCRO CESANTE CONSOLIDADO	LUCRO CESANTE FUTURO
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	**$22.629.799**	**$161.611.140**
TOTAL PERJUICIO MATERIALES				

Los perjuicios materiales deberán ser liquidados nuevamente al momento de la liquidación definitiva de la sentencia, ya que este cálculo se llevó a cabo teniendo en cuenta una fecha probable de la sentencia de 1 instancia y tomando como base el salario mínimo mensual legal vigente. ***SEGUNDO:*** *HONORARIOS DE ABOGADO. Llegar a un acuerdo con las entidades convocadas a fin de reconocer y pagar los honorarios de abogado causados con el desarrollo del trámite de conciliación prejudicial correspondiente al 35% del valor total de las pretensiones.* ***TERCERO:*** *CUMPLIMIENTO DEL ACTA DE CONCILIACIÓN. Que LA ENTIDAD CONVOCADA dará cumplimiento al acta de conciliación expedida por el señor Procurador dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción de la misma, de acuerdo a lo reglado en el artículo 14 de la Ley 640 de 2001, modificada por la Ley 1285 de 2009. En caso contrario, se generan el reconocimiento de intereses moratorios a la tasa más alta fijada por la Superintendencia Financiera.* ***CUARTO:*** *En consecuencia, sírvase señor Procurador Delegado ante los Juzgados Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, instar a la parte convocada con el fin de que presenten una propuesta de acuerdo a las anteriores pretensiones".* Seguidamente, se le concede el uso de la palabra a la apoderada de la **parte convocada FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.** con el fin de que se sirva indicar la decisión tomada por el comité de conciliación (o por el representante legal) de la entidad en relación con la solicitud incoada, señalando que no se presenta propuesta de conciliación de acuerdo con la certificación remitida por correo electrónico. Seguidamente, se le concede el uso de la palabra al apoderado de la **parte convocada HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO** con el fin de que se sirva indicar la decisión tomada por el comité de conciliación (o por el representante legal) de la entidad en relación con la solicitud incoada, señalando que no se presenta propuesta de conciliación según certificación remitida por correo electrónico y de la cual da lectura en audiencia. Seguidamente, se le concede el uso de la palabra a la apoderada de la **parte convocada CLÍNICA MEDILASER S.A.,** señalando que no se presenta propuesta de conciliación al considerar que se cumplieron las obligaciones de la *lex artis*. Seguidamente, se le concede el uso de la palabra a la apoderada de la **parte convocada UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD UT**, señalando que no se presenta propuesta de conciliación. Seguidamente, se le concede el uso de la palabra a la apoderada de la **parte convocada OSCAR ALBERTO OCHOA**, señalando que no se presenta propuesta de conciliación por cuanto que se había presentado una solicitud de

Identificador /OL2 aqcs ARom IFim Qqx6 uOos U7c= (Válido indefinidamente)

URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

aplazamiento para vincular a la aseguradora. Se le concede el uso de la palabra a la apoderada de la **parte convocante** para que manifieste su posición frente a lo expuesto por la parte convocada. El ***Ministerio Público.*** El procurador judicial, considera innecesario aplazar la audiencia respecto al doctor OSCAR ALBERTO OCHOA teniendo en cuenta que las entidades públicas no tienen ánimo conciliatorio y esta judicial carece de competencia para pronunciarse sobre eventuales conciliaciones entre particulares. De otra parte, en atención a la falta de ánimo conciliatorio de las partes convocadas**,** declara fallida la presente audiencia de conciliación y da por surtido el trámite conciliatorio extrajudicial; en consecuencia, ordena la expedición de la constancia de Ley y el archivo del expediente. En constancia se firma el acta por el Procurador Judicial siendo las 8:53 a.m.

-Presencia por Microsoft TEAMS-
LAURA SUSANA RODRIGUEZ MAZA
Apoderada de la Entidad Convocada **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.,**

-Presencia por Microsoft TEAMS-
LUIS ALFONSO VELANDIA BARRERA
Apoderado de la Entidad Convocada **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO**

-Presencia por Microsoft TEAMS-
CLAUDIA CAMILA PATARROYO CHAVEZ
Apoderada de la Entidad Convocada **CLÍNICA MEDILASER S.A.,**

-Presencia por Microsoft TEAMS-
IRMA ALEXANDRA SALDARRIAGA MORALES
Apoderada de la Entidad Convocada **UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD UT,**

-Presencia por Microsoft TEAMS-
SANDRA MILENA OCHOA OCHOA
Apoderada de **OSCAR ALBERTO OCHOA**

-Presencia por Microsoft TEAMS-
IRVING FERNANDO MACIAS VILLARREAL
Apoderado sustituto de la parte Convocante

VICTOR DAVID LEMUS CHOIS
Procurador Séptimo Judicial II para Asuntos Administrativos

Firmado digitalmente por: VICTOR DAVID LEMUS CHOIS

PROCURADOR JUDICIAL II

PROC 7 JUD II CONCILIA ADTIVA BOGOTA

Identificador w9LG 5WkB Rsoe oPM9 xi3r jkUj 45g= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL
PROCURADURÍA SEPTIMA JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación N.° E-2020-671986de 15 de diciembre de 2020
CONCILIACIÓN No. 258– 2020

Convocante (s):	**NARDA CECILIA RODRÍGUEZ SANDOVAL, BIBIANA ANDREA NOVOA RODRÍGUEZ, JHON ALAN NOVOA RODRÍGUEZ, MANUEL FERNANDO NOVOA RODRÍGUEZ, HÉCTOR FABÍAN NOVOA RODRÍGUEZ**
Convocado (s):	**FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., CLÍNICA MEDILASER S.A., UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD UT, HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO y OSCAR ALBERTO OCHOA**
Medio de control:	**REPARACIÓN DIRECTA**

En los términos del artículo 2.º de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 6.º del artículo 2.2.4.3.1.1.9 del Decreto 1069 de 2015[1], el Procurador Séptimo Judicial II para Asuntos Administrativos expide la siguiente

CONSTANCIA:

1. Mediante apoderado, el (los) convocante (s) **NARDA CECILIA RODRÍGUEZ SANDOVAL, BIBIANA ANDREA NOVOA RODRÍGUEZ, JHON ALAN NOVOA RODRÍGUEZ, MANUEL FERNANDO NOVOA RODRÍGUEZ, HÉCTOR FABÍAN NOVOA RODRÍGUEZ** presentó(aron) solicitud de conciliación extrajudicial el día 15 de diciembre de 2020, convocando a **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., CLÍNICA MEDILASER S.A., UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD UT, HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO y OSCAR ALBERTO OCHOA.**

2. Las pretensiones de la solicitud fueron las siguientes: *"**PRIMERO**: Llegar a un acuerdo con la **CLÍNICA MEDILASER S.A.** con NIT. 813.001.952- 0, Representada Legalmente; la **FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.** con NIT 860525148-5; la **UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T.,** con NIT. 901.153.500-6; el **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO.,** con NIT. 891.855.039-9 y el **DR. OSCAR ALBERTO OCHOA.,** identificado con la cédula de ciudadanía número 74.359.811 a fin de reconocer los siguientes perjuicios como consecuencia de los hechos descritos en la presente solicitud, la NEGLIGENCIA MÉDICA, LA VIOLACIÓN A LA LEX ARTIS, AL PROTOCOLO MÉDICO en la cirugía celebrada el día 17 de diciembre del año 2018 en la que se dejó, olvidó, elementos quirúrgicos "gasas" al interior del cuerpo de la paciente NARDA RODRIGUEZ y el error en el diagnóstico o diagnóstico tardío, de la presencia de dicho elemento extraño en el cuerpo de la paciente, que representa la FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, conforme los siguientes.*

[1] *Decreto 1069 del 26 de mayo de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho*". *Antiguo artículo 9° del Decreto 1716 de 2009.*

Identificador w9LG 5WkB Rsoe oPM9 xi3r jkUj 45g= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

A. PERJUICIOS MORALES:

NOMBRE	CC	CALIDAD	DAÑO MORAL
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	100 SMMLV
HECTOR FABIÁN NOVOA RODRIGUEZ	1121944741	HIJO DE LA VÍCTIMA	100 SMMLV
BIBIANA ANDREA NOVOA RODRIGUEZ	53.122.225	HIJA DE LA VÍCTIMA	100 SMMLV
MANUEL FERNANDO NOVOA RODRIGUEZ	1019036564	HIJO DE LA VÍCTIMA	100 SMMLV
JHON ALAN NOVOA RODRIGUEZ	1019009836	HIJO DE LA VÍCTIMA	100 SMMLV
TOTAL PERJUICIO MORAL			**500 S.M.M.L.V.**

B. DAÑO A LA SALUD:

NOMBRE	CC	CALIDAD	DAÑO A LA SALUD.
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	100 SMMLV
TOTAL PERJUICIO DAÑO A LA SALUD.			**100 S.M.M.LV.**

C. PERJUICIOS MATERIALES: DERIVADOS DE LAS INCAPACIDADES GENERADAS COMO RESULTADO DEL EVENTO DAÑOSO. (90 DÍAS)

NOMBRE	CC	CALIDAD	MONTO INCAPACIDADES 90 DÍAS
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	$10.925.730
TOTAL PERJUICIO INCAPACIDADES			**$10.925.730**

D. PERJUICIOS MATERIALES: EN SU MODALIDAD DE LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO.

NOMBRE	CC	CALIDAD	LUCRO CESANTE CONSOLIDADO	LUCRO CESANTE FUTURO
NARDA CECILIA RODRIGUEZ	24.230.342	VÍCTIMA DIRECTA	**$22.629.799**	**$161.611.140**
TOTAL PERJUICIO MATERIALES				

Los perjuicios materiales deberán ser liquidados nuevamente al momento de la liquidación definitiva de la sentencia, ya que este cálculo se llevó a cabo teniendo en cuenta una fecha probable de la sentencia de 1 instancia y tomando como base el salario mínimo mensual legal vigente. ***SEGUNDO:*** *HONORARIOS DE ABOGADO. Llegar a un acuerdo con las entidades convocadas a fin de reconocer y pagar los honorarios de abogado causados con el desarrollo del trámite de conciliación prejudicial correspondiente al 35% del valor total de las pretensiones.* ***TERCERO:*** *CUMPLIMIENTO DEL ACTA DE CONCILIACIÓN. Que LA ENTIDAD CONVOCADA dará cumplimiento al acta de conciliación expedida por el señor Procurador dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción de la misma, de acuerdo a lo reglado en el artículo 14 de la Ley 640 de 2001, modificada por la Ley 1285 de 2009. En caso contrario, se generan el reconocimiento de intereses moratorios a la tasa más alta fijada por la Superintendencia Financiera.* ***CUARTO:*** *En consecuencia, sírvase señor Procurador Delegado ante los Juzgados Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, instar a la parte convocada con el fin de que presenten una propuesta de acuerdo a las anteriores pretensiones"*

Identificador w9LG 5WkB Rsoe oPM9 xi3r jkUj 45g= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

3. El día de la audiencia no presencial celebrada el 11 de marzo de 2021, de acuerdo con la autorización del Decreto Legislativo 491 del 28 de marzo de 2020 del Gobierno Nacional, en concordancia con las Resolución No. 462 del 30 de noviembre de 2020 del Procurador General de la Nación la conciliación se declaró fallida ante la imposibilidad de llegar a un acuerdo, por no existir ánimo conciliatorio de las partes convocadas.

4. De conformidad con lo anteriormente expuesto, se da por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 35 y 37 de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA.

5. No hay lugar a devolución de documentos toda vez que la solicitud fue tramitada por medio electrónicos.

Dada en Bogotá D.C., a los once (11) días del mes de marzo de dos mil veintiuno (2021)

VICTOR DAVID LEMUS CHOIS
Procurador Séptimo Judicial II para Asuntos Administrativos

Se remiten constancia por correo electrónico.

Firmado digitalmente por: VICTOR DAVID LEMUS CHOIS

PROCURADOR JUDICIAL II

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0004343 **DE 2012**

(19 DIC 2012)

Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente de las conferidas en los artículos 173 de la Ley 100 de 1993, 6 del Decreto-ley 4107 de 2011 y 45 del Decreto 1011 de 2006, y

CONSIDERANDO:

Que la Honorable Corte Constitucional ordenó al entonces Ministerio de la Protección Social, en el ordinal vigésimo octavo de la parte resolutiva de la Sentencia T-760 de 2008, la adopción de las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una entidad promotora de salud del régimen contributivo o subsidiado, le sea entregada a toda persona la Carta de Derechos y Deberes del Paciente y Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de su red.

Que de acuerdo con la misma orden, tales documentos deben estar redactados en forma sencilla y accesible y de fácil comprensión para cualquier persona.

Que la obligación de informar a los afiliados por parte de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado sobre sus derechos y deberes se encuentra regulada, entre otros, en los artículos 153, 159 y 160 de la Ley 100 de 1993, 107 de la Ley 1438 de 2011, 14 del Decreto 1485 de 1994, 2 y 3 del Decreto 1757 de 1994, 45 del Decreto 1011 de 2006 y en el parágrafo 2 del

artículo 5 del Decreto 4747 de 2007. Así mismo, se encuentra regulada en la Resolución 13437 de 1991, que adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

Que el entonces Ministerio de la Protección Social expidió las Resoluciones 1817, 2818 y 4392, todas de 2009, por medio de las cuales se definieron *"los lineamientos de la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y se dictan otras disposiciones".*

Que la Honorable Corte Constitucional, mediante Auto 264 de 16 de noviembre de 2012, declaró el cumplimiento parcial de la orden vigésimo octava de la sentencia T-760 de 2008 y, en consecuencia, ordenó la expedición de una nueva regulación unificada que derogue las anteriores, "en la que se indique a las EPS de ambos regímenes, que dichas cartas deberán cumplir, como mínimo, con los lineamientos establecidos en los numerales 3.1.1 al 3.1.3 y 3.2.1. al 3.2.3 y lo indicado en el numeral 8.4" del mismo Auto.

Que la carta de derechos y deberes deberá tener en cuenta los parámetros consignados en la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, como son:

- Los derechos, deberes y responsabilidades de los pacientes, usuarios del sistema, profesionales e instituciones prestadoras del servicio.
- La posibilidad que les asiste a los pacientes de obtener una segunda opinión.
- La posibilidad que les asiste a los pacientes de poder solicitar y obtener un resumen escrito de su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y cuidados recibidos.
- El derecho que tienen los usuarios a la continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todas las instituciones prestadoras del servicio que puedan estar implicadas en su diagnostico, tratamiento y cuidado.

Que igualmente la Honorable Corte Constitucional en el mencionado Auto, en la orden séptima, determina que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud deben adoptar las medidas tendientes a verificar de manera constante la entrega material y efectiva por parte de las entidades promotoras de salud de ambos regímenes de la Carta de Derechos y de Desempeño a los usuarios del Sistema e imponer las sanciones pertinentes en caso de incumplimiento.

Que entre las conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, señala las de "Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud" y las de "incumplir las obligaciones de información" lo cual conduce a la imposición de sanciones de que trata el artículo 131 *ib.* con base en los criterios contenidos en el artículo 134 de la misma ley.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPÍTULO I

OBJETO Y ASPECTOS GENERALES

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto expedir la regulación unificada acerca de los lineamientos que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud –EPS- de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, para la elaboración y entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño, que les permita a los afiliados contar con información adecuada y suficiente para el ejercicio de sus derechos en cumplimiento de la orden 28 de la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto de Seguimiento 264 de 2012 a la mencionada sentencia. Adicionalmente, se establecen las obligaciones operativas para su efectivo cumplimiento.

Artículo 2. Obligaciones de entrega y actualización. Las Entidades Promotoras de Salud deberán entregar la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y de Desempeño a toda persona al momento de su afiliación y mantenerlas actualizadas conforme a los cambios que se produzcan en la información que contienen. El incumplimiento de esta obligación acarreará las sanciones administrativas que se incorporan al presente acto.

Artículo 3. Características y parámetros básicos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y de Desempeño. Las cartas de derechos y deberes del afiliado y del paciente y de desempeño deberán estar redactadas teniendo en cuenta el entendimiento común y deberán ser revisadas periódicamente en respuesta a circunstancias cambiantes y con información actualizada. Las mismas deberán estar escritas en un lenguaje sencillo y accesible, en un tamaño visible y legible, con suficiente claridad y organizadas con información regional o nacional, de acuerdo con la cobertura geográfica de la entidad promotora de salud. Se deberán entregar en forma impresa o en formato electrónico, cuando el afiliado haya dado consentimiento expreso, y deberán ser publicadas en la página web de las entidades promotoras de salud, en lugar visible y de fácil acceso.

Parágrafo 1. Se entiende por lenguaje sencillo y accesible aquél que es de fácil comprensión para cualquier persona independiente de su condición social y económica. Las expresiones que se utilicen en dichos documentos deberán estar desprovistas de todo tecnicismo que impida la fácil comprensión de su contenido.

Parágrafo 2. De conformidad con lo previsto en el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010, en las cartas de derechos y deberes y carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI se deberá utilizar la lengua o lenguas nativas.

CAPÍTULO II

DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE

Artículo 4. Contenido mínimo de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente. La carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

4.1. Capítulo de Información general

La Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente contendrá la siguiente información general:

- Glosario. Definiciones de los siguientes términos: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, demanda inducida, y enfermedad de alto costo, entre otros.
- Plan de beneficios y sus exclusiones y limitaciones. Identificación, en forma agrupada, de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos y excluidos en el plan de beneficios. Mecanismo de acceso a información detallada de los contenidos y exclusiones del plan de beneficios.
- Especificación que no hay períodos de carencia, ni restricciones en los servicios por traslado de entidad promotora de salud.
- Servicios de demanda inducida. Descripción y periodicidad de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, desagregadas por grupos de edad y sexo.
- Pagos moderadores. Valores, rangos, topes y servicios a los que se aplican los copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con el régimen al cual esté afiliada la persona, así como los servicios y condición de los afiliados que no dan lugar al pago de los mismos. Se debe especificar que la no cancelación de los pagos moderadores no puede ser barrera de acceso al servicio de salud.
- Red de prestación de servicios. Conformación de la red de prestación de servicios, incluyendo nombre de los prestadores, ubicación geográfica, dirección, teléfono y servicios de salud contratados con el tipo y complejidad.
- Atención de urgencias. Nombre, ubicación geográfica, dirección y teléfono de las instituciones prestadoras de servicios de salud que hacen parte de la red de prestación de servicios para la atención de urgencias, especificando la especialidad, si es del caso.

- Mecanismos de acceso a servicios. Dependencias, procedimientos y términos para la solicitud y autorización de prestación de servicios electivos incluidos en el plan de beneficios, así como los mecanismos para acceder a los servicios de urgencias. No se podrán incluir trámites que no sean legales.
- Identificación de las dependencias, procedimientos y términos para el acceso a los servicios no incluidos en el plan de beneficios, pero que a juicio del médico tratante, son necesarios. No se podrán incluir trámites que no sean legales.
- Transporte y estadía. Condiciones y procedimientos para obtener el transporte y financiación de la estadía, cuando aplique, para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios.

4.2. Capítulo de derechos.

El capítulo de derechos deberá especificar que todo afiliado o paciente sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, tiene derecho a:

- Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios.
- Acceder a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos con necesidad.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
- A que la entidad promotora de salud autorice los servicios que requiera y aquellos que requiera con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.
- Protección especial a niñas y niños. Indicar que los derechos a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos. Se entiende por niña o niño, toda persona menor de 18 años.
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la entidad promotora de salud. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago del mismo.
- Disfrutar y mantener una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones sicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
- El derecho a que los familiares o representantes, en caso de inconsciencia,

incapacidad para decidir o minoría de edad del paciente, consientan o rechacen procedimientos o tratamientos. Los profesionales de la salud, los progenitores y los tutores o curadores promoverán la adopción de decisiones autónomas por parte de los menores de edad.

- Mantener la confidencialidad y secreto de su información clínica, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la historia con su autorización o por parte de las autoridades competentes en las condiciones que la ley determine.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente, incluso en el caso de enfermedad irreversible.
- Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.
- Aceptar o rechazar procedimientos, por sí mismo o, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia en lo posible escrita de su decisión.
- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud que respete sus creencias y costumbres, su intimidad, así como las opiniones personales que tenga, sin recibir trato discriminatorio.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizado para su ejercicio.
- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las entidades promotoras de salud no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Ser respetado en su voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
- Morir con dignidad y respeto de su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda.

- Recibir la valoración científica y técnica por parte de la entidad promotora de salud, cuando del concepto médico externo de un profesional de la salud reconocido, se considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia o incapacidad, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la entidad promotora de salud no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud y la prohibición de que 'bajo ningún pretexto' se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrársele copagos.
- Acceder a los bienes y servicios de salud con continuidad. El acceso a un servicio de salud debe ser continuo y en ningún caso puede ser interrumpido súbitamente.
- Toda persona tiene derecho a que las entidades promotoras de salud o autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, adopten las medidas adecuadas para, por lo menos, (i) suministrar la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (ii) entregarle al afiliado por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio, (iii) indicar específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista, y (iv) acompañarla durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
- Recibir por escrito, del prestador de servicios de salud, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
- Acceder a los servicios de salud sin que la entidad promotora de salud pueda imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su entidad promotora de salud autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.
- Para la verificación de derechos se solicitará únicamente el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrar el derecho. No podrá exigirse al afiliado copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.

4.3. Capítulo de deberes.

Son deberes del afiliado y del paciente, los siguientes:

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- Cumplir las normas del sistema de salud.
- Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
- Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

4.4. Capítulo de instituciones y recursos para el cumplimiento de los derechos.

Tanto las entidades promotoras de salud como las instituciones prestadoras de servicios de salud deben contar con oficinas de atención al usuario y otros mecanismos y canales presenciales y no presenciales a los cuales puede acudir el afiliado para que le sea brindada la información que demande en torno a la prestación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos o no en el plan de beneficios, reciba las quejas y formule soluciones concretas y ágiles o se direccione al afiliado o paciente a donde efectivamente puedan brindarle una solución. Las entidades deberán asegurar que la persona será atendida.

Con el propósito de garantizar la protección del afiliado, la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente deberá incorporar la siguiente información:

- Servicios administrativos de contacto disponibles 24 horas por parte de la entidad promotora de salud. Dirección de la oficina para la atención al usuario en la región de residencia del mismo, dirección de página web, número de teléfono, fax y dirección de correo electrónico.
- Cuando le sea negado un servicio por no estar incluido en el plan de beneficios, la posibilidad de acudir al Comité Técnico Científico o al organismo que haga sus veces.
- Información sobre la posibilidad de acudir a la Superintendencia Nacional de Salud cuando se presenten conflictos relacionados con la cobertura del plan de beneficios, las prestaciones excluidas, el pago de prestaciones económicas, el reconocimiento económico de gastos por parte del afiliado, multiafiliación, libre elección y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Condiciones, procedimientos y términos para ejercer su derecho a la libre elección de prestador de servicios de salud dentro de la red de prestación de servicios definida por la entidad promotora de salud, y condiciones, procedimientos y términos para trasladarse de entidad promotora de salud.
- Información del nombre, la dirección, teléfono y página web de las entidades que tienen facultades de inspección, vigilancia y control sobre las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y sobre los prestadores de servicios de salud.

- Información sobre la posibilidad de acudir al Defensor del Usuario, la Defensoría del Pueblo y las veedurías.
- Información sobre otras organizaciones de carácter ciudadano y comunitario a las que puede acudir el afiliado para exigir el cumplimiento de sus derechos, así como los mecanismos de participación en las mismas.

En desarrollo de lo anterior, y sin perjuicio de las acciones constitucionales, el afiliado podrá hacer uso de los siguientes mecanismos de protección:

- Presentar derecho de petición en los términos de la Ley 1437 de 2011, o la norma que la sustituya, tanto a la entidad promotora de salud como a la institución prestadora de servicios de salud y a las demás entidades del sector salud. Este derecho incluye el de pedir información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo.
- El derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formule cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable de acuerdo con lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011 o la norma que la sustituya.
- La solicitud de cesación provisional ante la Superintendencia Nacional de Salud cuando un vigilado por acción u omisión ponga en riesgo la vida o la integridad física de la persona, de conformidad con el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011.
- El recurso judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud en los términos de los artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011 y la práctica de medidas cautelares.

CAPÍTULO III

DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

Artículo 5. Contenido de la Carta de Desempeño. Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado deberán entregar a sus afiliados la Carta de Desempeño de la entidad, la cual contendrá, la siguiente información básica:

5.1 Indicadores de calidad de la entidad promotora de salud. Resultados de los indicadores de calidad de la entidad promotora de salud reportados a la Superintendencia Nacional de Salud, mostrando la comparación con la media nacional.
5.2 Indicadores de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Resultados de los indicadores de calidad, de las instituciones que hacen parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad promotora de salud, mostrando la comparación con la media nacional.
5.3 Posición en el ordenamiento (ranking). Nivel de posicionamiento de la entidad promotora de salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud que hacen parte de su red en el ordenamiento (ranking) de estas entidades.
5.4 Acreditación. Situación de la entidad promotora de salud y de las instituciones

prestadoras que hacen parte de su red frente al proceso de acreditación.

5.5 Comportamiento como pagador de servicios. Resultados de los indicadores financieros que reflejen la oportunidad y eficacia de la entidad promotora de salud frente a sus obligaciones como responsable del pago de los servicios de salud.

5.6 Sanciones. Sanciones debidamente ejecutoriadas que le hayan sido impuestas en el último año por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 6. Publicación de información para la Carta de Desempeño. El Ministerio de Salud y Protección Social publicará a través de la página web, la información requerida para el cumplimiento de lo dispuesto en el anterior artículo.

CAPÍTULO IV

MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE ENTREGA

Artículo 7. Mecanismos de seguimiento a la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño. Las entidades promotoras de salud deberán reportar en el instrumento que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, la información que de constancia de la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño a cada afiliado. El Ministerio de Salud y Protección Social verificará el reporte de cartas entregadas por parte de las entidades promotoras de salud y reportará trimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud el nivel de cumplimiento en la entrega de las cartas, para las acciones sancionatorias en los casos en que sea procedente.

Artículo 8. Otros mecanismos de información a los afiliados. Para asegurar que los afiliados han recibido y comprendido la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá un mecanismo para evaluar de manera periódica estos aspectos. Los resultados obtenidos de estas evaluaciones serán insumo del Sistema de Evaluación y Calificación definido en el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011 y serán usados por la Superintendencia Nacional de Salud para llevar a cabo labores de inspección, vigilancia y control.

Artículo 9. Publicación de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño. Las entidades promotoras de salud mantendrán publicadas en sus páginas web, la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño actualizadas, con especial énfasis en la conformación de su red de prestación de servicios. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su página web los vínculos necesarios para

acceder a la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño de cada entidad promotora de salud.

Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social publicará los informes del Sistema de Evaluación y Calificación de actores y el ordenamiento de las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud según los resultados obtenidos, de manera que el usuario pueda ejercer su derecho a la escogencia.

Artículo 10. Modificación de la red de prestación de servicios. Cuando una entidad promotora de salud no suministre la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño o éstas no se encuentren actualizadas, de manera completa, pertinente, confiable y comprensible, o la entidad no cumpla con la red de prestación de servicios ofrecida al momento de la afiliación, se entiende menoscabado el derecho a la libre escogencia de conformidad con el parágrafo 1 del artículo 25 de la Ley 1122 de 2007, y el afiliado podrá trasladarse sin que le sea aplicable el término mínimo establecido para ejercer el derecho al traslado.

Cuando la entidad promotora de salud excluya prestadores de la red ofrecida a sus afiliados al momento de la afiliación, debe informarlo a estos. Se entiende que no se cumple con la red de prestadores de servicios, cuando la entidad promotora de salud elimina de la red ofrecida al afiliado al momento de la afiliación, algún prestador y no le informa al afiliado, por el medio más idóneo, la modificación realizada. En caso de que el afiliado no manifieste interés de desafiliación por este motivo, dentro de los siguientes treinta (30) días calendario posteriores a la comunicación o al momento de tener conocimiento del cambio, se entenderá su aceptación.

Artículo 11. Vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, vigilará y controlará el cumplimiento de lo establecido en la presente resolución y, en caso de incumplimiento, adelantará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

Artículo 12. Sanciones. Entre las conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, señala las de "Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud" y las de "incumplir las obligaciones de información" lo cual conduce a la imposición de las sanciones de que trata el artículo 131 *ib.* con base en los criterios contenidos en el artículo 134 de la misma ley.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 13. Términos para la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño. A partir del 30 de abril de 2013, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado deberán entregar a los nuevos afiliados la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño conforme a lo aquí dispuesto.

Artículo 14. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 1817, 2818 y 4392, todas de 2009, y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los 19 DIC 2012

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CONSEJO DE ESTADO
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C

Consejero Ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA

Bogotá, D.C., veintiocho (28) de enero de dos mil quince (2015)

Radicación número: 05 001 23 31 000 2002 03487 01 (32912)
Actor: DARIO DE JESUS JIMENEZ GIRALDO Y OTROS
Demandado: MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-EJERCITO NACIONAL
Asunto: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA (Sentencia)

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia del 12 de septiembre de 2005, proferida por la Sala de Decisión de la Sección Tercera del Tribunal Administrativo de Antioquia.
Mediante la que se dispuso:

> *"1. SE NIEGAN LAS SÚPLICAS DE LA DEMANDA.*
> *2. NO SE CONDENA EN COSTAS"*

ANTECEDENTES

1. **La demanda.**

Fue presentada el 6 de agosto de 2002 por Darío de Jesús Jiménez Giraldo y otros, mediante apoderado y en ejercicio de la acción de reparación directa prevista en el artículo 86 del C.C.A., con el objeto de que se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

> "*4.1.- Que la NACION COLOMBIANA (MINISTERIO DE DEFENSA-EJERCITO NACIONAL), es administrativamente responsable de la totalidad de los daños y perjuicios (patrimoniales y extramatrimoniales (sic)) ocasionados a los señores: WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ, DARIO DE JESUS JIMENEZ GIRALDO, OLGA ROSA JIMENEZ GÓMEZ, JURY ANDREA Y MARIA JAZMIN JIMENEZ JIMENEZ, con el accidente ocurrido el día 7 de agosto de 2000, en la vereda de Bodegas o Bodeguitas, en jurisdicción del Municipio de El Santuario, de que dan cuenta los hechos de la demanda y en el que resultó lesionado el joven WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ, al hacer explosión, la granada que minutos antes había encontrado el niño SANTIAGO ANDRES ZULUAGA SOTO, en el sitio que el 28 de*

agosto (sic) del mismo año, fue ocupado por el Ejercito (sic) Nacional, para ejecutar un operativo militar.

*4.2.- Que como consecuencia de la anterior declaración, LA NACION COLOMBIANA (MINISTERIO DE DEFENSA-EJERCITO NACIONAL), esta (sic) obligada a pagar a cada uno de los demandantes; una suma que sea equivalente a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales, por concepto de **perjuicios morales**; (…)*

4.1.4. (sic) Que a demás (sic), la NACION COLOMBIANA 8(SIC) MINISTERIO DE DEFENSA EJERCITO NACIONAL), deberá cancelar a favor de WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ, la totalidad de los perjuicios de orden material (daño emergente, lucro cesante y los perjuicios fisiológicos), derivados de la lesión sufrida.

4.1.5.- Indexación.- Todas las sumas liquidas que se determine(sic) a cargo de las pretensiones de la demanda, deberán ser reajustadas conforme al incremento del salario mínimo legal mensual vigente, el índice de precios al consumidor o al por mayor.

4.1.6. Que, la NACION COLOMBIANA (MINISTERIO DE DEFENSA-EJERCITO NACIONAL), dará cumplimiento a la sentencia que en su contra llegue a dictarse en los términos del artículo 176 y 177 y siguientes del Código Contencioso Administrativo."

Fundamento Fáctico.

Como fundamento de las pretensiones, los actores expusieron hechos que la Sala sintetiza así:

El 28 de julio de 2000 la tropa adscrita al Batallón Juan del Corral del Ejército Nacional realizó un operativo militar en la vereda de Bodegas o Bodeguitas, ubicada en jurisdicción del Municipio de El Santuario, con el fin de capturar algunos guerrilleros del noveno frente de las Farc. Terminado el operativo las tropas se retiraron; sin embargo, según el actor, en el lugar dejaron una granada de fragmentación.

Posteriormente, el 7 de agosto de 2000, el joven Andrés Zuluaga Soto encontró la granada, dispositivo que hizo explosión en sus manos. Como consecuencia, el joven falleció y dejó gravemente herido a su compañero Walther David Jiménez Jiménez, quien ha tenido que someterse a varias cirugías, puesto que padece, como consecuencia de las lesiones sufridas, una deformidad física y perturbación funcional permanente en el antebrazo derecho. Así mismo, debido a las fracturas

abiertas se ha desencadenado una osteomielitis crónica y pérdida anatómica de la extremidad.

Aparte de las lesiones físicas, consecuencia de los traumas sufridos, el joven afectado no pudo volver a estudiar; todo ello, según los demandantes, en virtud de la falla en el servicio en que incurrió el Ejército Nacional al no tener la diligencia y cuidado que el operativo militar requería.

2. **Actuación procesal en primera instancia.**

El Tribunal Administrativo de Antioquia mediante providencia de 8 de octubre de 2002 admitió la demanda (fl.26, c1), la cual fue notificada al Comandante de la Cuarta Brigada del Ejército Nacional el 10 de febrero de 2003 (fl.28, c1).

En escrito del 9 de julio de 2003, la Entidad accionada contestó la demanda dentro del término estipulado (fls.29-32, c1), proponiendo el hecho exclusivo y determinante de un tercero como eximente de responsabilidad, toda vez que, a su juicio, la afección que sufrió el actor fue responsabilidad del joven Santiago Zuluaga, quien hizo explotar la granada. Así mismo, agrega que *"en casos de explosión de artefactos explosivos que causan daños a particulares, es necesario acreditar que eran de propiedad, dotación, tenencia o custodia de la entidad demandada, pues de lo contrario no se le puede imputar responsabilidad."*

Agotada la etapa probatoria, a la que se dio inicio, mediante auto del 25 de agosto de 2003 (fls.37-38, c1), por auto de 26 de enero de 2005 (fl.212, c1) se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión. El apoderado de la entidad demandada presentó su escrito de alegatos, resaltando algunas de las pruebas allegadas al proceso que, a su juicio, eximen de responsabilidad al Ministerio de Defensa. También sostiene que en el caso en estudio se presentó el *"hecho de un tercero en un doble sentido: Quien explotó la granada fue un extraño a la institución y quien la dejó abandonada o la lanzó resultando fallida fue la subversión o al menos no se ha demostrado que fue el Ejercito (sic)"*. (Fls.214-218, C1).

El demandante y el agente del Ministerio Público guardaron silencio.

3. **Sentencia de primera instancia.**

La Sección Tercera del Tribunal Administrativo de Antioquia, en sentencia del 12 de septiembre de 2005, (fls.221-226, Ppal.) resolvió negar las súplicas de la demanda con fundamento, entre otros, en los siguientes argumentos:

> *"No existe ninguna prueba, que permita señalar que el artefacto explosivo era propiedad del Ejército. Por el contrario la entidad certifica que las únicas granadas utilizadas, cumplieron su objetivo explotando el día de los hechos, con ocasión del enfrentamiento con los subversivos.*
>
> *En este orden de ideas, se llega a la conclusión de que no se comprobó que los miembros del Ejército Nacional, de manera imprudente, ajenos a su deber de cuidado, hubieran dejado olvidado el artefacto, que después fue manipulado por quien murió y lesionó a WALTER DARIO (sic) JIMENEZ, de forma tal que la conducta de los militares no puede ser encuadrada dentro de la teoría del riesgo o del daño excepcional.*
>
> *No se demostró ningún nexo de causalidad, se reitera, entre el actuar del Ministerio de Defensa, a través del EJERCITO NACIONAL y las lesiones sufridas por el antes mencionado y por supuesto el consecuente daño a los demandantes. Por lo tanto, reitera esta Sala, no puede tildarse culpabilidad por falla ó (sic) falta en el servicio de esta Institución, ya que no puede hacerse responsable el actuar de un tercero, como lo son las autodefensas, debiéndose negar las pretensiones de la demanda."*

5. **El recurso de apelación.**

Mediante escrito del 17 de marzo de 2006 (fls.228-241, Ppal.) el apoderado de la parte demandante interpuso y sustentó recurso de apelación contra la sentencia del 12 de septiembre de 2005, proferida por la Sección Tercera del Tribunal Administrativo de Antioquia.

Como argumentos del recurso de apelación el actor hizo un recuento de las declaraciones que, a su juicio, demuestran la culpabilidad del Ejército Nacional; consideró que la responsabilidad de la entidad demandada recae en dos hechos, a saber: a) el mal manejo del operativo militar. b) que el artefacto explosivo es de uso exclusivo de las Fuerzas Armadas. De la argumentación en que se sustenta el recurso de alzada, la Sala destaca lo siguiente:

> *"El accidente se produjo por una falla en el servicio (CULPA) del Ejercito (sic) Nacional, en desarrollo de una operación militar, al ocupar, atacar y abandonar el sitio, sin observar la diligencia y cuidado que el operativo exigía, dejando en él, el artefacto que hizo explosión el 7 de agosto de 2000, cuando cayó de las manos del niño SANTIAGO ANDRES ZULUAGA SOTO, con las funestas consecuencias demandadas. En el peor de los casos, se dejo (sic) expuesta a la comunidad A UN RIESGO al emprender la retirada sin tomar las medidas preventivas y al haber omitido la diligencia y cuidados que se requerían (sic) LA MAGNITUD DEL OPERATIVO MILITAR en los terrenos que ocuparon para su ejecución."*

En auto del 2 de mayo de 2006 (fl.242, Ppal.), el Tribunal Administrativo de Antioquia concedió en el efecto suspensivo el recurso de apelación presentado oportunamente por la parte accionante.

6. **Actuación en segunda instancia.**

Recibido el expediente en esta Corporación, en auto del 21 de julio de 2006 (fl.246, Ppal.) se admitió el recurso de apelación; en proveído del 11 de agosto de 2006 (fl.248, Ppal.) se dispuso correr traslado a las partes por el término de 10 días para presentar alegatos de conclusión. En esta instancia las partes y el Ministerio Público guardaron silencio.

CONSIDERACIONES

1. **Competencia**

La Sala es competente para conocer del presente recurso de apelación, teniendo en cuenta que la mayor pretensión individualmente considerada corresponde a la suma de $309.000.000 por concepto de perjuicios morales, valor que excede la cuantía mínima exigida en el momento en que se presentó la demanda, para que opere la doble instancia[1].

[1] Para la fecha de interposición del recurso de apelación 17 de marzo de 2006, se aplicaban las normas contenidas en el Decreto 597 de 1988, las cuales señalaban que la cuantía exigida para que un proceso de reparación directa iniciado en el año 1997 tuviere vocación de doble instancia, era $13'460.000. Como en este caso la pretensión mayor de la demanda asciende a 1000 salarios mínimos legales mensuales por concepto de perjuicios morales y el salario mínimo para la fecha de presentación de la demanda equivalía a la suma de $309.000, es dable concluir que el proceso es de doble instancia.

El análisis de la impugnación se circunscribirá a los argumentos expuestos y desarrollados por el apoderado de los demandantes en el recurso de apelación único, conforme a lo previsto por el artículo 357 del Código de Procedimiento Civil[2]; específicamente se concretará en verificar si efectivamente existió una falla en el servicio por parte del Ejército Nacional, como consecuencia de no haber observado la diligencia y el cuidado necesarios para desarrollar el operativo militar que se llevó a cabo en el lugar donde ocurrieron los hechos en que resultó lesionado el menor WALTER DAVID JIMENEZ JIMENEZ.

A efectos de resolver lo que corresponda, la Sala se ocupará en primer lugar del objeto de la apelación; luego se determinará el problema jurídico derivado de tal recurso; a continuación se enunciaran los elementos que configuran la responsabilidad del Estado; enseguida se enunciaran los hechos que se encuentran probados que son trascendentes al problema jurídico, y finalmente se hará el análisis del caso concreto para verificar si conforme a los hechos probados, se tienen acreditados los elementos que configuran la responsabilidad de la entidad demandada.

2. Objeto del Recurso

Tal como se reseñó, el sustento del recurso de apelación interpuesto por la parte actora se centra en afirmar que la responsabilidad está acreditada, toda vez que, según el recurrente, el Ejército abandonó el terreno donde se había realizado el operativo, dejando el artefacto explosivo que causó las heridas al menor WALTER DAVID JIMENEZ JIMENEZ.

3. Problema jurídico

Del planteamiento esgrimido en el recurso de alzada, el problema jurídico a resolver es si ¿le es atribuible al Ejército Nacional el daño sufrido por el menor WALTER DAVID JIMENEZ JIMENEZ, al resultar lesionado por la explosión de una granada que encontró en un lugar en donde en días anteriores se había desarrollado un operativo militar?

---

[2] Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 9 de febrero de 2012, exp. 21060.

4. Hechos probados

Obran en el expediente los siguientes medios probatorios.

a) El registro civil de nacimiento del joven WALTHER DAVID JIMÉNEZ JIMÉNEZ, documento que acredita que éste es hijo de DARÍO DE JESÚS JIMÉNEZ GIRALDO (fl.22 c1) y de OLGA ROSA JIMÉNEZ GÓMEZ;

b) Los registros civiles de nacimiento de YURI ANDREA (fl.23 c.1) y MARIA JAZMÍN JIMÉNEZ JIMÉNEZ,(fl.24 c.1) que acreditan que estas personas tienen la condición de hermanas del menor lesionado.

c) Investigación previa adelantada por la Fiscalía Seccional de Antioquia con motivo de la muerte del menor Santiago Andres Zuluaga Soto y las lesiones recibidas por el joven Walther David Jiménez Jiménez, radicado bajo el No. I.P.2377. Esta investigación culminó con el envío de las diligencias al Juzgado de Instrucción Penal Militar (fls.43-62, c1). El Juzgado Veinticinco de Instrucción Penal Militar el 9 de abril de 2001, consideró que no se había individualizado la responsabilidad ni personal ni Institucional de la entidad, por lo tanto, no entrarían a investigar los hechos y devuelve a la Fiscalía la mencionada investigación (fls.64-65, c1). Por último, la Fiscalía General de la Nación mediante resolución interlocutoria No.122 resuelve suspender la investigación (fls.66-68, c1), en esta providencia se afirmó:

"*Los hechos acaecen el día siete de agosto de dos mil, cuando los menores SANTIAGO ANDRÉS ZULUAGA SOTTO (Occiso) y WALTER DAVID JIMENEZ, se desplazaban por el sector rural de la Vereda Bodeguitas, y accidentalmente se encontraron al parecer una granada, que de alguna manera es activada por uno de los menores, produciendo la consecuente explosión en la que pierde la vida en forma instantánea uno de los infantes y resulta con herida de consideración el segundo.*

Se tiene conocimiento de autos, el (sic) lugar de los hechos, precisamente una semana antes, fue escenario de cruentos combates entre el Ejército

Nacional y el Noveno Frente de las FARC en donde murieron seis subversivos.

En estas circunstancias y de acuerdo con los mismos autos, la lógica conclusión es de(sic) que la granada fue dejada en los enfrentamientos por alguno de los dos bandos, obviamente en forma involuntaria, pues siendo un elemento esencial o arma de combate idónea para la defensa y el ataque, ningún efectivo, ni menos subersivo la puede dejar a sabiendas de que es una arma valiosa en circunstancias de apremio".

d) Copia de la historia clínica No.292496 del joven Walther David Jiménez Jiménez enviada por el Hospital Pablo Tobón Uribe (fls.73-100, c1).

e) Oficios No.6390 y 6350 documentos en los que el Comandante del Grupo Mecanizado "Juan del Corral" informa que *"el día 28 de julio de 2000, hubo enfrentamientos de tropas del Batallón Granaderos contra integrantes de grupos subversivos en la vereda Bodeguitas del municipio de Santuario."* Adicionalmente, anexa copia del Insitop del día 28 de julio de 2000. (fls.105-108, c1).

f) Copia de la historia clínica No.1889 del joven Walther David Jiménez Jiménez enviada por la ESE Hospital San Juan de Dios (fls.138-152, c1).

g) Copia del caso táctico de la operación "San Jorge" realizada por las tropas del Batallón de Contraguerrillas No.4 "Granaderos" y el Grupo de Caballería Mecanizado No.4 "Juan del Corral" donde se hace una relación pormenorizada de las características del área de operaciones, las armas utilizadas (fl.176, c1), el entrenamiento, el desarrollo de la operación, el material recuperado (fl.192, c1), entre otros (fls. 171-197, C1).

h) Declaraciones de los señores Luis Cornelio Gómez Giraldo, Carlos Darío Gómez Giraldo y Blanca Esther Montes de Ramírez, vecinos de los demandantes que hacen un relato de cómo ocurrieron los hechos desde el operativo militar hasta el accidente con los menores (fls.156-168, c1).

Sobre la forma como ocurrió el accidente en que resultó herida la víctima, la señora Blanca Esther Montes de Ramírez en su declaración dio cuenta que con posterioridad a los hechos ocurridos en 7 de agosto de 2000 se han encontrado otros artefactos explosivos en la misma fínca, concretamente manifestó:

"*Sí encontraron pero al tiempo hace como un año y la encontró un niño mío y eso es como una bolita y un alambrito y ya(sic) le dijie al hijo mío que no volviera por allá porque encontraba cosas sin saber y el niño dejó eso allá y fui para conocerla y allá la dejamos y avisé a don Delio un vecino y no se que pasó con eso, el niño dijo que ya se había desaparecido de allá después de avisar pero no se quien la cogió*"

i) Radiograma de 29 de julio de 2000, en el cual se reporta el gasto de municiones utilizadas en la misión táctica "San Jorge" y se afirma que fueron utilizadas dos granadas de mano IM 26 sin que fallara alguna (fl.169, c1).

j) Radiograma de 28 de julio de 2000, en el cual se reporta el material incautado en la misión táctica "San Jorge" y se afirma que el grupo guerrillero se encontraba en posesión de 2 granadas de mano M26 y dos granadas de mano PRB423 (fl.170, c1).

Reseñadas las anteriores pruebas, se debe ahora determinar si las mismas acreditan cada uno de los elementos necesarios para declarar la responsabilidad de la entidad demandada; esto es, si existió el daño antijurídico y si éste es imputable al Ejército Nacional.

5. Presupuestos para la configuración de la responsabilidad extracontractual del Estado

Con la Carta Política de 1991 se produjo la "constitucionalización"[3] de la responsabilidad del Estado[4] y se erigió como garantía de los derechos e intereses de los administrados[5] y de su patrimonio[6], sin distinguir su condición, situación e interés[7]. De esta forma se reivindica el sustento doctrinal según el cual la "acción

---

[3] En precedente jurisprudencial constitucional se indica: "El Estado de Derecho se funda en dos grandes axiomas: El principio de legalidad y la responsabilidad patrimonial del Estado. La garantía de los derechos y libertades de los ciudadanos no se preserva solamente con la exigencia a las autoridades públicas que en sus actuaciones se sujeten a la ley sino que también es esencial que si el Estado en ejercicio de sus poderes de intervención causa un daño antijurídico o lesión lo repare íntegramente". Corte Constitucional, sentencia C-832 de 2001.

[4] La "responsabilidad patrimonial del Estado se presenta entonces como un mecanismo de protección de los administrados frente al aumento de la actividad del poder público, el cual puede ocasionar daños, que son resultado normal y legítimo de la propia actividad pública, al margen de cualquier conducta culposa o ilícita de las autoridades, por lo cual se requiere una mayor garantía jurídica a la órbita patrimonial de los particulares. Por ello el actual régimen constitucional establece entonces la obligación jurídica a cargo del estado de responder por los perjuicios antijurídicos que hayan sido cometidos por la acción u omisión de las autoridades públicas, lo cual implica que una vez causado el perjuicio antijurídico y éste sea imputable al Estado, se origina un traslado patrimonial del Estado al patrimonio de la víctima por medio del deber de indemnización". Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996. Postura que fue seguida en la sentencia C-892 de 2001, considerándose que el artículo 90 de la Carta Política "consagra también un régimen único de responsabilidad, a la manera de una cláusula general, que comprende todos los daños antijurídicos causados por las actuaciones y abstenciones de los entes públicos". Corte Constitucional, sentencia C-892 de 2001.

[5] Derechos e intereses que constitucional o sustancialmente reconocidos "son derechos de defensa del ciudadano frente al Estado". ALEXY, Robert. "Teoría del discurso y derechos constitucionales", en VASQUEZ, Rodolfo; ZIMMERLING, Ruth (Coords). Cátedra Ernesto Garzón Valdés. 1ª reimp. México, Fontamara, 2007, p.49.

[6] "La responsabilidad patrimonial del Estado en nuestro ordenamiento jurídico tiene como fundamento un principio de garantía integral del patrimonio de los ciudadanos". Corte Constitucional, sentencia C-832 de 2001.

[7] La "razón de ser de las autoridades públicas es defender a todos los ciudadanos y asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado. Omitir tales funciones entraña la responsabilidad institucional y la pérdida de legitimidad. El estado debe utilizar todos los medios disponibles para que el respeto de la vida y derechos sea real y no solo meramente formal". Sentencia de 26 de enero de 2006, Exp. AG-2001-213. En la doctrina puede verse STARCK, Boris. Essai d une théorie

administrativa se ejerce en interés de todos: si los daños que resultan de ella, para algunos, no fuesen reparados, éstos serían sacrificados por la colectividad, sin que nada pueda justificar tal discriminación; la indemnización restablece el equilibrio roto en detrimento de ellos"[8]. Como bien se sostiene en la doctrina:

> *"La responsabilidad de la Administración, en cambio, se articula como una garantía de los ciudadanos, pero no como una potestad[9]; los daños cubiertos por la responsabilidad administrativa no son deliberadamente causados por la Administración por exigencia del interés general, no aparecen como un medio necesario para la consecución del fin público"[10].*

5.1 Daño antijurídico

Según lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución, la cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado[11] tiene como fundamento la

---

general de la responsabilité civile considerée en sa doublé fonction de garantie et de peine privée. Paris, 1947.

[8] RIVERO, Jean. Derecho administrativo. 9ª ed. Caracas, Universidad Central de Venezuela, 1984, p.293. Puede verse también esta construcción doctrinal en: BERLIA. "Essai sur les fondements de la responsabilité en droit public francais", en Revue de Droit Public, 1951, p.685; BÉNOIT, F. "Le régimen et le fondement de la responsabilité de la puissance publique", en JurisClasseur Publique, 1954. T.I, V.178.

[9] "La responsabilidad, a diferencia de la expropiación, no representa un instrumento en manos de la Administración para satisfacer el interés general, una potestad más de las que ésta dispone al llevar a cabo su actividad, sino un mecanismo de garantía destinado a paliar, precisamente, las consecuencias negativas que pueda generar dicha actividad. La responsabilidad, por así decirlo, no constituye una herramienta de actuación de la Administración, sino de reacción, de reparación de los daños por ésta producidos". MIR PUIGPELAT, Oriol. La responsabilidad patrimonial de la administración. Hacia un nuevo sistema. 1ª ed. Madrid, Civitas, 2001, p.120.

[10] MIR PUIGPELAT, Oriol. La responsabilidad patrimonial de la administración. Hacia un nuevo sistema., ob., cit., pp.120-121.

[11] "3- Hasta la Constitución de 1991, no existía en la Constitución ni en la ley una cláusula general expresa sobre la responsabilidad patrimonial del Estado. Sin embargo, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y, en especial, del Consejo de Estado encontraron en diversas normas de la constitución derogada –en especial en el artículo 16- los fundamentos constitucionales de esa responsabilidad estatal y plantearon, en particular en el campo extracontractual, la existencia de diversos regímenes de responsabilidad, como la falla en el servicio, el régimen de riesgo o el de daño especial. Por el contrario, la actual Constitución reconoce expresamente la responsabilidad

determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y la imputación del mismo a la administración pública[12] tanto por la acción, como por la omisión de un deber normativo[13].

En relación con la naturaleza del daño antijurídico, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sostenido reiteradamente que "*ha de corresponder al juez determinar si el daño va más allá de lo que, normalmente y sin compensación alguna, debe soportar una persona por el hecho de vivir en una comunidad jurídicamente organizada y comportarse como un sujeto solidario"*[14]. En este sentido se ha señalado que *"en cada caso concreto deberá establecerse si el daño*

---

patrimonial del Estado". Corte Constitucional, sentencia C-864 de 2004. Puede verse también: Corte Constitucional, sentencia C-037 de 2003.

[12] Conforme a lo establecido en el artículo 90 de la Carta Política "los elementos indispensables para imputar la responsabilidad al estado son: a) el daño antijurídico y b) la imputabilidad del Estado". Sentencia de 21 de octubre de 1999, Exps.10948-11643. Es, pues "menester, que además de constatar la antijuridicidad del [daño], el juzgador elabore un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión; vale decir, 'la imputatio juris' además de la 'imputatio facti'". Sentencia de 13 de julio de 1993. En el precedente jurisprudencial constitucional se sostiene: "En efecto, el artículo de la Carta señala que para que el Estado deba responder, basta que exista un daño antijurídico que sea imputable a una autoridad pública. Por ello, como lo ha reiterado esta Corte, esta responsabilidad se configura "siempre y cuando: i) ocurra un daño antijurídico o lesión, ii) éste sea imputable a la acción u omisión de un ente público". Corte Constitucional, sentencias C-619 de 2002; C-918 de 2002.

[13] "Toda acción administrativa concreta, si quiere tenerse la certeza de que realmente se trata de una acción administrativa, deberá ser examinada desde el punto de vista de su relación con el orden jurídico. Sólo en la medida en que pueda ser referida a un precepto jurídico o, partiendo del precepto jurídico, se pueda derivar de él, se manifiesta esa acción como función jurídica, como aplicación del derecho y, debido a la circunstancia de que ese precepto jurídico tiene que ser aplicado por un órgano administrativo, se muestra como acción administrativa. Si una acción que pretende presentarse como acción administrativa no puede ser legitimada por un precepto jurídico que prevé semejante acción, no podrá ser comprendida como acción del Estado". MERKL, Adolfo. *Teoría general del derecho administrativo*. México, Edinal, 1975, pp.212 y 213.

[14] Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de 4 de diciembre de 2006. C.P. Mauricio Fajardo. Exp. 13168.

sufrido es de tal entidad que el afectado no está en la obligación de soportarlo, y resulta, en consecuencia, antijurídico"[15].

Ahora bien, a pesar de que el artículo 90 de la Constitución establece que el Estado "*responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables*", no existe en la legislación definición alguna del daño antijurídico. No obstante, la jurisprudencia nacional ha definido tal concepto como "*la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho*"[16], en otros términos, aquel que se produce a pesar de que "*el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación*"[17].

5.2 La imputación de responsabilidad por daños causados como consecuencia de operativos militares.

La jurisprudencia de la Corporación ha abordado la responsabilidad del Estado con ocasión de enfrentamientos armados, a partir de tres criterios de imputación, a saber: falla en el servicio, riesgo excepcional y el daño especial, según la determinación fáctica de cada caso y la atribución jurídica que proceda.

En efecto, la *falla del servicio*, que es el criterio de imputación principal para establecer la responsabilidad del Estado, tiene como presupuesto el reconocimiento de la existencia de mandatos de abstención –deberes negativos- como de acción –deberes positivos- a cargo del Estado; empero, para que se

---

[15] Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de 27 de septiembre de 2000. C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez. Exp. 11601.

[16] Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de 2 de marzo de 2000. C.P. Mará Elena Giraldo Gómez. Exp. 11945, entre otras. Cfr. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Aclaración de voto de Enrique Gil Botero de 30 de julio de 2008. Exp. 15726.

[17] Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencias de 11 de noviembre de 1999. C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez. Exp. 11499 y del 27 de enero de 2000. C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez. Exp. 10867, entre otras. *Cfr*. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Aclaración de voto de Enrique Gil Botero de 30 de julio de 2008. Exp. 15726.

genere responsabilidad con fundamento en ello es menester acreditar, a título de ejemplo, **i)** el incumplimiento o deficiente cumplimiento de deberes normativos, **ii)** la omisión o inactividad de la administración pública, o **iii)** el desconocimiento de la posición de garante institucional que pueda asumir la administración.

En lo que concierne al riesgo excepcional como criterio de imputación en los casos de daños antijurídicos causados en enfrentamientos armados, habrá lugar a la aplicación del mismo cuando el daño ocurre como consecuencia de la actividad legítima de la administración pública, que comporta un riesgo de naturaleza anormal, o que resulta excesivo bien sea porque incrementó aquel que es inherente o intrínseco a la actividad, o porque en el despliegue de la actividad se crean riesgos que en atención a su exposición e intensidad desbordan o excedan lo razonablemente asumible por el perjudicado.

En efecto, es claro que en el desarrollo de las actividades cotidianas del mundo moderno la sociedad se enfrenta a situaciones de riesgo que le son ineludibles, y dentro de tal contexto la administración pública, como lo indica Forsthoff "puede crear estas situaciones excepcionales de peligro a las que nadie puede sustraerse y en las que ninguna protección existe para el particular[18]", lo cual impone al Estado, por razón de justicia distributiva, la reparación de los daños causados[19]. Sobre este tema esta Corporación ha aplicado este criterio de imputación, en ciertas ocasiones, guiado por un argumento causal, como es que el ataque del grupo armado se haya dirigido en contra de un establecimiento del Estado[20].

Y por último, el otro criterio de imputación aplicable en casos en los que se discute la responsabilidad del Estado por enfrentamiento con grupos armados insurgentes es el de *daño especial,* que corresponde a un criterio de imputación en donde el desequilibrio de las cargas públicas, la equidad y la solidaridad son sus fundamentos[21], *"como materialización del reequilibrio ante una ruptura de la*

---

[18] FORSTHOFF, Ernst. Tratado de Derecho Administrativo. Instituto de Estudios Políticos. Madrid. 1958. Pág. 467.
[19] Ob cit. Pág. 467.
[20] "También ha determinado la Sala la imputabilidad al Estado por los daños sufridos por quienes son sometidos a la exposición a un riesgo de naturaleza excepcional, creado por la administración en cumplimiento del deber constitucional y legal de proteger a la comunidad en general. Para que el hecho violento del tercero pueda ser imputable al Estado, se requiere que éste haya sido dirigido contra un establecimiento"[20]. Sección Tercera, sentencia de 5 de diciembre de 2006. Radicado: 28459.
[21] "la teoría del daño especial, contando con el substrato de la equidad que debe inspirar toda decisión judicial, se vale de la igualdad para fundamentar las soluciones que buscan restablecer el equilibrio ante las cargas de la administración en situaciones concretas, objetivo que se alcanza gracias a la asunción del principio de

igualdad frente a las cargas públicas, fruto del perjuicio especial y anormal que debe soportar el administrado"[22].

Así, en cada caso, lo que debe examinarse es si por las condiciones que revista el daño antijurídico éste se puede considerar como un acentuado y singular desequilibrio anormal de las cargas públicas que deben ser asumidas por los administrados[23] entendiéndose como normal aquella carga que es ordinaria a la vida en sociedad.

Para el caso concreto de los enfrentamientos armados, no hay duda que se excede en lo normal la afectación que están obligados a soportar los miembros de la sociedad civil, cuando un menor de edad resulta lesionado por un artefacto explosivo que se ha quedado extraviado en el lugar donde se dio tal enfrentamiento.

Sobre la aplicación del daño especial cuando se presentan lesiones en civiles como consecuencia de enfrentamientos armados, la jurisprudencia de la Corporación ha reconocido su aplicación puesto que tales lesiones imponen "*una carga claramente desigual respecto de la que asumen comúnmente los ciudadanos como consecuencia del ejercicio del poder policía*"[24].

6. Análisis del caso concreto

6.1 El daño antijurídico en el caso concreto

En el presente asunto, para la Sala está debidamente acreditado el daño antijurídico, consistente en la incapacidad relativa permanente que sufrió el joven WALTER DAVID JIMENEZ JIMENEZ, como consecuencia de la explosión de

---

solidaridad como argumento de impulsión de la acción reparadora del Estado, como se observará al momento de considerar el caso concreto". Sección Tercera. Sentencia de 3 de mayo de 2007. Radicado: (16696)

[22] Sección Tercera, sentencia del 13 de diciembre de 2005. Expediente: 24671.

[23] Al respecto Michell Paillet, sostiene: *"Esta condición es la traducción obligada de la idea según la cual solo hay carga pública cuando el que reclama una compensación ha padecido una suerte más desfavorable que implican los inconvenientes normales de la vida en sociedad. Esta, en efecto, procura ciertas ventajas y sus posibles inconvenientes deben ponerse en la balanza: para que esta especie de balance sea desequilibrado es necesario que el perjuicio causado por la Administración Pública sea verdaderamente anormal y que no constituya "una carga que incumbe normalmente al interesado" (sentencia Couiteas, pret.)."* PAILLET, Michell. La Responsabilidad Administrativa. Universidad Externado, Bogotá, 2001. Pág. 220.

[24] Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 3 de mayo de 2007, Radicado (16.696)

artefacto explosivo. En efecto en el resumen de egreso de la historia clínica se lee:

> "*Diagnósticos definitivos: FRACTURA ABIERTA DE CUBITO*
> *Tto. Quirúrgico: Intervenciones quirúrgicas: Fijador externo. Injerto de piel"*
> *[…]*
> *"Motivo de consulta y enfermedad actual: Paciente quien manipulando una granada que se encontró le explotó, presentando traumatismo en MSD."*
> *[…]*
>
> *"Evolución y tratamiento: Se diagnostica una Avulsión y fractura Abierta de Antebrazo Derecho, se hospitaliza y se solicita evaluación por ortopedia. El paciente es llevado a cirugía el 08-08-00 para realizar lavado y debidamiento, curetaje Oseo, Afrontamiento. El paciente presenta buena evolución y se programa al día siguiente para lavado y fijador externo. No hay complicaciones durante la cirugía, se realiza colgajo de piel. El paciente presenta una evolución satisfactoria, pero persiste limitación para extensión completa de los dedos e imposibilidad para extensión de la muñeca…" (fl. 75 c.1).*

Sobre la forma como ocurrió el accidente obran las declaraciones de varios testigos así:

Luis Cornelio Gómez Giraldo dijo:

> *"El caso es este, un niño fue donde el papá de el(sic) niño Walter a que le prestara el caballo entonces se pudieron(sic) a montar en el caballo y dice que el otro menor se llamaba Santiago, se encontraron una granada y les dio curisosidad y la cojieron(sic) y el uno murió en el accidente que fue Santiago Ramirez y el otro quedó perforado en su mano derecha, a mi me tocó ayudarlo a subir al carro para venirme al hospital con él…" (fl. 156 c.1).*

Cuando a este mismo testigo se le pregunta si sabe cómo y por qué llegó la granada al potrero de la finca del Señor Darío de Jesus Jimenez, respondió:

> *"Esa granada debió haber llegado porque el ejército llegó a ese potrero a atacar una casa que según eso disque habían seis guerrilleros y ellos fueron a darle a la guerrilla y encendieron a plomo esa casa y la casa la destruyeron y acabaron con*

los guerrillos que habían allá, eso los volvieron nada y entonces seguro dejaron la granada ahí."(fl. 157 c.1).

Por su parte Carlos Darío Gómez Giraldo, sobre la forma como ocurrió el accidente en el que un niño falleció y el otro resultó herido, manifestó:

"Sí, ellos estaban montando a caballo por ahí en el potrero y entonces se explotó y el uno miró el otro quedó herido, explotó el artefacto, ellos lo recogieron al verlo tirado en el potrero, según las cosas fueron así, yo no ví, sentí la explosión, al haber explotado fue porque ellos lo recogieron…" (fl. 161 c.1)

Cuando a este testigo se le pregunta si sabe cuál de los menores encontró el artefacto, respondió:

"Sí, Santiago, inclusive él fue donde mi para que le prestara el caballo y como lo tenía ocupado se fue por el otro caballo de Dario Jimenez el papá de Walter y ahí fue el accidente, el otro hijo Walter dijo que el que la había encontrado había sido Santiago, a mi me dijo Walter porque yo llegué cuanto estaban saliendo con él herido" (fl. 162c.1).

6.2 La imputación del daño en el caso concreto

Determinada la existencia del daño antijurídico que fue padecido por la parte accionante, consistente en las lesiones que sufrió como consecuencia de la explosión de la granada, la Sala se ocupa ahora de determinar si éste le es imputable a la Nación – Ministerio de Defensa.

Al respecto, cabe señalar que las lesiones sufridas por WALTER JIMENEZ JIMENEZ, ocurrieron con posterioridad a un enfrentamiento armado entre el Ejército Nacional y miembros de un grupo insurgente, dentro de un operativo militar. La Sala debe precisar en este momento, que si bien en el caso *sub judice* se trata de lesiones sufridas con posterioridad al enfrentamiento, la citación de la jurisprudencia sigue siendo válida, puesto que las consideraciones hechas para la aplicación de la falla del servicio, el riesgo excepcional o el daño especial, en nada cambian cuando el daño se produce días después del enfrentamiento armado.

Estima la Sala que en el sub judice la responsabilidad le es atribuible al Estado por la Falla en el servicio que se concretó en la omisión de unos deberes normativos específicos. En efecto, en el caso concreto debe observarse lo establecido en el Derecho Internacional Humanitario, específicamente lo consagrado en el Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, "relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional"[25]; concretamente:

> ***"Artículo 57 - Precauciones en el ataque***
> *1. Las operaciones militares se realizarán con un cuidado constante de preservar a la población civil, a las personas civiles y a los bienes de carácter civil.*
> *2. Respecto a los ataques, se tomarán las siguientes precauciones:*
> *a) quienes preparen o decidan un ataque deberán:*
> *i) hacer todo lo que sea factible para verificar que los objetivos que se proyecta atacar no son personas civiles ni bienes de carácter civil, ni gozan de protección especial, sino que se trata de objetivos militares en el sentido del párrafo 2 del artículo 52 y que las disposiciones del presente Protocolo no prohíben atacarlos;*
> *ii) tomar todas las precauciones factibles en la elección de los medios y métodos de ataque para evitar o, al menos, reducir todo lo posible el número de muertos y de heridos que pudieran causar incidentalmente entre la población civil, así como los daños a los bienes de carácter civil;*
> *iii) abstenerse de decidir un ataque cuando sea de prever que causará incidentalmente muertos o heridos en la población civil, daños a bienes de carácter civil, o ambas cosas, que serían excesivos en relación con la ventaja militar concreta y directa prevista;*
> *b) un ataque será suspendido o anulado si se advierte que el objetivo no es militar o que goza de protección especial, o que es de prever que el ataque causará incidentalmente muertos o heridos entre la población civil, daños a bienes de carácter civil, o ambas cosas, que serían excesivos en relación con la ventaja militar concreta y directa prevista;*
> *c) se dará aviso con la debida antelación y por medios eficaces de cualquier ataque que pueda afectar a la población civil, salvo que las circunstancias lo impidan.*
> *3. Cuando se pueda elegir entre varios objetivos militares para obtener una ventaja militar equivalente, se optará por el objetivo cuyo ataque, según sea de prever, presente menos peligro para las personas civiles y los bienes de carácter civil.*
> *4. En las operaciones militares en el mar o en el aire, cada Parte en conflicto deberá adoptar, de conformidad con los derechos y deberes que le corresponden en virtud de las normas de derecho internacional aplicables en los conflictos*

[25] El cual fue ratificado por Colombia mediante la Ley 171 del 16 de diciembre de 1994 "*Por medio de la cual se aprueba el "PROTOCOLO ADICIONAL A LOS CONVENIOS DE GINEBRA DEL 12 DE AGOSTO DE 1949, RELATIVO A LA PROTECCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE LOS CONFLICTOS ARMADOS SIN CARÁCTER INTERNACIONAL (PROTOCOLO II)", hecho en Ginebra el 8 de Junio de 1977."*

armados, todas las precauciones razonables para evitar pérdidas de vidas en la población civil y daños a bienes de carácter civil.
5. Ninguna de las disposiciones de este artículo podrá interpretarse en el sentido de autorizar ataque alguno contra la población civil, las personas civiles o los bienes de carácter civil."

*"**Artículo 58 - Precauciones contra los efectos de los ataques***
Hasta donde sea factible, las Partes en conflicto:
a) se esforzarán, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 49 del IV Convenio, por alejar de la proximidad de objetivos militares a la población civil, las personas civiles y los bienes de carácter civil que se encuentren bajo su control;
b) evitarán situar objetivos militares en el interior o en las proximidades de zonas densamente pobladas;
c) tomarán las demás precauciones necesarias para proteger contra los peligros resultantes de operaciones militares a la población civil, las personas civiles y los bienes de carácter civil que se encuentren bajo su control." [Subrayado fuera de Texto]

De otra parte, también resulta aplicable la Convención de Ginebra sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse nocivas o de efectos indiscriminados, incorporada a la legislación nacional mediante la ley 469 del 1998. En efecto, en el Protocolo II de dicha convención se dispusieron prohibiciones o restricciones para el empleo de minas, armas trampa y otros artefactos. A efectos de lo que interesa en el *sub judice*, en el articulo 2º numeral 5º de dicho Protocolo se define lo que debe entenderse por "otros artefactos" así:

"Por "otros artefactos" se entiende las municiones y artefactos colocados manualmente, incluidos los artefactos explosivos improvisados, que estén concebidos para matar, herir o causar daños, y que sean accionados manualmente, por control remoto o de manera automática con efecto retardado."

Entre las obligaciones que se establecen en la mencionada Convención, resulta trascendente para el caso que aquí se resuelve la establecida en el articulo 10, del protocolo II, norma que dispone.

"ARTÍCULO 10. REMOCION DE CAMPOS DE MINAS, ZONAS MINADAS, MINAS, ARMAS TRAMPA Y OTROS ARTEFACTOS Y COOPERACION INTERNACIONAL.

1. *Sin demora alguna tras del cese de las hostilidades activas, se deberá limpiar, remover, destruir o mantener de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3º y en el párrafo 2º del artículo 5º del presente protocolo, todos los campos de minas, zonas minadas, minas, armas trampa y otros artefactos".*
2. *Incumbe a las Altas Partes Contratantes y a las partes en un conflicto esa responsabilidad respecto de los campos de minas, las zonas minadas, las minas, las armas trampa y otros artefactos que se encuentren en zonas que estén bajo su control".* [Subrayado fuera de texto].

Las normas que se acaban de transcribir le permiten a la Sala, sin dubitación alguna, concluir que el Ejército Nacional incurrió en la omisión de los deberes normativos dispuestos por estas Convenciones, toda vez que la granada que lesionó al menor WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ, coincide con la definición de "otros artefactos", y la misma fue encontrada en un territorio en el que días antes se había presentado un enfrentamiento armado, respecto del cual el Ejército había tomado pleno control.

Así las cosas, era obligación de las tropas del Ejército limpiar la zona dónde se había desarrollado el operativo, que ahora estaba bajo su absoluto control; como no se hizo de esa manera y el artefacto explosivo que fue abandonado lesionó al tantas veces mencionado menor, resulta imputable el daño sufrido por éste a la entidad demandada, sin que importe cuál de los dos grupos en conflicto haya dejado allí el artefacto explosivo, pues la normatividad impone la obligación de limpieza del área a la parte que tiene el control del territorio; y el acervo probatorio da cuenta que el Ejército Nacional se hizo al control de la zona después de que terminó el operativo militar.

Determinado que sí existió falla en el servicio, se debe analizar el otro argumento de la entidad demandada. En efecto, el apoderado de la parte pasiva, conjuntamente con la excepción que denominó ausencia de falla, alegó que el hecho era atribuible a un tercero en dos sentidos: el primero, por cuanto, según el apoderado del Ejército Nacional, la granada pertenecía a los miembros de la guerrilla; segundo, porque quién la hizo explotar fue el menor que acompañaba a WALTER DAVID JIMENEZ.

Para dilucidar la cuestión, la Sala examina enseguida los requisitos que el Consejo de Estado ha establecido para la prosperidad de la excepción denominada "hecho del tercero". Esta Corporación se ha manifestado en diversas ocasiones sobre esta figura, como una causa extraña que exonera de responsabilidad a la entidad demandada y para tal efecto ha determinado algunas exigencias, a saber:

> *"(i) Que sea la causa exclusiva del daño. Si tanto el tercero como la entidad estatal concurrieron en la producción del daño, el resultado no sería la*

exoneración de responsabilidad, sino la existencia de solidaridad de éstos frente al perjudicado, en los términos del artículo 2344 del Código Civil, lo cual le daría derecho al perjudicado para reclamar de cualquiera de los responsables la totalidad de la indemnización, aunque quien paga se subrogue en los derechos del afectado para pretender del otro responsable la devolución de lo que proporcionalmente le corresponda pagar, en la medida de su intervención[26]*.*

(ii) Que el hecho del tercero sea completamente ajeno al servicio, en el entendido de que ese tercero sea externo a la entidad, es decir, no se encuentre dentro de su esfera jurídica y, además, que la actuación de ese tercero no se encuentre de ninguna manera vinculada con el servicio, porque si el hecho del tercero ha sido provocado por una actuación u omisión de la entidad demandada, dicha actuación será la verdadera causa del daño y, por ende, el hecho del tercero no será ajeno al demandado[27]*.*

(iii) Que la actuación del tercero sea imprevisible e irresistible a la entidad; porque, de lo contrario, el daño le sería imputable a ésta a título de falla del servicio en el entendido de que la entidad teniendo el deber legal de hacerlo, no previno o resistió el suceso. Como lo advierte la doctrina, "sólo cuando el acontecimiento sobrevenido ha constituido un obstáculo insuperable para la ejecución de la obligación, deja la inejecución de comprometer la responsabilidad del deudor"[28]*.*

En relación con la imprevisibilidad, se señala que este elemento no se

---

[26] Ver Sentencia de 18 de mayo de 1992, exp. 2466. En sentencia de 22 de junio de 2001, exp. 13.233 dijo la Sala: "*El concurso de conductas eficientes en la producción de un daño*, provenientes de personas distintas a la *víctima directa,* genera obligación solidaria y, por lo tanto, el dañado puede exigir la obligación de indemnización a cualquiera de las personas que participaron en la producción del daño *(arts. 2.344 y 1568 Código Civil)*. Por consiguiente, cuando la conducta del tercero *no es única ni exclusiva* sino coparticipada en forma eficiente y adecuada con la del demandado (s), el afectado puede pedir la declaratoria de responsabilidad de uno o de todos los deudores solidarios *(art. 1571 ibídem)*. Esta es la situación por la cual *la coparticipación del tercero* no es constitutiva de exonerante de responsabilidad; para que la conducta del tercero fuera exonerante se requeriría su exclusividad y, además, que fuera determinante en la producción del daño".

[27] Sobre ese aspecto puede verse MAZEAUD Y TUNC. *Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y cuasidelictual.* Buenos Aires. Ediciones Jurídicas Europa-América, 1962. Tomo II Volumen II, pág. 237.

[28] Luis Josserand, *Derecho Civil*, Tomo II, Vol. I; Ed. Bosh y cia, Buenos Aires, 1950, pág. 341.

excluye la responsabilidad con la simple posibilidad vaga o abstracta de que el hecho pueda ocurrir, sino con la posibilidad concreta y real de que tal hecho pudiera ser previsto. Y en relación con la irresistibilidad, cabe señalar que ésta se vincula con juicios de carácter técnico y económico, es decir, que la valoración sobre la resistibilidad de los efectos del suceso involucra una valoración de los avances de la técnica, pero también de los recursos de que deba disponerse para conjurar los del daño.

Para que el hecho del tercero constituya causa extraña y excluya la responsabilidad de la entidad demandada no se requiere ni que aparezca plenamente identificado en el proceso ni que el tercero hubiere actuado con culpa, porque la relación causal es un aspecto de carácter objetivo. Lo determinante en todo caso es establecer que el hecho del tercero fue imprevisible e irresistible para la entidad demandada, y que su actuación no tuvo ningún vínculo con el servicio, amén de haber constituido la causa exclusiva del daño.[29]*"*

Aplicando los anteriores planteamientos al caso que ocupa la atención de la Sala, se observa que el apoderado de la entidad accionada considera que el hecho de un tercero se encuentra configurado bajo la óptica de que no se acreditó que la granada fuese propiedad del Ejército Nacional, y que por el contrario era de los miembros del grupo insurgente, circunstancia que pretende se tenga por probada con base en el documento denominado OPERACIÓN SAN JORGE CASO TACTICO NO. 0047 2000, suscrito por el Comandante del Grupo Mecanizado "Juan Del Corral", en el que se dejó consignado que a los guerrilleros abatidos se les habían incautado granadas de fragmentación y que de las granadas lanzadas por las tropas del ejército ninguna había resultado fallida.

Sobre el particular la Sala observa que el documento invocado puede probar que la guerrilla portaba granadas, pero no acredita que la que explotó y ocasionó las lesiones al menor JIMENEZ JIMENEZ hubiese sido abandonada allí por los miembros del grupo subversivo como le correspondía probar a la entidad demandada para que prosperara la excepción propuesta; como así no se hizo,

[29] Sección Tercera, sentencia de 13 de febrero de 2013, expediente 18148.

deberá declararse no probado el medio exceptivo.

Resta examinar el segundo sentido en el que, según el apoderado del Ministerio de Defensa Ejército Nacional, se configura el hecho del tercero; esto es, en que la explosión del artefacto se produjo por la manipulación que del mismo hizo el menor Santiago Andrés Zuluaga Soto.

Al respecto la Sala observa que no se cumple el primero de los requisitos, pues esta manipulación de la granada no fue la causa exclusiva de las lesiones sufridas por el menor, con ella concurrió el abandono del artefacto explosivo después del operativo militar. Dicha concurrencia, como se afirma en el precedente jurisprudencial citado, daría lugar a una responsabilidad solidaria entre la entidad demandada y este menor que accionó la granada; sin embargo, la responsabilidad solidaria genera el denominado litisconsorcio cuasinecesario, que le otorga la posibilidad a las víctimas del daño de demandar por la totalidad del mismo a uno de los agentes dañosos; en este caso los demandantes optaron por demandar de manera exclusiva al Ejército Nacional; y nada podrá declarar la Sala en relación con los herederos de ese tercero menor que accionó la granada y que falleció en el instante. Como corolario de todo lo anterior el daño antijurídico sufrido por los demandantes resulta atribuible de manera exclusiva al Ejército Nacional.

7. Perjuicios

7.1 Reconocimiento de los Perjuicios morales

La parte actora en el escrito de demanda solicitó 1000 salarios mínimos legales mensuales para cada una de las siguientes personas: Walther David Jiménez Jiménez,(lesionado), Darío de Jesús Jiménez Giraldo (padre), Olga Rosa Jiménez Gómez (madre), y Jury Andrea y María Jazmín Jiménez Jiménez (hermanas).

La reparación del daño moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

Respecto de estas personas, revisado el acervo probatorio, se encuentran los registros civiles de nacimiento de Walther David Jiménez Jiménez (Fl. 22 C.1), documento que acredita que los padres del lesionado son: Darío de Jesús Jiménez Giraldo y Olga Rosa Jiménez Gómez. De otra parte, también obran dentro del plenario, las copias auténticas de los registros civiles de nacimiento de Yuri Andrea Jiménez Jimenéz (fl. 23 c.1) y de María Jazmín Jiménez Jiménez (fl.24 c.1). Estos documentos prueban la condición de hermanas que estas personas tienen respecto del lesionado. Por cuanto las lesiones sufridas por una persona hacen presumir en sus parientes un grado de dolor y aflicción, observa la Sala que están dadas las condiciones para el reconocimiento de los perjuicios morales; se procede entonces a su tasación.

7.2 Tasación de los perjuicios Morales

A este respecto el precedente de la Sala indica[30] que debe utilizarse como referente en la liquidación del perjuicio moral, en los eventos de lesiones, la valoración de la gravedad o levedad de la lesión reportada por la víctima. Su manejo se ha dividido en seis (6) rangos:

GRAFICO No. 2 REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	SMLMV	**SMLMV**	**SMLMV**	**SMLMV**	**SMLMV**
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

[30] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp.31172.

Deberá verificarse la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, la que determinará el monto indemnizatorio en salarios mínimos. Para las víctimas indirectas se asignará un porcentaje de acuerdo con el nivel de relación en que éstas se hallen respecto del lesionado, conforme al cuadro.

La gravedad o levedad de la lesión y los correspondientes niveles se determinarán y motivarán de conformidad con lo probado en el proceso.

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes). Tendrán derecho al reconocimiento de 100 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 80 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 60 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 40 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 20 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 10 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva, propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). Obtendrán el 50% del valor adjudicado al lesionado o víctima directa, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se describe: tendrán derecho al reconocimiento de 50 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 40 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 30 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 20 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 10 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. Adquirirán el 35% de lo correspondiente a la víctima, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se indica: tendrán derecho al reconocimiento de 35 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 28 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 21 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 14 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 7 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 3,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. Se reconocerá el 25% de la indemnización tasada para el lesionado, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se señala: tendrán derecho al reconocimiento de 25 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 20 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 10 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 5 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 2,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). Se concederá el 15% del valor adjudicado al lesionado, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se presenta: tendrán derecho al reconocimiento de 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 12 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 9 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 6 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 3 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a

1,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%.

En el expediente obra un dictamen pericial practicado con base en un exámen fisico realizado a Walther David Jimenez Jimenez, suscrito por la médica María Constana Pérez Restrepo, en el que se consignó:

> *"Se dictamina una DEFORMIDAD PERMANENTE DEL ANTEBRAZO DERECHO Y MANO DERECHA (ORGANO DE LA PRENSION EN MIEMBRO DOMINANTE), lo cual le otorga una INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL entre el 5 y el 50% y un porcentaje de invalidez del 42.79%".*

Con esta evidencia y en aplicación del precedente jurisprudencial citado, se determina como indemnización para los demandantes las siguientes sumas de dinero:

INDEMNIZADO	SMLMV	EQUIVALENTE EN PESOS
Walther David Jiménez jiménez(Lesionado)	80	$51.548.000.oo
Olga Rosa Jiménez Gómez(Madre)	80	$51.548.000.oo
Darío de Jesús Jiménez Giraldo (Padre)	80	$51.548.000.oo
Jury Andrea Jiménez Jiménez (hermana)	40	$25.774.000.oo
María Jazmín Jiménez Jiménez (hermana)	40	$25.774.000.oo

7.3 Perjuicios materiales

El actor en el escrito de la demanda solicitó pagar a favor de Walther David Jiménez Jiménez, los perjuicios materiales que se le irrogaron con motivo de las lesiones padecidas.

Si bien no se encuentra acreditado el salario que devengaba el señor Walther David Jiménez Jimenéz, en aplicación del principio de equidad y atendiendo a las

reglas de la experiencia, se presume que toda persona laboralmente activa no puede devengar menos del salario mínimo.

Teniendo en cuenta el salario mínimo vigente en la época en que el lesionado cumplió 18 años, de $309.000.oo pesos, más un 25% por ciento (25%) de prestaciones sociales. $77.250; la suma a tener en cuenta será la de $386.250

Por lo tanto, se actualizará el valor del salario mínimo de la época en que el lesionado cumplió 18 años y estuvo apto para entrar a la vida laboral, diciembre de 2002; para así comparar éste con el actual salario mínimo y determinar cuál de los dos valores se acoge para efectos de la liquidación.

$$Ra = Rh\ (\$386.250,00) \quad \frac{\text{Índice final - diciembre /2014 (118,15)}}{\text{Índice inicial – diciembre/2002 (71,40)}} = \mathbf{\$639.151,78}$$

http://www.banrep.gov.co/es/ipc

Como el valor actualizado es inferior al valor del salario mínimo legal vigente, se tomará éste último ($644.350,oo) al cual se le adiciona un 25% ($161.087,5) por concepto de prestaciones sociales, obteniéndose como resultado el valor de **$805.437,5.** A esta cifra se le calcula el 42.79% que corresponde al porcentaje de incapacidad que se le diagnosticó al lesionado en el dictamen pericial que obran dentro del expediente (fl. 209 c.1). De esta forma se obtiene que la cifra para hacer el cálculo del lucro cesante será de **$ 344.646,7**

Según el registro civil de nacimiento aportado, el lesionado WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ, nació el 6 de diciembre de 1984, es decir, que estaría apto para entrar a la vida laboral a partir del 6 de diciembre de 2002. Así las cosas, la vida probable del lesionado, conforme a las proyecciones anuales de población por sexo y edad, previstas en la Resolución 0497 del 20 de mayo de 1997, eran de 57,82 años, esto es, 693,84 meses.

Teniendo en cuenta lo anterior, se concederá el lucro cesante desde la fecha en que el lesionado cumplió 18 años, hasta que se cumpla la vida probable.

7.3.1 Lucro cesante consolidado de WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ:

$$S = Ra \ \frac{(1 + i)^n - 1}{i}$$

- **El periodo consolidado** inicia desde la fecha en que la víctima adquirió la mayoría de edad (6 de diciembre de 2002) hasta la fecha de esta sentencia (Enero 28 de 2015) es decir 145,7 meses.
- Ra: $344.646,7

$$S = \$344.646,7 \ \frac{(1 + 0.004867)^{145,7} - 1}{0.004867} = \textbf{\$72.846.250,39}$$

Articulo 1617 del código civil

***"ARTICULO 1617. INDEMNIZACION POR MORA EN OBLIGACIONES DE DINERO**. Si la obligación es de pagar una cantidad de dinero, la indemnización de perjuicios por la mora está sujeta a las reglas siguientes:*
1a.) Se siguen debiendo los intereses convencionales, si se ha pactado un interés superior al legal, o empiezan a deberse los intereses legales, en el caso contrario; quedando, sin embargo, en su fuerza las disposiciones especiales que autoricen el cobro de los intereses corrientes en ciertos casos.
El interés legal se fija en seis por ciento anual.
2a.) El acreedor no tiene necesidad de justificar perjuicios cuando solo cobra intereses; basta el hecho del retardo.
3a.) Los intereses atrasados no producen interés.
4a.) La regla anterior se aplica a toda especie de rentas, cánones y pensiones periódicas."/
http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39535

6,00%	Efectiva anual
5,84%	Nominal
0,00486755	

Tasa efectiva anual &%
Tasa nominal (formula Excel
Dividido 12 meses = tasa (i)

7.3.2 Lucro cesante futuro para WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ

Se liquidará este periodo desde el día siguiente de la fecha de esta sentencia hasta la expectativa total de vida del señor Walther David Jiménez Jiménez.

- El señor Walther David Jiménez Jiménez nació el 6 de diciembre de 1984, para la época en que estuvo apto para entrar a la vida laboral, es decir, cuando tenía 18 años de edad, según las tablas de mortalidad proferidas por la entonces Superintendencia Bancaria, su expectativa de vida equivale a 57,82 años que en meses son 693,84
- Periodo futuro (n): 548,14 que se deriva de la resta entre los meses de la expectativa total de vida del señor Walther David Jiménez Jiménez (693,84 meses) y el periodo consolidado (145,7 meses)
- Ra: $344.646,7

$$S = Ra \ \frac{(1 + i)^n - 1}{i\,(1+i)^n}$$

$$S = \$344.646,7 \quad \frac{(1 + 0,004867)^{548,14} - 1}{0,004867\ (1+ 0,004867)^{548,14}} = \mathbf{\$65.866.288,94}$$

TOTAL LUCRO CESANTE : $ 138.712.539,33

7.4 Daño a la salud

En el libelo se deprecó, dentro de los perjuicios materiales, el denominado perjuicio fisiológico derivado de las lesiones sufridas; aunque en la pretensión no se indica en qué consiste tal perjuicio, dentro de los hechos de la demanda se

manifiesta que el lesionado no pudo volver a estudiar y que se encuentra traumatizado psicologicamente**.**

Al respecto la Sala estima oportuno precisar que**,** no obstante que en la demanda se pidió el reconocimiento del perjuicio, denominándolo "perjuicio fisiológico"; se entrará a estudiar esta pretensión habida cuenta de la pluralidad de los *nomina iura* que se utilizaron en el pasado para denotar el daño corporal. Sabido es que esta Corporación unificó esas distintas denominaciones en un único nomen iuris: "daño a la salud"; por tanto, no podría el recurrente ver negada su pretensión so pretexto la denominación del perjuicio ha cambiado.

En segundo lugar, se precisa que en el momento que se unificó la divergencia de nombres que habían utilizado, en el de daño a la salud se dispuso que:

> "….*el concepto de salud comprende diversas esferas de la persona, razón por la que no sólo está circunscrito a la interna, sino que comprende aspectos físicos y psíquicos, por lo que su evaluación será mucho más sencilla puesto que ante lesiones iguales corresponderá una indemnización idéntica*[31]*. Por lo tanto, no es posible desagregar o subdividir el daño a la salud o perjuicio fisiológico en diversas expresiones corporales o relacionales (v.gr. daño estético, daño sexual, daño relacional familiar, daño relacional social), pues este tipo o clase de perjuicio es posible tasarlo o evaluarlo, de forma más o menos objetiva, con base en el porcentaje de invalidez decretado por el médico legista.*
>
> *De allí que no sea procedente indemnizar de forma individual cada afectación corporal o social que se deriva del daño a la salud, como lo hizo el tribunal de primera instancia, sino que el daño a la salud se repara con base en dos componentes: i) uno objetivo determinado con base en el porcentaje de invalidez decretado y ii) uno subjetivo, que permitirá*

[31] "Este estado de cosas no sólo deja la sensación de desorden, sino que también crea desigualdades entre víctimas, cuyos intereses aparecen, en igual medida, dignos de protección; así pues, el problema de fondo es el de establecer los límites, que deben ser "límites razonables", determinados sí, en términos jurídicos." CORTÉS, Edgar Ob. Cit. Pág. 57.

incrementar en una determinada proporción el primer valor, de conformidad con las consecuencias particulares y específicas de cada persona lesionada[32]"

Este precedente fue reiterado recientemente en sentencia de unificación de 28 de agosto de 2014[33], en el cual se dispuso:

"*Frente a la liquidación del daño a la salud, la Sala reitera los lineamientos planteados en sentencia del 28 de agosto del año en curso, Rad. 31.170, MP. Enrique Gil Botero, en la que se unificó la jurisprudencia en relación a la tasación, en los siguientes términos:*

"De modo que, una vez desarrollado el panorama conceptual del daño a la salud, la Sala Plena de la Sección Tercera unifica su jurisprudencia en torno al contenido y alcance de este tipo de perjuicio inmaterial, en los términos que se desarrollan a continuación:

Para la reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en las sentencias de unificación del 14 de septiembre de 2011, exps. 19031 y 38222, proferidas por esta misma Sala, en el sentido de que la regla en materia indemnizatoria, es de 10 a 100 SMMLV, sin embargo en casos de extrema gravedad y excepcionales se podrá aumentar hasta 400 SMMLV, siempre que esté debidamente motivado.

Lo anterior, con empleo del arbitrio iudice, para lo cual se tendrá en cuenta la gravedad y naturaleza de la lesión padecida, para lo que se emplearán –a modo de parangón– los siguientes parámetros o baremos:

---

[32] Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031

[33] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de agosto de 2014, exp. 31172.

GRAVEDAD DE LA LESIÓN	***Víctima***
Igual o superior al 50%	*100 SMMLV*
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	*80 SMMLV*
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	*60 SMMLV*
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	*40 SMMLV*
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	*20 SMMLV*
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	*10 SMMLV*

".

Sin embargo, en casos excepcionales, cuando, conforme al acervo probatorio se encuentre probado que el daño a la salud se presenta en una mayor intensidad y gravedad, podrá otorgarse una indemnización mayor, la cual debe estar debidamente motivada y no podrá superar la cuantía equivalente a 400 SMLMV.

Así, el operador judicial debe tener en cuenta las siguientes variables conforme a lo que se encuentre probado en cada caso concreto:

- La pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente)
- La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental.
-La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano.
- La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.
- La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.

- Excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria.
- Las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado.
- Los factores sociales, culturales u ocupacionales.
- La edad.
- El sexo.
- Las que tengan relación con la afectación de bienes placenteros, lúdicos y agradables de la víctima.
- Las demás que se acrediten dentro del proceso."

En el *sub judice* se tiene, que el menor WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ, a sus 15 años de edad, sufrió deformaciones en su mano derecha que le acarrearon un porcentaje de invalidez del 42.79%

Teniendo en cuenta las variables enunciadas, en el caso concreto se encuentran demostradas las siguientes, las cuales se cuantificarán conforme a lo probado en el proceso de la siguiente manera:

Variable probada	**Valoración de acuerdo con las circunstancias y pruebas explicadas en la parte motiva**
Factores sociales	Existen declaraciones que ponen de presente que la deformidad en la mano derecha causó complejos al menor[34]. Se otorgan 25 SMLMV
La anomalía permanente del antebrazo y la mano	Lo cual le impide cumplir adecuadamente las funciones de prensión de esta mano que era su organo dominante[35].

[34] El testigo Luis Cornelio Gómez Giraldo, cuando se le pregunta sobre el comportamiento del lesionado, luego de ocurrido el incidente, responde:
"*él se sentía muy acomplejado y el pelao no hablaba, imagínese uno perder la mano así en esa forma*" (fl. 159 c.1)
En relación con este mismo aspecto, Carlos Darío Gómez Giraldo, en su declaración manifiesta:
" *No sentía Walter ganas de trabajar ni de estudiar, ya no hacía nada, ni trabajar, eso se tuvieron que ir de por acá a ver si en otra parte dejaba el complejo".*

[35] Así se consignó en el dictamen pericial que obra en el expediente y que se relacionó y transcribió parcialmente en el acápitae de pruebas.

derecha, que le genera una incapacidad permanente parcial del 42.79%	Se otorgan 80 SMLMV
Edad de la víctima	Al momento de los hechos, el menor WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ tenía 15 años de edad, por lo que deberá padecer el perjuicio durante largo tiempo[36]. Se otorgan 30 SMLMV
Total	135 SMLMV

Por tanto, la Sala reconocerá al actor por daño a la salud, la suma equivalente a 135 SMLMV, que en la fecha de esta providencia representan la suma de$86.987.250

6. Condena en costas

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, sólo hay lugar a la imposición de costas cuando alguna de las partes hubiere actuado temerariamente y como en este caso ninguna de aquellas actuó de esa forma, no se impondrán.

En mérito de lo expuesto, El Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA

Revóquese la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia el 12 de septiembre de 2005 y en su lugar se resuelve:

PRIMERO: Declárese a la NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL administrativamente responsable por los perjuicios causados a los

[36] De acuerdo al registro civil de nacimiento obrante a folio 22 del cuaderno 1.

demandantes, con ocasión de las lesiones sufridas por el señor WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ durante los hechos ocurridos el 7 de agosto de 2000.

SEGUNDO. Condénese a la NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL a pagar por perjuicios morales, las siguientes sumas de dinero a las personas que a continuación se indican:

INDEMNIZADO	SMLMV	EQUIVALENTE EN PESOS
Walther David Jiménez jiménez(Lesionado)	80	$51.548.000.oo
Olga Rosa Jiménez Gómez(Madre)	80	$51.548.000.oo
Darío de Jesús Jiménez Giraldo (Padre)	80	$51.548.000.oo
Jury Andrea Jiménez Jiménez (hermana)	40	$25.774.000.oo
María Jazmín Jiménez Jiménez (hermana)	40	$25.774.000.oo

TERCERO: Condénese a la NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL a pagar por concepto de **lucro cesante consolidado y futuro** a WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ la suma de CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS (**$ 138.712.539.33)**.

CUARTO. **Condénese** a la NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL a pagar por concepto de **Daño a la Salud** a WALTHER DAVID JIMENEZ JIMENEZ la suma equivalente a 135 salarios mínimos legales mensuales, que en el momento de este fallo corresponden a OCHENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS ($86.987.250).

QUINTO: Dése cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 176 y 177 del Código Contencioso Administrativo, para lo cual se expedirá copia de la sentencia de segunda instancia, conforme al artículo 115 del Código de Procedimiento Civil.

SEXTO: Sin condena en costas.

SEXTO: Devuélvase el expediente al Tribunal de origen una vez ejecutoriada la presente sentencia.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

OLGA MÉLIDA VALLE DE DE LA HOZ
Presidenta

JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA
Magistrado Ponente

JCGO

Radicacion Demandas

409

De: Radicacion Demandas <radicaciondemandas@abogadosomm.com>
Enviado el: viernes, 12 de marzo de 2021 3:08 p. m.
Para: 'gerencia.medilaser@gmail.com'; 'notjudicial@fiduprevisora.com.co'; 'notjudicialppl@fiduprevisora.com.co'; 'juridica@medisalud.com.co'; 'gerencia@hospitalregionalsogamoso.gov.co'; 'oscaralbertoochoa@hotmail.com'
Asunto: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA - NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL
Datos adjuntos: 10. AnexosVideo.mp4; DEMANDA REPARACIÓN DIRECTA - RODRIGUEZ SANDOVAL NARDA CECILIA Y OTROS - NOTIFICACION.pdf

Señor(es)

CLÍNICA MEDILASER S.A
FIDUPREVISORA S.A. - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A
UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD U.T
HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
DR. OSCAR ALBERTO OCHOA

Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTE(S): NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL

SERGIO MANZANO MACÍAS, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá (Cund), identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre y representación de la señora **NARDA CECILIA RODRIGUEZ SANDOVAL**, identificada con cédula de ciudadanía No. 24.230.342, en calidad de víctima directa; **BIBIANA ANDRÉA NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de Popayán (Cauca), identificada con la cédula de ciudadanía número 53.122.225, en calidad de hija de la víctima directa; **JHON ALAN NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.019.009.836, domiciliado en Bogotá (Cund), en calidad de hijo de la víctima directa; **MANUEL FERNANDO NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.019.036.564, domiciliado en Monterrey (Casan.)en calidad de hijo de la víctima directa; **HECTOR FABIÁN NOVOA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.121.944.741, domiciliado en Sogamoso (Boyacá) en calidad de hijo de la víctima directa, de condiciones civiles consignadas en el(los) **poder(es) adjunto(s)** al presente escrito, con todo respeto me dirijo a ustedes, en ejercicio de la **Acción de Reparación Directa** consagrada en el artículo 140 de la Ley 1437 del 2011.

Por favor no responda este correo, este email solamente es para la radicación de demandas. Comuniquese con nosotros al email contacto@abogadosomm.com

Cordialmente,

Organización Manzano & Manzano Ltda. Abogados O.M.M.

ABOGADOS ORGANIZACIÓN MANZANO & MANZANO LTDA.
ABOGADOS O.M.M. – LTDA.
Calle 19 No. 3 – 10, Oficina 401
Edificio Barichara, Torre B
Tel: (+57) 1 3423150 – 3423150 – 2827294
Celular Corporativo: (+57) 3102985930
Sitio Web: www.abogadosomm.com
E-mail: contacto@abogadosomm.com