



RAD 2017-00094-00(599-12) / ENTREGA DE DICTAMEN PERICIAL

Desde C&C Corporacion <contacto@cyccorporacion.com>

Fecha Mar 14/01/2025 12:11 AM

Para Juzgado 02 Civil Circuito - Valle del Cauca - Buenaventura <j02ccbuenaventura@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivo adjunto (19 MB)

DICTAMEN_FINAL_ELIANA RENTERIA.pdf;

DOCTOR:

LUIS ANTONIO BALCERO ESCOBAR

Juez del Juzgado Segundo Civil Del Circuito De Buenaventura (Valle Del Cauca)

Cordial saludo,

Dando alcance al asunto nos permitimos compartirles el dictamen pericial del caso con radicado 2017-00094, el cual fue rendido por especialista en GINECOOBSTETRICIA en concordancia con el requerimiento realizado por su señoría.

Quedamos atentos a cualquier duda, inquietud o comentario al respecto.

FAVOR ACUSAR RECIBO DE ESTE CORREO.

Entendiéndose este acto, como el cumplimiento de nuestros compromisos.

Cordialmente

Edacsil Narváez

Asistente Administrativo

--

C&C Corporación

(+57) (2) 4050160 – 3153745039
Calle 1C #61-05, Pampa Linda
Santiago de Cali,
Valle del Cauca – Colombia



C&C Corporación

www.cyccorporacion.com

Aviso Legal: Este mensaje y sus archivos adjuntos van dirigidos exclusivamente a su destinatario, pudiendo contener información confidencial. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, por la cual se dictan disposiciones generales para la Protección de Datos Personales, el titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, siendo tratados con la finalidad gestionar su solicitud y en base a la política de tratamiento que puede ejercer los derechos de consulta y reclamo sobre sus datos mediante escrito, en caso de que no desee seguir recibiendo este tipo de información notifique inmediatamente reenviando su solicitud a la dirección electrónica del remitente y será retirado de nuestra base de datos. No está permitida su reproducción o distribución sin la autorización expresa. Si usted no es el destinatario final por favor elimínelo y comuníquenos por esta vía. Gracias.

DICTAMEN PERICIAL

RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-12-04-0204

JUZGADO: JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA

RADICADO: 2017-00094-00

DEMANDANTES: ELIANA RENTERÍA VALLECILLA; JHON RENTERÍA Y OTROS

DEMANDADOS: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS – EPS; CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA; COMFANDI IPS y OTROS

NOMBRE DEL PACIENTE: ELIANA RENTERÍA VALLECILLA

CEDULA DE CIUDADANIA: 1.006.188.606

EDAD: 25 años (según historia clínica)



C&C Corporación

NIT 900.973.844-9

ESPECIALIDAD GINECOOBSTETRICIA



C&C Corporación

Santiago de Cali, 31 de diciembre de 2024

ASUNTO: ENTREGA DE DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-12-04-0204
JUZGADO: JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA
RADICADO: 2017-00094-00
DEMANDANTES: ELIANA RENTERÍA VALLECILLA; JHON RENTERÍA Y OTROS
DEMANDADOS: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS - EPS
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA
COMFANDI IPS y OTROS
NOMBRE DEL PACIENTE: ELIANA RENTERÍA VALLECILLA
CEDULA DE CIUDADANIA: 1.006.188.606
EDAD: 25 años (según historia clínica)
ESPECIALIDAD: GINECO OBSTETRICIA

Respetado Señor Juez

De manera atenta hacemos entrega del Dictamen Médico Pericial en el proceso en referencia. Dicho Dictamen es rendido por el Doctor RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ, Médico Especialista **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**, a través de C&C CORPORACIÓN

Para lo cual me permito allegar la siguiente documentación:

1. Copia del dictamen pericial (67 folios)
2. Copia de la Historia clínica aportada para la realización de la prueba pericial (81 folios)
3. Oficio con la relación adjunta de los peritajes rendidos por el Doctor RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ (01 folios)
4. Hoja de vida en 08 folios

Atentamente,


EDACSIŁ NARVAEZ
ASISTENTE ADMINISTRATIVO



C&C Corporación

Santiago de Cali, 31 de diciembre de 2024

ASUNTO: ENTREGA DE DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

RADICADO INTERNO DE C&C:	2024-12-04-0204
JUZGADO:	JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA
RADICADO:	2017-00094-00
DEMANDANTES:	ELIANA RENTERÍA VALLECILLA; JHON RENTERÍA Y OTROS
DEMANDADOS:	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS - EPS CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA COMFANDI IPS y OTROS
NOMBRE DEL PACIENTE:	ELIANA RENTERÍA VALLECILLA
CEDULA DE CIUDADANIA:	1.006.188.606
EDAD:	25 años (según historia clínica)
ESPECIALIDAD:	GINECO OBSTETRICIA

Respetado Señor Juez:

De manera atenta rindo informe de los peritajes realizados a través de **C&C CORPORACIÓN**.
PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

- Médico Cirujano, egresado de la Universidad del Valle en el año 1983.
- Especialista en Ginecología y Obstetricia, egresado de la Universidad de Caldas en el año 1988.

De acuerdo al Código General del Proceso en su Artículo 226:

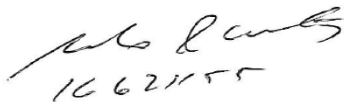
- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elabora.
- Anexo Hoja de Vida y los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de proceso en los que he participado como perito se anexa a este oficio
- Declaro que los métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que se emplean para la rendición de dictámenes periciales a través de C&C CORPORACIÓN.



C&C Corporación

- Declaro que los métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente es la elaboración de dictámenes periciales.
- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la Historia Clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al Paciente: **ELIANA RENTERÍA VALLECILLA**

Atentamente,



16621155

RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ

Especialista En Ginecología y obstetricia

RM 4088/85



C&C Corporación

Santiago de Cali, 31 de diciembre de 2024

ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOOBSTETRICIA

RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-12-04-0204
JUZGADO: JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA
RADICADO: 2017-00094-00
DEMANDANTES: ELIANA RENTERÍA VALLECILLA; JHON RENTERÍA Y OTROS
DEMANDADOS: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS - EPS
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA
COMFANDI IPS y OTROS
NOMBRE DEL PACIENTE: ELIANA RENTERÍA VALLECILLA
CEDULA DE CIUDADANIA: 1.006.188.606
EDAD: 25 años (según historia clínica)

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN RINDE EL PERITAJE (de conformidad al numeral 1 del artículo 226 CGP)

Yo, RICARDO JOSÉ MARTÍNEZ MARTÍNEZ, identificado con cédula de ciudadanía N° 16.621.155, Tarjeta profesional de médico 4088-85.

Soy médico cirujano egresado de la Universidad del Valle en el año 1983, especialista en egresado de la Universidad de Caldas en el año 1988. Actualmente tengo más de 30 años de experiencia profesional como médico Ginecólogo - Obstetra.

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

1. Actúo con completa autonomía e independencia profesional, de manera tal que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional sobre la materia de la experticia.
2. El dictamen fue elaborado directamente por este servidor.
3. Los exámenes, métodos, y parámetros de análisis utilizados para evaluar el caso y soportar mi opinión profesional para el dictamen, corresponden a los que utilizo de manera sistemática y usual para el ejercicio de mi profesión.

Cabrera & Cerón Corporacion
NIT.: 900.973.844-9
Santiago de Cali, Valle del Cauca-Colombia
www.cyccorporacion.com
contacto@cyccorporacion.com
57(2) 4050160 – 3153745039

PERITO: DR. RICARDO MARTINEZ
ESPECIALIDAD: GINECO OBSTETRICIA
RADICADO INTERNO DE C&C: 2024-12-04-0204
RADICADO: 2017-00094-00

FOLIO

4

4. He sido designado como perito para la Corporación C&C.
5. No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 del CGP.
6. Acompaño a la presente, copia de los documentos que acreditan mi idoneidad sobre la materia objeto del dictamen.

FUNDAMENTO: efectúo el presente concepto médico especializado con base en la copia de la historia clínica de la paciente ELIANA RENTERIA VALLECILLA cubre su atención médica desde que fue admitida en el HOSPITAL SANTA SOFIA DE BUENAVENTURA el día 02 de JUNIO del 2014 hasta su egreso el 27 de junio de 2014.

CUESTIONARIO PRESENTADO

1. Explique ampliamente si la atención brindada a la señora Eliana el 02 de junio del 2014 al medio día cuando reingresó a urgencias de la Clínica Santa Sofia estuvo ajustada a la Lex Artis y a la normatividad en salud vigentes para el momento, con respecto a la clasificación del riesgo, la atención obstétrica inicial, el diagnóstico realizado, los registros médicos consignados en la HC y demás actuaciones previas a la cesaria.

Una vez revisada la información aportada y en relación a las evoluciones del 02 de junio de 2014, es menester manifestar que esta información es muy escasa. Dentro de esa documentación, hay una evolución en la cual describen que la paciente presentaba una dilatación 4-5 con un monitoreo reactivo. No se describe la hora. Posteriormente aparece otra nota, al parecer a las 16:14 horas, donde describen óbito fetal y una cesárea realizada a las 18:17 horas, donde describen el abruptio de placenta. Reitero, dentro del documento al que tuve acceso, la información es escasa.

El abruptio o desprendimiento abrupto de placenta (abruptio placentae) es una complicación poco frecuente, pero grave, del embarazo. La placenta se desarrolla en el útero durante el embarazo. Se adhiere a la pared del útero y suministra al bebé nutrientes y oxígeno. **El desprendimiento de placenta con frecuencia aparece de manera repentina, y puede causar problemas que pueden ser mortales tanto para la madre como para el bebé.**

El desprendimiento de placenta puede ser una emergencia obstétrica, su diagnóstico es clínico y a veces ecográfico. El tratamiento consiste en el parto inmediato en caso de que exista inestabilidad materna o fetal o un embarazo cercano al término.

En conclusión, dentro de la información aportada para la elaboración de esta prueba pericial, al parecer en la primera consulta del 02/06/2014 no hubo ninguna alteración para tener en cuenta, así como tampoco una evolución prequirúrgica, solo lo que está en el reporte de la nota quirúrgica. Seguramente por la premura se obvió la nota y nunca la hicieron. Es importante recalcar a la institución la importancia de realizar todas las notas completas teniendo en cuenta la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

2. **Explique si de la lectura y análisis de los hallazgos registrados en la HC en la nota quirúrgica de cesárea se puede concluir si la neonata presentó sufrimiento fetal, si llevaba varias horas fallecida al momento de la extracción del útero y si efectivamente se presentó un desprendimiento de placenta o no y su tamaño.**

Al parecer, por las notas revisadas en la primera valoración de la paciente se describe un monitoreo fetal reactivo. En la nota de la tarde ya se describe fetocardia negativa, tampoco encuentro registrado si había hipertensión uterina por el abrupcio, esta situación solo esta descrita en el acto quirúrgico.

El abrupcio produce una hipertensión uterina severa, la cual lleva a suspender el flujo sanguíneo a la placenta y el feto, esto es un cuadro súbito y nunca se puede predecir. En un cuadro de abrupcio placentario no se alcanza a percibir el sufrimiento fetal (estrés fetal) porque el cuadro es súbito y muchas veces catastrófico, con la poca información de la historia clínica solo se puede decir que en la primera evolución del 2 de junio del 2014 había un feto vivo y sin signos de sufrimiento fetal, sin embargo, posteriormente, según la nota del informe quirúrgico presentaba un abrupcio del 10%. Es imposible saber exactamente la hora del deceso, pero debió ser posterior a la primera consulta.

3. **Explique si de la lectura y análisis de las notas consignadas en la HC entre el reingreso de la señora Eliana el 05 de junio del 2014 hasta el 14 de junio del 2014 se puede concluir si las atenciones médicas realizadas por el servicio de ginecología que la atendió se ajustaron a la Lex Artis y a la normatividad en salud vigentes para el momento o se presentaron anomalías en la atención (diagnóstico, tratamiento, oportunidad etc.).**

La información aportada en el reporte es muy escasa, aparece una epicrisis con una fecha de reingreso el 5 de junio de 2014 donde describen en forma muy escueta, la evolución de su complicación post quirúrgica del sitio operatorio y las conductas tomadas, que van desde el manejo local y sistémico de la infección del sitio quirúrgico hasta la complicación mayor que los lleva a realizar la laparotomía exploratoria.

Por la información de la evolución no puedo concluir si el manejo fue totalmente acertado, sin embargo, todas estas complicaciones hasta terminar en una pan metritis, están descritas como una complicación posible, además las complicaciones a cirugías están asociadas a múltiples factores que van desde la nutrición del paciente hasta el manejo del sitio quirúrgico, infecciones previas a la cirugía no detectados por la condición de la urgencia del procedimiento y en este caso es muy difícil hablar de prevención del cuadro infeccioso.

4. **¿En un caso hipotético de que al momento en que la señora Eliana reingreso (12:44) a urgencias de la clínica Santa Sofia se hubiera clasificado de inmediato como prioritaria, y se le hubiese realizado una ecografía fetal de urgencia, sería posible que la bebe hubiera sobrevivido, teniendo en cuenta los hallazgos en nota quirúrgica de la cesárea y el hecho**



C&C Corporación

de que unas horas antes del reingreso le habían realizado una ecografía fetal no estrés que estaba normal?

Según la información escasa, en la evolución de la nota inicial, describen un monitoreo fetal reactivo. En la nota posterior de la cesárea realizada en la tarde ya se describe el abruptio, cuadro que como dije anteriormente, no se puede predecir ni existe un examen que lo detecte con horas de anticipación.

El dolor pélvico que refieren las pacientes gestantes es muy frecuente y el manejo tiene varias opciones de acuerdo con lo que se encuentra en cada caso, pero el abruptio es un cuadro muy agudo y su diagnóstico es clínico por ser la hipertonia uterina. Si la paciente hubiera sido atendida por un especialista la primera vez en su ingreso, seguramente no tendría el cuadro del abruptio.

- 5. Teniendo en cuenta lo registrado en la HC, explique si la decisión medica tomada el 05 de junio del 2014 con respecto a retirar los puntos de sutura de la señora Eliana y empezar a realizar curaciones de la herida con vinagre, decisión que se mantuvo hasta el 12 de junio de 2014 fue acertada o se debió realizar una revisión y lavado quirúrgico durante ese tiempo.**

Al parecer, porque la información es escasa, la complicación de la infección del sitio operatorio fue lo primero que apareció. Seguramente ya tenía un absceso en la herida quirúrgica y el manejo es abrirle retirando los puntos para hacer limpieza local y sistémico con antibióticos. El realizar un lavado quirúrgico en esa fase de la evolución de la paciente se hace, si hay una condición clínica que así lo amerite. Por ejemplo, indicios de una infección intraabdominal ya sea por el cuadro clínico que la paciente presente como deterioro de su condición medica o parámetros hemodinámicos que así lo indiquen.

Las curaciones con vinagre se han utilizado desde hace mucho tiempo, así como curaciones con panela y la más utilizada es con solución salina, estos manejos se hacen en nuestros hospitales desde hace muchos años y es una práctica más de la experiencia de cada centro medico

- 6. Teniendo en cuenta que en las notas de la HC de la señora Eliana, consignadas el 10 de junio del 2014, quedo registrado que le realizaron una ecografía total de abdomen que mostraba una colección subfacial adherida a útero y que la señora estaba hospitalizada desde el 05 de junio con un diagnóstico de infección de sitio operatorio (herida abierta y curaciones con vinagre) considera usted que la decisión medica de llevarla a cirugía (lavado abdominal) el 13 de junio del 2014, sin cambiar el tratamiento antibiótico fue ajustada a la lex artis de ese momento o debió ser llevada a cirugía de urgencias antes de esa fecha y/o haber cambiado el tratamiento antibiótico.**

Con el examen de la ecografía del 10 de junio de 2014, ya se hablaba de una colección subfacial adherida al útero. No tengo criterios clínicos porque la información de las evoluciones no me los



C&C Corporación

da para saber la evolución de la paciente. Sin embargo, esa colección se debió haber tenido en cuenta, dado que el cuadro clínico de la paciente ya tenía un absceso en la herida quirúrgica.

El cambio de antibióticos teniendo ya la paciente esas colecciones subfaciales y abdominales, es una situación que se debe hacer, pero posterior a la cirugía, porque el cambio de antibióticos no te va a garantizar la mejoría de un absceso si este no es drenado o eliminado. La fecha de la laparotomía realizada el 13 de junio del 2014, me queda muy difícil saber si fue una decisión tardía, porque no hay mucha información sobre el estado clínico de la paciente.

7. **Con base en todo lo consignado en la HC de la señora Eliana en el periodo comprendido entre el 05 de junio y el 14 de junio del 2014 es posible determinar si un cambio de terapia antibiótica, y una(s) cirugía(s) de lavado de cavidad oportunos (antes del 13 de junio), hubieran prevenido el útero de la señora Eliana se infectará y por lo tanto la extracción de este, cuando hubiera sido prudente operarla de ser así.**

El cambio de antibióticos no necesariamente va a cambiar la evolución de un cuadro infeccioso porque seguramente para este caso la infección uterina venia de la mano con la infección de la herida quirúrgica y este proceso seguramente se demoró más en manifestarse. Si llevan a la paciente a una cirugía días antes del 13 de junio del 2014, posiblemente ya hubiera mostrado un útero comprometido con su cuadro infeccioso, y los lavados intraoperatorios seguramente no hubieran cambiado la evolución de la infección uterina.

Aparentemente la paciente estuvo con manejo antibiótico desde el principio para la infección del sitio operatorio, pero esto no quiere decir que una paciente se deba llevar a lavado de cavidad pélvica por que la infección se inicia en el útero y después se extiende a la cavidad pélvica, y vuelvo a repetir que el hallazgo del útero infiltrado por la infección seguramente fue en el acto operatorio.

8. **Teniendo en cuenta la información disponible para los médicos tratantes de la señora Eliana el 13 de junio del 2014, era posible para ellos contemplar la posibilidad de complicaciones tales como la necesidad de una histerectomía por gran compromiso infeccioso del útero y por esta causa se debió explicar o no esta posible complicación a la paciente y hacerle firmar un consentimiento informado previo a la cirugía.**

La histerectomía que se le realizó a la paciente seguramente fue un hallazgo intraoperatorio que se encontraron los cirujanos con un útero totalmente comprometido con la infección, sería muy difícil elucubrar sobre decisiones tomadas intraoperatoria mente. Quizá los cirujanos no pensaron que el útero se iba a encontrar en esas condiciones tan complicadas y ya no es el momento de esperar un consentimiento informado con la paciente ya abierta y es obligación del cirujano realizar el procedimiento que tenga que hacer para preservar la vida del paciente.

ANALISIS TECNICO:

Este caso trata de una paciente de 25 años de edad, con buen estado de salud, quien se encontraba en su último trimestre de embarazo bien controlado, pues en los controles prenatales no tiene, al parecer, ninguna alteración y se desarrolló dentro de un control prenatal sin complicaciones.

De acuerdo con la historia clínica aportada para el estudio, la paciente ingresa el 2 de junio del 2014 para valoración por tener fecha de parto cumplida, le realizan un monitoreo fetal el cual reportan como normal y le dan egreso. Vuelve en la tarde de ese mismo día, le colocan un Doppler y reportan óbito fetal pero tampoco está descrito si tenía hipertensión uterina que es la manifestación del abrupcio.

Le realizan una cesárea encontrando el feto muerto y un abrupcio de placenta (desprendimiento de placenta) le dan salida a los dos días al parecer por un postoperatorio adecuado y regresa a los dos días con infección en la herida quirúrgica.

El abrupcio fue el que causó la muerte fetal, pero esto es un cuadro que no se puede predecir ni prevenir. La infección postquirúrgica de la incisión en la piel y la infección uterina, están descrito como una probabilidad de una post cesárea teniendo en cuenta que estas cirugías son contaminadas per-sé.

Conclusiones: Con la información recibida se describe un caso con una evolución tórpida con inicio de una paciente que llega inicialmente a urgencias con unas condiciones aparentemente estables con monitoreo fetal reactivo, y varias horas después ingresa con un óbito fetal. Se realiza cesárea de urgencia encontrándose un abrupcio de placenta y el feto muerto. Se da salida a los 2 días con evolución aparentemente normal para la paciente. Reingresa el 5 de junio del 2014 con una infección en el sitio operatorio manejada en forma local y sistémica con antibióticos. Posteriormente y aparentemente hay un deterioro de la paciente lo que obliga al personal médico llevarla a cirugía y en el acto quirúrgico le realizan la histerectomía por una pan metritis.

Este es un cuadro infortunado de una paciente que es llevada a una cesárea pero que estadísticamente se sabe que las infecciones uterinas son más frecuentes en este acto quirúrgico, infecciones que normalmente evolucionan satisfactoriamente, pero en este caso la evolución fue hacia el deterioro de la paciente.

SOPORTE BIBLIOGRAFICO:

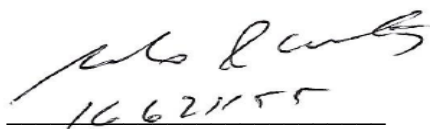
1. Roxana de la Vega. Infecciones Gineco obstétricas en cirugía. Cuadernos, Volumen 43 N° 1, 1997, pagina 37-40.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/189554/infecciones-gineco-obstetricas-en-cirugia-37-40.pdf#:~:text=Las%20infecciones%20obstétricas%20postquirúrgicas%20están,las%20características%20de%20la%20técnica>



C&C Corporación

2. Gómez Carvajal, A. M. (2022). Enfoque del óbito fetal: ¿Cómo evitar la recurrencia? *Curso De Actualización En Ginecología Y Obstetricia*, 26, 99–105. Recuperado a partir de https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/346818
3. Aguiar da Cruz, Lidiane, Vieira Freitas, Lydia, Moura Barbosa, Régia Christina, De Souza Gomes, Linicarla Fabiole, & Teixeira Vasconcelos, Camila Moreira. (2013). Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza. *Enfermería Global*, 12(29), 105-117. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100005
4. Vicente José Diago Almela, Alfredo Perales Puchalt, Marta C. Cohen, Alfredo Perales Marín. *Muerte Fetal Tardía*. Libro blanco de la muerte súbita infantil, 3era edición, pagina 29-36. www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf
5. Mayo Clinic. Desprendimiento de placenta. Feb 25, 2022. Escrito por el personal de Mayo Clinic <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>
6. Desprendimiento placentario. Por [Antonette T. Dulay](#), MD, Main Line Health System. Revisado/Modificado mar 2024 <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/desprendimiento-placentario>
7. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Histerectomía. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm>
8. Resolución 1995 de 1999, Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

Atentamente,



16621155

RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ

C.C.: 16.621.155 de Cali

Especialista En Ginecología y obstetricia

RM 4088/85

Fecha: Santiago de Cali, 31 de diciembre de 2024



C&C Corporación

ANEXOS

Roxana de la Vega. Infecciones Gineco obstétricas en cirugía. Cuadernos, Volumen 43 N° 1, 1997, pagina 37-40.	04 folios
Gómez Carvajal, A. M. (2022). Enfoque del óbito fetal: ¿Cómo evitar la recurrencia? <i>Curso De Actualización En Ginecología Y Obstetricia</i> , 26, 99–105.	07 folios
Aguiar da Cruz, Lidiane, Vieira Freitas, Lydia, Moura Barbosa, Régia Christina, De Souza Gomes, Linicarla Fabiole, & Teixeira Vasconcelos, Camila Moreira. (2013). Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza. <i>Enfermería Global</i> , 12(29), 105-117.	13 folios
Vicente José Diago Almela, Alfredo Perales Puchalt, Marta C. Cohen, Alfredo Perales Marín. <i>Muerte Fetal Tardía</i> . Libro blanco de la muerte súbita infantil, 3era edición, pagina 29-36	11 folios
Mayo Clinic. Desprendimiento de placenta. Feb 25, 2022. Escrito por el personal de Mayo Clinic	05 folios
Desprendimiento placentario. Por Antonette T. Dulay , MD, Main Line Health System. Revisado/Modificado mar 2024	04 folios
MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Histerectomía.	05 folios
Resolución 1995 de 1999, Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica	07 folios
HISTORIA CLINICA APORTADA PARA ESTUDIO	81 folios
Relación de peritajes emitidos por el Dr. Ricardo José Martínez	01 folios
Hoja de Vida del Dr. Ricardo José Martínez	08 folios



C&C Corporación

NIT. 900.973.844-9

NOMBRE DEL PERITO: RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ
ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
C.C. 16621155
T/P. RM : 4088/85

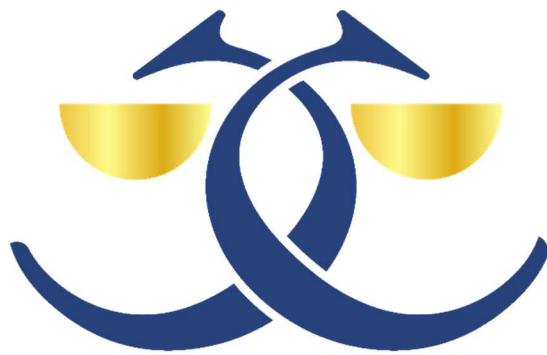
diciembre 2024

LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTAMENES PERICIALES
A TRAVES DE C&C CORPORACION

	NOMBRE DEL DEMANDANTE	APODERADO DEL DEMANDANTE	DEMANDADO	JUZGADO/ PROFESIONAL QUE SOLICITA LA PRUEBA	RADICADO
1	NELSON CAMPOS COLLAZOS Y OTROS	SIN INFORMACION	CLINICA MATERNO INFANTIL LOS FARALLONES S.A. COOMEVA EPS S.A.	JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE GUADALAJARA DE BUGA - VALLE DEL CAUCA	2010-00109-00
2	ESTELLA CASTRO OTERO Y OTROS	SIN INFORMACION	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y OTROS	JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI	2013-00276-00
3	MONICA PILAR NIÑO CAMELO Y OTROS	ABOG. ERBIN HINESTROZA PALACIOS	ESE ORIENTE - HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Y OTROS	JUZGADO DIECISEIS ORAL ADMINISTRATIVO DE CALI	2022-00023-00
4	ELIANA RENTERÍA VALLECILLA, JHON RENTERÍA Y OTROS	SIN INFORMACION	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS - EPS; CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA; COMFANDI IPS y OTROS	JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA	2017-00094-00

(*) Los procesos identificados con el radicado R.I. es un mecanismo de control interno que emplea C&C Corporacion para archivar, organizar y dar trazabilidad a la informacion.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



C&C Corporación

INFECCIONES GINECO OBSTETRICAS EN CIRUGIA

Dra. Roxana de la Vega *

RESUMEN

Se presenta un artículo de actualización en las principales infecciones ginecoobstétricas, con énfasis en los agentes etiológicos, los factores de riesgo, la clínica de las infecciones, y se hace un recuento breve de los principales cuadros infecciosos.

Palabras clave: Infecciones ginecológicas; infecciones obstétricas; agentes infecciosos; factores de riesgo.

SUMMARY:

An up date article of obstetric and gynecologic infections is presented. The etiological agents, risk factors, and clinic manifestations of the main infection diseases are discussed.

Key words: Gynecologic infections; obstetrics infections; infectious agents ; risk factors.

La mujer durante su vida puede requerir intervenciones quirúrgicas, la situación se torna crítica si sucede en el período reproductivo y más aún durante el embarazo.

Aunque se considera al embarazo un estado fisiológico, durante él, no solamente se producen modificaciones hormonales, fisiológicas y mecánicas, sino también, cierto grado de compromiso inmunológico por depresión principalmente de la inmunidad celular (1) que condiciona una mayor susceptibilidad a las infecciones.

La patología infecciosa en la mujer en edad reproductiva es considerada una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en países subdesarrollados como en Bolivia, juntamente con las hemorragias y las toxemias. (2,3,4)

Algunos estudios realizados en el Instituto de Maternidad Natalio Aramayo "IMNA" de la ciudad de La Paz, revelan una incidencia de infecciones entre el 4.7% (5) al 5.6% (3) y una mortalidad 21.25% por infecciones (4)

En un estudio realizado los años 1990-1991 en el IMNA, en 6412 pacientes se hallaron 332 infecciones, siendo la infección del tracto urinario, las enfermedades de transmisión sexual y la infección puerperal las principales. Una incidencia de 3% de infecciones postcesárea y 1.5% de abscesos de pared (5)

Las infecciones son la causa más frecuente de complicaciones postquirúrgicas tanto en cirugía general como gineco obstétrica, constituyéndose en un problema prioritario a ser atendido en cirugía.

La incidencia de infecciones postoperatorias varía en función a numerosos factores: sociales, económicos, biológicos, técnicos, etc. Su rango es amplio y fluctúa entre 1.4% a 28.6%, dependiendo básicamente del tipo de cirugía, de la población estudiada; observándose así diferencias entre los autores tanto anglosajones como latinos. (6,7,8,12,14). Así dos estudios postaborto electivo, uno en Noruega y otro en EE.UU., muestran de 2% a 22% y de 1.1% a 3.2% de infecciones respectivamente. (15).

DEFINICION DE INFECCION QUIRURGICA.-

Según el Comité de Control de Infecciones Quirúrgicas del American College of Surgeons de Estados Unidos. " Herida quirúrgica es el resultado de la entrada, crecimiento y actividades metabólicas de los microorganismos, dentro de los tejidos de los pacientes, lo cual produce efectos fisiopatológicos". (8)

La infección puede ser de la herida, de la región o de órganos o sistemas alejados, pero que se producen posteriores a traumas o intervenciones quirúrgicas.

AGENTES ETIOLOGICOS

La mayoría de las infecciones postquirúrgicas ginecoobstétricas están causadas por gémenes propios de la flora normal vaginal y perineal.

Por lo tanto rara vez son ocasionadas por un solo germen, generalmente son infecciones polimicrobianas, es decir se encuentran presentes gémenes aerobios, anaerobios, Gram positivos, Gram negativos y otros, con predominio anaerobio.

* Master en Salud Pública. Jefe de la Cátedra de Infectología, Profesora Titular de Infectología y Farmacología, Facultad de Medicina, UMSA. Infectóloga del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Clínicas.

GERMENES AEROBIOS

Gram Positivos		Gram negativos	
Cocos	Bacilos	Cocos	Bacilos
S. faecalis	Lactobacillus		E. coli
S. viridans	Difteroide		Enterobacter
S. aureus	Bacillus		Klebsiella
S. coagul (-)			Proteus

GERMENES ANAEROBIOS

Gram Positivos		Gram negativos	
Cocos	Bacilos	Cocos	Bacilos
Petostreptococo	C. perfringens		Bacteroides
Peptococo	C. tetani		Fusobacterium
	Eubacterium		
	Propionibacterium		

FACTORES DE RIESGO

Las infecciones obstétricas postquirúrgicas están en relación a varios factores de riesgo entre los más destacados están: las condiciones socioeconómicas de la mujer, su estado inmunológico, el tipo de cirugía que se practica, las condiciones ambientales en que se realiza la cirugía, las características de la técnica quirúrgica, el carácter de la cirugía.

1.- Condiciones socioeconómicas:

El nivel socioeconómico de la paciente es determinante para el desarrollo de las infecciones. Mayor probabilidad de desarrollar infecciones tienen aquellas mujeres, que tienen pobres ingresos económicos, malas condiciones de vivienda e higiene, deficiente alimentación, bajo grado de escolaridad; así también es un factor de riesgo el estado civil de la paciente.

2.- Estado inmunológico:

Depende de las condiciones de salud o enfermedad que la paciente tenga. Así como edad, desnutrición, neoplasias, alcoholismo, diabetes, obesidad, fallas funcionales orgánicas, presencia de infecciones en la esfera ginecológica o en cualquier otro sitio, antibioticoterapia previa, quimioterapia, radioterapia, etc.

3.- Tipo de cirugía:

Si la cirugía es limpia, potencialmente contami-

nada, contaminada o sucia. En toda cirugía existe el riesgo de infección posterior, inclusive en la cirugía limpia; sin embargo la mayor frecuencia se da en las contaminadas o sucias y en función a ello también está el pronóstico.

a. limpia: La que se realiza con todos los cuidados de asepsia, de estructuras no infectadas ni que tienen presencia de microorganismos como el tubo digestivo, urinario, respiratorio, ej. mastectomía.

b. Potencialmente contaminada: Aquella en la que no hay contacto con material séptico, pero se realiza apertura de vísceras huecas, aparato digestivo y vías urinarias. Ej: cesárea, histerectomía, episiotomía.

c. Contaminada: Dónde la asepsia no es adecuada, en presencia de inflamación importante, medio contaminado pero no séptico ej: heridas traumáticas de menos de 8 horas.

d. Sucia: Se desarrolla en contacto con material purulento o séptico ej: perforación uterina o de trompas, pelviperitonitis, abscesos, heridas traumáticas de más de 8 horas.

4.- Condiciones ambientales de los Servicios de Salud:

La estancia preoperatoria prolongada, el contacto previo de la paciente con otros pacientes o visitas, el quirófano e instrumental inadecuadamente

esterilizados, mala preparación de la paciente, curación de herida operatoria sin asepsia.

5.- Técnica quirúrgica:

Mayor riesgo de infecciones cuando el cirujano tiene poca experiencia, en malas condiciones de asepsia, hemostasia inadecuada, producción de isquemia y necrosis tisular, presencia de cuerpos extraños, clases de sutura, etc.

6.- El caracter de la cirugía:

Sí la cirugía es de urgencia, horario en que se realiza la cirugía fuera del habitual, tiempo de duración de la cirugía prolongado, empleo de anestesia general.

CLINICA

Clínicamente de acuerdo a su localización se distinguen los siguientes tipos de infecciones gineco-obstétricas postquirúrgicas :

1. de tejidos blandos: piel, tejido celular subcutáneo, músculos
2. de órganos como útero, trompas, ovario
3. de peritoneo
4. de pelvis
5. de vasos venosos
6. sépsis

Entre las infecciones posteriores a cirugía gineco-obstétrica, las más frecuentes son el absceso pélvico, el aborto séptico y la infección posthisterectomía

INFECCION DE LOS TEJIDOS BLANDOS:

Etiología: Estafilococo Aureus, Gram negativos, Aerobios/Anaerobios

Clínica: Manifestaciones locales : Eritema -edema-dolor, exudado turbio, serosanguinolento o purulento

Diagnóstico: Tinción y cultivo de exudado, exploración de la herida

Tratamiento:

Apertura y debridación del sitio de la infección
Curación con antisépticos locales
Antimicrobianos solamente en casos graves

FASCITIS NECROTIZANTE

Etiología: Streptococo faecalis, Streptococo grupos B-C-A

Bacteroides/Peptostreptococcus, Gram negativos: E.Coli

Pseudomona/Proteus/Klebsiella/Enterobacter

Clínica: Eritema cutáneo temprano, tumefacción, exudado purulento, dolor, gas en músculo y fascias.

Diagnóstico: Mediante cirugía visualización del compromiso tisular. Examen anátomo-patológico. Tinción y cultivo aerobio y anaerobio. Presencia de gas evidenciada radiográficamente.

Tratamiento:

Debridación quirúrgica
Antimicrobianos: Bacteroides, Gram(+), Gram(-)
Clindamicina/Cefoxitina/+Gentamicina/Imipenem
Ticarcilina/clavulánico
Ampicilina/Sulbactam
Piperazilina/Tazobactam
Cefalosporina 2a. - 3a. + metrodinazol/
Piperacilina
Ciprofloxacina - Aztreonam -Imipenem

GANGRENA

Etiología: Clostridium perfringens, Clostridium novy

Clostridium septicum, Clostridium Bifermentans, Clostridium Histolyticum

Clínica.- Dolor en el sitio de la herida, piel color tornasol o bronce, edema tenso, presencia de ampollas, bullas, crepitación en la zona, anestesia e hiperestesia local, secreción serosanguinolenta/burbujas de aire, necrosis cutánea negro verdusca, signos de sépsis.

Diagnóstico.- Visualización del compromiso muscular y fascia profunda. Examen anátomo-patológico. Tinción y cultivo anaerobio del exudado de la herida. Presencia de gas evidenciada radiográficamente.

Tratamiento.- Debridación quirúrgica.

Antimicrobianos: Penicilina G+Cloranfenicol + Metronidazol

ENDOMETRITIS/PELVIPERITONITIS

Etiología.- Streptococo grupo A-B, enterobacterias, anaerobios.

Clínica.- Fiebre mayor a 38C.. taquicardia, útero aumentado de tamaño, reblandecido o firme, flujo trans vaginal hemático, hemato-purulento o francamente purulento, dolor abdominal tipo

cólico. Al examen dolor a la movilización uterina, dolor en parametrios.

Diagnóstico.- Hemocultivo, Urocultivo. Cultivo de secreción

Tratamiento:

Penicilina G + Gentamicina
Clindamicina + Genamicina/Cefalosporina 3a.
Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol
Vancomicina + Gentamicina

TROMBOFLEBITIS PELVICA

Etiología.- Estreptococo faecalis, Gram negativos, Anaerobios.

Factores de riesgo: Trabajo de parto prolongado, Anemia, ruptura prematura de membranas.

Clínica.- Escalofríos, fiebre en picos, mayor a 39 C, taquicardia, Ex. de pelvis aparentemente normal/Masa palpable, dolor abdominal, facies hipocrática, alteraciones en el parametrio, anorexia- náuseas-vómitos, dolor abdominal irradiado a flanco e hipogastrio, distensión abdominal, dificultad para evacuación de heces.

Diagnóstico.- Examen ginecológico. Laparatomía. Tratamiento empírico.

Tratamiento.-

Anticoagulantes: Heparina 800-1800 UI/h.infusión i.v.
Antimicrobianos.
Cirugía.

SEPSIS -SHOCK SEPTICO

Etiología: E.Coli, Klebsiella, Enterobacter, Estafilococo, Anaerobios.

Clínica.- Falla multisistémica, manifestaciones hemodinámicas, alteraciones metabólicas, transtornos de coagulación.

Diagnóstico.- Visualización del germen. Hemocultivo seriado en medios aerobio y anerobio. Cultivos de cualquier otro especimen. Serología.

Tratamiento.-

- * Restaurar la perfusión tisular
- * Antimicrobianos: En base al germen aislado
Ampicilina + Cefotaxima
Ampicilina + Gentamicina/Tobramicina
Ceftriaxona + Amikacina/Gentamicina
- * Moduladores del sistema inmunológico.

REFERENCIAS

- 1.- Rodríguez MC, Subiza JL, Mateos P, Casado de Frías E, Moro M, Gómez de la Concha E. Función inmunológica de los monocitos en el embarazo y el postparto. *An Esp. Pediatr* 1989 1(31): 33-35
- 2.- De la S. Murillo. Mortalidad materna en Bolivia. *Rev. Bol. Gin. y Obst.* 1983:1 (6): 7-11
- 3.- Pando R. Sistema informático Perinatal CLAP-OMS-OPS Instituto Maternidad Natalio Aramayo. 1990
- 4.- Torrico E. Mortalidad materna en el Instituto de Maternidad Natalio Aramayo de La Paz. *Rev. Bol. Gin y Obst.* 1993:16 (1):1-7
- 5.- De la Vega R., López Y, Blanco S. Embarazo e infección. *Rev. Bol. Gin Obst.* 1993: 16(1):8-14
- 6.- Cainzos M. Infecciones en Cirugía General. *Medicina.* 1990:2(72):2856-2861
- 7.- Sahagun JA, Pérez JC, Charem B, Porras E. Análisis de 1000 histerectomías. Simplificaciones técnicas y reflexiones. *Hospitales del ISSTE. Ginec Obstet. Mex.* 1994:62:35-38
- 8.- Perea EJ, Aznar J. Infección quirúrgica. En: Perea EJ. Enfermedades infecciosas: Patogénesis y diagnóstico. Barcelona. Salvat Editores, S.A. 1983:559-590
- 9.- Calhoun BC, Brost B. Emergency Management of sudden puerperal fever. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995:22(2):357-367
- 10.- Adridge KE. The occurrence, virulence and antimicrobial resistance of anaerobes in polymicrobial infections. *Am J. Surg.* 1995:169 (5A SUPPL):28-78
- 11.- Borobio MV. Infecciones obstétricas y perinatales. En: Perea J. Enfermedades infecciosas: Patogénesis y diagnóstico. Barcelona. Salvat Editores, S.A. 1983:511-541
- 12.- Kaiser AB. Infecciones postoperatorias y profilaxis antimicrobiana. En Mandel S, Douglas S, Benet J. Enfermedades infecciosas 3ª de. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 1992:2385-2394
- 13.- Saucedo LF, Campos R, Galíndez JL, Mercado B, Morales J. Estudio comparativo del manejo de abscesos de pared abdominal postcesárea. *Ginec Obstet. Mex.* 1994:62:194-196
- 14.- Rowan JA, North RA. Necrotizing fasciitis in the puerperium. *Am J. Obstet Gynecol* 1995:173(1):241-242
- 15.- Figueroa R, Arredondo JL. Conceptos actuales en la patogénesis y tratamiento del aborto y el choque séptico. Parte Y. Epidemiología, patogénesis y manejo del aborto séptico. *Ginec Obstet. Mex.* 1993:61:305-311
- 16.- Sanford JP, Gilbert DN, Sande MA. Guide to antimicrobial therapy 25 de. Dallas Texas. Editor Sanford JP. 1995

Enfoque del óbito fetal. ¿Cómo evitar la recurrencia?

Dra. Ana Milena Gómez Carvajal

Residente del tercer Año Ginecología y Obstetricia
Universidad de Antioquia

No hay consenso sobre la definición de muerte fetal (MF). En Colombia es aquella que ocurre en cualquier momento del embarazo, pero se agrega el concepto de aborto si ocurre antes de las 22 semanas o el feto pesa menos de 500 gramos, y de mortinato (llamado también óbito fetal-OF) si ocurre a partir de estos parámetros. (1)

En Estados Unidos, se considera OF si ocurre a partir de las 20 semanas de gestación o, si se desconoce la edad gestacional, el feto pesa más de 350 gramos y no hay trabajo de parto establecido. En Inglaterra, se considera OF si ocurre a partir de las 24 semanas y en Canadá a partir de las 20 semanas. En ningún caso se considera la viabilidad como criterio (2-4). OF, ocurridos en el marco de inducciones de parto por malformaciones o por ruptura prematura de membranas, son excluidas de la estadística.

Únicamente hay causas identificables en menos de la mitad de todos los OF, lo que produce un panorama de incertidumbre para su familia, además, ante una asesoría de un nuevo embarazo en la gestante con dicho antecedente, podría verse claramente obstaculizada por información insuficiente de su mortinato previo. La identificación de causales, circunstancias y factores de riesgo a través de la evaluación materna y del feto fallecido, permite la cuantificación del riesgo y el establecimiento de medidas preventivas y terapéuticas para un próximo embarazo.

Este artículo resume los factores de riesgo y las principales causas de OF, y delinea un derrotero para el estudio y even-

tual tratamiento con el propósito de mejorar el resultado reproductivo.

Epidemiología

Muchos OF no son registrados por las deficiencias en la colección de datos y por las diferencias conceptuales entre un país y otro. Se calcula que cada año ocurren, al menos, 2,6 millones de casos en el mundo, de los cuales el 98% se presenta en países de bajos y medianos ingresos. Apenas 7.4% de OF ocurre después de las 28 semanas de gestación, y la mitad (1.4 millones), antes del trabajo de parto. (5)

Según datos del DANE, en Colombia, en 2017, se reportaron 10.285 OF en mujeres con 22 y más semanas de gestación, de las cuales 2.567 ocurrieron en Antioquia (6). Las mujeres más afectadas son aquellas mayores de 35 años y con índice de masa corporal (IMC) $\geq 30\text{Kg/m}^2$. (2)

Factores de riesgo y causas

Frecuentemente, la identificación de la causa del OF es difícil puesto que, luego de evaluaciones exhaustivas, no se encuentra relación causal o hay concurrencia de múltiples posibles causales que se superponen; gran parte de los hallazgos pueden considerarse factores de riesgo o como factores causales.

La ausencia de protocolos para evaluar y clasificar los OF, y la baja tasa de autopsias fetales, dificultan la identificación de causas específicas. El origen multifactorial de esta entidad no es discutible. (Ver Tabla 1).

A. Factores de riesgo principales

- **Obesidad:** IMC $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ antes el embarazo está asociado con un riesgo cuatro veces mayor de mortinato y es un factor de riesgo independiente, incluso, luego de controlar para tabaquismo, diabetes gestacional y preeclampsia. El riesgo aumenta con la edad gestacional.
- **Gestación múltiple:** el OF es cuatro veces mayor que en gestaciones únicas por las complicaciones específicas de la gestación múltiple como el síndrome de transfusión feto-fetal, una mayor edad materna, otras anomalías fetales y la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
- **Edad > 35 años:** es un riesgo incrementado, tanto en nulíparas como en multíparas. Una proporción significativa corresponde a anomalías congénitas letales y anomalías cromosómicas. La introducción de la tamización de riesgo genético ha disminuido la incidencia. También es un factor de riesgo independiente, que es mayor si, además, es primigestante: 1/116 en mujeres

nulíparas y 1/304 en mujeres multíparas, cuando son mayores de 40 años y después de la semana 37.

- **Historia obstétrica:** mujeres con antecedentes de parto pretérmino, RCIU y preeclampsia, tienen un riesgo 1.7 a dos veces mayor de óbito fetal en embarazos subsecuentes si su causa no fue explicada. No se ha confirmado la relación entre antecedente de cesárea y mortinato. Otros factores de riesgo y su tasa estimada de mortinato se evidencian en la Tabla 2. (2,4)

B. Causas potenciales

El diagnóstico de las causas específicas ha sido obstaculizado por la ausencia de protocolos uniformes para evaluar y clasificar los mortinatos y por las bajas tasas de autopsias. En la mayoría de casos, la muerte fetal es diligenciada antes de una investigación postnatal completa, y no se realizan correcciones en certificados con información adicional que emerja de evaluaciones posteriores. Puede ser difícil asignar una causa definitiva al OF y gran porcentaje permanece inexplicado. Algunas de ellas son:

- **Anormalidades cromosómicas y genéticas:** hay cariotipo anormal en 8-13% de los mortinatos. Aumenta

 **Tabla 1.** Factores de riesgo y causas frecuentes de mortinato

Países desarrollados	Países en desarrollo
Anormalidades congénitas	Sufrimiento fetal agudo
RCIU y anomalías placentarias	Infecciones: sífilis y gram negativos
Enfermedades médicas: diabetes, LES y otras	Hipertensión, preeclampsia y eclampsia
Hipertensión y preeclampsia	Anormalidades congénitas
Infecciones: sífilis, listeria y otros	Pobre estado nutricional
Tabaquismo	Malaria
Embarazo múltiple	Enfermedad de células falciformes

Modificado de McClure EM, Goldenberg RL. 2014. (7)

Tabla 2. Otros factores de riesgo y riesgo estimado de mortinato

Condición	Prevalencia	Tasa estimada de mortinato	OR
Todos los embarazos		6,4 / 1000	1
Embarazo de bajo riesgo	80%	4 - 5,5 / 1000	0,86
Hipertensión crónica	6% - 10%	6 - 25 / 1000	1,5 - 2,7
Preeclampsia no grave	5,8% - 7,8%	9 - 51 /1000	1,2 - 4
Preeclampsia grave	1,3% - 3,3%	12 - 29 /1000	1,8 - 4,4
Diabetes sin insulina	2,5% - 5%	6 - 10 / 1000	1,2 - 2,2
Diabetes con insulina	2,40%	6 - 35 / 1000	1,7 - 7
LES	< 1%	40 - 150 /1000	6 - 20
Trombofilia	1% - 5%	10 - 40 /1000	2,8 - 5
Tabaquismo (> 10 cigarrillos)	10% - 20%	10 - 15 / 1000	1,7 - 3
Colestasis del embarazo	< 0,1%	12 - 30 /1000	1,8 - 4,4
Edad 35 - 39 años	15% - 18%	11 - 14 / 1000	1,8 - 2,2
Edad 40 años o mas	2%	11 - 21 /1000	1,8 - 3,3

Modificado de Fretts RC. 2005. (8)

20% si tiene anormalidades anatómicas o RCIU. Las más frecuentes son monosomía X (23%), trisomía 21 (23%) trisomía 18 (21%), trisomía 13 (8%).

- **Desprendimiento de placenta:** uso de cocaína, tabaquismo, hipertensión y preeclampsia son sus principales causas.
- **RCIU:** riesgo de 1.5% si el peso fetal se encuentra en percentil (p.) <10, 2.5% si p. <5. Algunos casos de RCIU están asociados con aneuploidías, infección fetal, tabaquismo, hipertensión arterial, enfermedad autoinmune, obesidad o diabetes gestacional, que también se relacionan con alto riesgo de OF.
- **Eventos del cordón:** la circular a cuello ocurre en 30% de partos normales y, en su mayoría, es un hallazgo incidental. Si bien podría ser la causa de algunos OF, deben buscarse otras causas antes de considerar a los eventos del cordón como causantes.

- **Infecciones:** implicada en cerca del 19% de OF con edad gestacional < 28 semanas, pero solo 2% en aquellos a término (parvovirus, citomegalovirus, listeria, sífilis, principalmente). (2,4)

Evaluación materna y fetal

A. Elementos del examen fetal

- **Examen físico fetal y de la placenta**
Debe hacerse lo más pronto posible y evaluarse y describirse detalladamente características dismórficas, peso, talla y perímetro cefálico. Las fotografías y los rayos X son actividades incluidas en la autopsia fetal y podrían ser realizados por el especialista en patología. El examen macroscópico de la placenta incluye evaluar la apariencia de las membranas, presencia de infar-

tos, calcificaciones, trombosis, hematomas, coágulos, malformaciones vasculares y signos de infección. En el cordón debe evaluarse tamaño, grosor, trombosis y nudos verdaderos.

- **Autopsia fetal (7)**

Puede confirmar la causa de la muerte o, al menos, indicar una explicación parcial de la pérdida. Provee información sobre el tiempo de la muerte intrauterina, enfermedades concomitantes, particularmente aquellas con implicaciones en embarazos subsecuentes (RCIU, malformaciones), e identificación de hallazgos sugestivos de enfermedad genética, entre otros beneficios. Sin embargo, solo en un 30% de los casos se obtiene información importante a partir de la autopsia. (2) Debe contar con el consentimiento de la familia e ir acompañado de una historia clínica completa. Consta de:

- Rayos X de todo el cuerpo, recomendada en todos los casos, necesaria en displasia esquelética sospechada
- Fotografías: recomendadas en todos los casos porque es esencial para documentar anomalías internas y externas. Debe fotografiarse todo el bebé y precisar la toma frontal y de perfil de cara, además de las extremidades y las palmas, datos que serán útiles para la evaluación posterior por genetista en caso de ser necesario
- Medidas rutinarias externas del cuerpo y examen externo detallado
- Examen detallado sistemático de órganos internos
- Examen detallado de placenta y cordón
- Autopsia limitada: podría realizarse cuando no fue dado el consentimiento para autopsia completa, incluye: autopsia limitada a una o más cavidades, biopsia abierta o con aguja de algunos órganos, rayos X, fotografías, examen placentario, imágenes (ecografía – más útil in útero- TAC, RMN de acuerdo con cada caso).

- **Estudios de laboratorio en el feto**

Debe realizarse cariotipo con consentimiento de los padres. Es particularmente importante si presenta características dismórficas, mediciones anormales, hidrops o RCIU. Puede tomarse de muestra de líquido amniótico, cordón umbilical, tejido fetal o placenta. La amniocentesis luego del diagnóstico del óbito tiene el más alto rendimiento, útil si el parto no es inmediato, con una tasa de éxito de colección de células para análisis de 85% vs 28% para la muestra de tejido fetal posparto (p.0.001). Las muestras útiles para estudio citogenético y de genética molecular, en caso de no ser posible la amniocentesis, pueden tomarse así: 3 ml de sangre de cordón (en tubo estéril con heparina) o 1cm de piel y dermis, fascia del muslo, región inguinal o tendón de Aquiles (1cm), particularmente cuando la piel está macerada. Los tejidos deben enviarse a estudio sin soluciones fijadoras. (2,4,8)

B. Evaluación materna

La historia materna completa es importante para evaluar por condiciones conocidas o síntomas sugestivos de enfermedades como posibles causantes del óbito fetal. Evaluar historia clínica obstétrica, incluidas la exposición a medicamentos, antecedentes familiares hasta su tercera generación, si es posible e información pertinente de historia clínica paterna. Se deben tener en cuenta paraclínicos realizados a la madre durante el control prenatal y en la hospitalización en el momento del óbito fetal; ecografías obstétricas y su relación con el examen del neonato y tener en cuenta posibles causas no genéticas. Investigar por hemorragia feto-materna y estudio de trombofilias, si hay alta sospecha. (Ver Tabla 3).

C. Otras actividades

- **Supresión de la lactancia:** los antagonistas de la dopamina: Cabergolina y Bromocriptina son la primera elección, pero debe recordarse su contraindicación en pacientes con trastornos hipertensivos. También pue-

Tabla 3. Elementos de la evaluación inicial del mortinato

Componente	Detalle
Historia familiar	Aborto espontáneo recurrente Tromboembolismo pulmonar o venoso Anomalías congénitas Síndromes hereditarios Consanguinidad
Historia materna	Tromboembolismo pulmonar o venoso Diabetes Hipertensión Trombofilia LES Enfermedad autoinmune Enfermedad cardíaca Tabaco, alcohol o drogas
Historia obstétrica	Aborto recurrente Hijo previo con anomalías anatómicas o RCIU Diabetes gestacional previa Abrupto de placenta previa Mortinato previo
Embarazo actual	Edad materna Edad gestacional en el momento del mortinato Hipertensión Diabetes gestacional o tipo II Tabaco, alcohol o drogas Peso pregestacional Trauma abdominal Colestasis Abrupto de placenta Ruptura prematura de membranas
Condiciones fetales	Isoinmunización Hidrops no inmune RCIU Infecciones Anomalías congénitas Anomalías cromosómicas Complicación de gestación múltiple Accidentes del cordón

den tenerse en cuenta medidas físicas como aplicación de frío local.

- **Apoyo psicológico:** se debe tener en cuenta que la ocurrencia de una muerte fetal acarrea posibles secuelas psicológicas para la paciente y su familia. Debe brindarse una clara comunicación de resultados, permitir la expresión de sus dudas y opiniones, ofrecer soporte emocional teniendo en cuenta la intervención de otras especialidades y personal de la salud como psicología, psiquiatría, trabajo social; y proveer seguimiento adecuado de la condición materna y sus familiares.

Asesoría de la paciente con antecedente de mortinato

Como se indicó previamente, es fundamental haber realizado un adecuado tratamiento con los elementos que hasta ahora se han descrito para el manejo de la gestante con diagnóstico de OF, la clave es entender las circunstancias del OF previo, que permitan, en un siguiente embarazo, individualizar el manejo, ser exhaustivo en el monitoreo del desarrollo de complicaciones obstétricas del mismo y proveer soporte y seguridad a la pareja.

La historia de óbito previo se relaciona con un riesgo incrementado de óbito en embarazos subsecuentes. Las tasas de recurrencia son mayores en mujeres con complicaciones médicas como diabetes gestacional y trastornos hipertensivos. (2) Estudios prospectivos, de acuerdo con la población estudiada, han mostrado tasas de 4.7 por 1.000 nacidos en pacientes con antecedente de hijo vivo previo vs 22.7 por 1.000 nacidos en pacientes con antecedente de óbito. El riesgo es mayor en mujeres de raza negra comparadas con mujeres de raza blanca. (9)

En mujeres de bajo riesgo, con mortinato previo inexplicado, el riesgo de recurrencia luego de 20 semanas es 7.8-10.5/1000. El riesgo mayor es antes de la semana 37. (2) Igualmente, se ha asociado el antecedente de OF con des-

enlaces perinatales adversos en embarazos subsecuentes: mayor mortalidad neonatal temprana, parto pretérmino extremo, sufrimiento fetal agudo en trabajo de parto y enfermedad isquémica placentaria. (10)

Prevención y vigilancia anteparto

Las estrategias de prevención, como se ha mencionado hasta ahora, están encaminadas a la identificación de factores de riesgo y control de las comorbilidades. Se proponen como estrategias adicionales:

- Reducción del 10% de IMC pregestacional en mujeres con sobrepeso u obesidad. (11)
- Monitoreo diario de movimientos fetales iniciando desde la semana 28-32, para mujeres con factores de riesgo de desenlace perinatal adverso (recomendación Grado A, nivel I) (3,4). No se recomienda en mujeres sin factores de riesgo. Debe recostarse en decúbito lateral por dos horas. Se considera satisfactorio si hay >10 movimientos fetales durante este tiempo. En caso de no ser satisfactorio debe realizarse otra prueba de bienestar fetal. La efectividad en la prevención real del mortinato es incierta.
- Existe poca evidencia para guiar la vigilancia anteparto, pero se sugiere iniciarla en la semana 32-34 o dos semanas antes que el óbito previo. No hay diferencia entre el perfil biofísico y el monitoreo fetal electrónico (NST) en mujeres de alto riesgo. El estudio doppler de arteria umbilical solo debería realizarse en contexto de feto pequeño. Existe un 1.5% de iatrogenia por prematuridad por conductas tomadas con test falsos positivos. (2)
- Se sugiere ofrecer inducción del parto de forma electiva en la semana 39. Para esto, deben tenerse en cuenta la edad gestacional del OF previo, historia intraparto previa y la seguridad de inducción de feto actual para tomar decisiones individualizadas. (2) (Ver Tabla 4). ■

Tabla 4. Manejo del embarazo subsecuente luego de un mortinato

Visita preconcepcional
Historia personal y obstétrica detallada
Evaluación de mortinato previo
Determinación de riesgo de recurrencia
Suspender tabaquismo
Pérdida de peso en mujeres obesas
Asesoría genética si sospecha condición genética familiar
Tamización de diabetes
Estudio de trombofilia (solo si está indicado)
Primer trimestre
Tamización de primer trimestre
Paraclínicos de primer trimestre
Segundo trimestre
Ecografía detalle anatómico
Paraclínicos de segundo trimestre
Tercer trimestre
Ecografía peso fetal
Conteo de movimientos fetales (> 28-32 semanas)
Vigilancia anteparto (inicia 32 semanas o una o dos semanas antes de edad gestacional en el mortinato previo)
Parto
Inducción electiva a las 39 semanas

Modificado de ACOG, 2009. (2)



Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Mortalidad Perinatal y neonatal tardía. 2016;
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of stillbirth, Practice Bulletin No 102. Obstet Gynecol. 2009;(102).
3. Mundle RW, On W. Stillbirth and Bereavement : Guidelines for Stillbirth investigation. J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2006;28(6):540–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32172-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32172-7)
4. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. 2010;(55).
5. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Ending preventable stillbirths 2 Stillbirths : rates , risk factors , and acceleration towards 2030. Lancet. 2016;6736(15):1–17.
6. DANE. Defunciones fetales por tiempo de gestacion [Internet]. 2017. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-fetales/defunciones-fetales-2017>
7. Lowe J. Guidelines on autopsy practice Third trimester antepartum and intrapartum stillbirth. R Coll Pathol. 2017;(June):1–17.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Genetic Evaluation of stillbirths and neonatal deaths. Obstet Gynecol. 2001;97:1–3.
9. Sharma PP, Salihu HM, Oyelese Y. Is Race a Determinant of Stillbirth Recurrence ? Obstet Gynecol. 2006;107(2):391–7.
10. Getahun D, Lawrence JM, Fassett MJ, Strickland D, Koebrick C, Chen W, et al. The association between stillbirth in the first pregnancy and subsequent adverse perinatal outcomes. Am J Obstet Gynecol [Internet]. Elsevier Inc.; 2009;201(4):378.e1–378.e6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.06.071>
11. Study AP, Prepregnancy I, Loss W, Schummers L, Hutcheon JA, Bodnar LM, et al. Risk of Adverse Pregnancy Outcomes by Prepregnancy Body Mass Index. Obstet Gynecol. 2015;125(1):133–43.



CLÍNICA

Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza

Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza

Wound infection after cesarean section in a public hospital from Fortaleza

Aguiar da Cruz, Lidiane, **Vieira Freitas, Lydia, ***Moura Barbosa, Régia Christina, *De Souza Gomes, Linicarla Fabiole, **Teixeira Vasconcelos, Camila Moreira**

*Enfermera. E-mail: dianeaguiar17@hotmail.com **Doctoranda en Enfermería en la Promoción de la Salud – UFC. Docente en Enfermería – FAMETRO *** Doctora en Enfermería en la Promoción de la Salud – UFC. Docente en Enfermería – FAMETRO **** Enfermera. Especialista en Salud de la Familia. Mestranda en Enfermería en la Promoción de la Salud – UFC. Docente en Enfermería – FAMETRO. Brasil.

Palabras clave: infección puerperal; parto cesáreo; infección hospitalaria

Palavras-chave: Infecção puerperal; parto cesáreo; infecção hospitalar

.Keywords: Puerperal infection; cesarean section; hospital infection

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo caracterizar los casos de infección de herida operatoria tras cesárea en las mujeres que permanecieron hospitalizadas en el periodo 2008 a 2010 en un hospital público de Fortaleza. Es un estudio documental retrospectivo, con enfoque cuantitativo, con 51 formularios de notificación de infección hospitalaria de mujeres por cesárea, siendo excluidos los que no se completaron correctamente. De los 51 formularios de notificación de las mujeres del hospital por infección de cesárea, 5 no cumplieron con los criterios de inclusión, lo que resulta en 46 formularios de información. La edad media de las pacientes fue de 26,57 años, con edades entre 14 y 40 años, mediana de 24 años y una desviación estándar de 8,1. En este estudio, se observó que de 46 pacientes con infección de herida operatoria el diagnóstico de ingreso fue diversificado de forma que el diagnóstico del proceso del parto se destaca con 19 pacientes. 45 pacientes de esta población mostraron signos y síntomas característicos de este tipo de infección, el grupo de edad predominante con diagnóstico de infección en sitio quirúrgico fue de 20-29 años, las infecciones del sitio quirúrgico que se produjeron con mayor frecuencia fue la infección del sitio quirúrgico superficial con 31 mujeres afectadas y todos los pacientes evolucionaron al alta hospitalaria. Se concluye en este trabajo, que incluso con técnicas avanzadas y cuidados de higienización por parte de los profesionales el número de mujeres que evolucionan a infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es aún importante.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo caracterizar os casos de infecção de ferida operatória após cesárea em mulheres que permaneceram internadas no período de 2008 a 2010 em um hospital público de Fortaleza. Estudo do tipo retrospectivo, documental com abordagem quantitativa com 51 fichas de notificação de infecção hospitalar de mulheres cesareadas, sendo excluídas aquelas que não estavam devidamente preenchidas. Das 51 fichas de notificação de infecção hospitalar de mulheres cesareadas, cinco não preencheram os critérios de inclusão, resultando em 46 fichas de notificação hospitalar de mulheres cesareadas na amostra. A idade média das pacientes foi de 26,57 anos, com idade mínima de 14 anos e idade máxima de 40 anos, mediana de 24 anos e desvio padrão de 8,1. Neste estudo, foram observados que das 46 pacientes com infecção de ferida operatória o diagnóstico de internação foi bem diversificado, de forma que o diagnóstico de trabalho de parto destaca-se com 19 pacientes. 45 pacientes desta população apresentaram os sinais e sintomas característicos para esse tipo de infecção, a faixa etária predominante com o diagnóstico de infecção no sítio cirúrgico foi de 20-29 anos, as infecções de sítio cirúrgico que ocorreram com maior frequência foi infecção de sítio cirúrgico superficial com 31 das mulheres acometidas e todas as pacientes evoluíram para alta hospitalar. Conclui-se nesse trabalho, que mesmo havendo técnicas avançadas e cuidados de higienização por parte dos profissionais de saúde o número de mulheres que evoluem para infecção no sítio cirúrgico pós cesárea ainda é significativo.

ABSTRACT

This study aims to characterize the cases of wound infection after cesarean section in women who underwent the operation in the period 2008 to 2010 in a public hospital in Fortaleza. It is a retrospective documentary study, with a quantitative approach, with 51 form notifications of women in hospital with cesarean infections, those forms that were not properly completed were excluded. Of the 51 forms reporting of women in hospital with cesarean infections, five did not meet the inclusion criteria, resulting in a sample of 46 report forms showing women in hospital undergoing cesarean sections. The average age of patients was 26.57 years old, aged between 14 and 40, median of 24 and standard deviation of 8.1. In this study, it was observed that the 46 patients infected by their operations had admission diagnostics diversified in a way that the diagnostic of the birth process stands out with 19 patients. 45 of the patients showed signs and symptoms characteristic of this type of infection, the predominant age group with the diagnosis of infection at the surgical site was 20-29 years, the surgical site infections that occurred most frequently were surface infections with 31 women affected and all patients progressed to discharge. We conclude this work with the fact that even with advanced and careful hygiene techniques on the part of health care professionals the number of women who develop surgical site infection after cesarean section is still significant.

INTRODUCCIÓN

La cesárea, definida como el nacimiento del feto mediante incisión en la pared abdominal y uterina, es una de las cirugías abdominales más comúnmente realizada en mujeres en todo el mundo. Es un procedimientos que se remonta a la Antigüedad, pero en los últimos dos siglos, experimentó intensas modificaciones en términos de indicaciones, objetivos, técnicas y consecuencias⁽¹⁾.

Brasil es hoy uno de los países con mayor ocurrencia de cesáreas en el mundo y presenta un mayor número de partos por cesárea desde los años 70. Tasas brasileñas actualmente superan en mucho las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que recomienda un máximo de 15% de cesáreas para cualquier país⁽²⁾.

La cesárea, cuando se indica, tiene un papel fundamental en la obstetricia moderna como factor de disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal y materna. Se sabe que este procedimiento quirúrgico, en comparación con el parto vaginal, se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad materna y neonatal, principalmente porque a las

mujeres embarazadas en situación de riesgo generalmente se les aconseja someterse a una cesárea. Este hecho fue comprobado en la investigación relacionada con las complicaciones maternas asociadas con el tipo de trabajo con 1748 mujeres embarazadas en el que los investigadores han encontrado un total de 56,5% de complicaciones en el parto por cesárea y 43,5% en el vaginal⁽³⁾.

La indicación de la cesárea se ha incrementado a niveles injustificados por parte del personal médico, con resultados negativos económicos y en la salud⁽⁴⁾. Las cuatro indicaciones más comunes para las cesáreas son: cesárea anterior, distocia o falta de progresión del trabajo de parto, presentación de nalgas y el estado fetal no tranquilizador⁽⁵⁾.

Aunque la llegada de la cesárea tiene ventajas innegables, cuando la indicación es correcta, la cirugía presenta los siguientes riesgos o desventajas: más largo período de recuperación; mayor morbilidad materna, incluyendo un mayor riesgo de un paro cardíaco después de la cirugía; hematoma de incisión; histerectomía; infección puerperal y complicaciones anestésicas, mayor riesgo de problemas respiratorios neonatales (síndrome de la angustia respiratoria y taquipnea transitoria del recién nacido)⁽¹⁾.

La infección puerperal se define como una infección bacteriana del tracto genital de la mujer en el puerperio reciente⁽⁶⁾. Mientras que la infección quirúrgica, como es el caso del absceso de la pared producido después de la cesárea, se define como cualquier proceso infeccioso inflamatorio de la herida o de la cavidad operada para drenar el pus, con o sin cultivo positivo. La infección puede estar limitada a la incisión quirúrgica o involucrar las estructuras adyacentes a la herida, es decir, los otros tejidos que han sido expuestas o manipulados durante la cirugía⁽⁷⁾.

A nivel internacional, la infección puerperal presenta índices que oscilan entre el 3 y el 20%, con un promedio del 9%. En Brasil, las tasas varían entre el 1 y el 7,2%, que son más bajas que las tasas internacionales, pero representan altos costos para el hospital y pérdidas físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes⁽⁸⁾.

Hay varios tipos de infecciones puerperales, y de esas infecciones se propone prestar atención al caso específico de la infección operatoria, debido a esta presentarse creciente cuantitativamente, incluso existentes avanzadas técnicas de esterilización e higiene⁽⁹⁾.

La infección de la pared abdominal pertenece a la lista de las infecciones nosocomiales y ocurre en 3 a 16% de las operaciones cesáreas⁽⁶⁾. La incidencia de infección de la herida quirúrgica después de cesárea es de 3 a 15%⁽¹⁰⁾.

La Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) se produce dentro de los 30 días después del procedimiento y hasta un año desde la fecha quirúrgica de implantación de prótesis y de acuerdo con el tipo de ISQ, podemos clasificar los siguientes criterios diagnósticos: Infección del Sitio Quirúrgico Incisional Superficial, Infección del Sitio Quirúrgico Incisional Profunda; Infección del órgano o cavidad⁽²⁾.

A través de los años, la aparición de las mujeres que retornaban a la institución con complicaciones en el puerperio, en especial infecciones, fueron readmitidas en el hospital y separadas de sus hijos y familiares, lo que les causa no sólo dolor físico, sino también dolor emocional y, además, algunas de estas mujeres murieron

posteriormente, lo que lleva a la desintegración familiar, otras sufrieron intervenciones graves, como la histerectomía y la salpingectomía, además de secuelas emocionales⁽¹¹⁾.

Incluso con los avances tecnológicos en los centros quirúrgicos y con un conocimiento más amplio acerca de los factores de riesgo de infección hospitalaria, sin embargo, la tasa de infección sigue aumentando⁽¹²⁾.

La herida operatoria debe ser revisada diariamente y con mucho cuidado, en busca de señales de seroma, hematoma e infección. En estos casos, se hace la abertura de los puntos y el drenaje de la secreción serosa o purulenta con la observación cuidadosa en el área de eritema o la aparición de necrosis. Deberían hacerse apósitos diarios, utilizándose antibioticoterapia cuando exista área de celulitis o señales de infección⁽¹⁰⁾.

Con todas las repercusiones de la infección de la herida operatoria después de la cesárea para la mujer, para la institución y para la sociedad, el objetivo de este trabajo es caracterizar los casos de infección de la herida después de la cesárea en las mujeres que permanecieron hospitalizadas en el período de 2008 a 2010 en un hospital público en Fortaleza.

Se espera que este estudio contribuya a mejorar la calidad de la atención de enfermería para las mujeres en post-parto por cesárea y estimular la producción de más estudios para disminuir la incidencia de la infección en esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio retrospectivo, documental utilizando un enfoque cuantitativo, en el que se analizaron los formularios de notificación de la infección hospitalaria de una maternidad pública en Ceará, cuyas pacientes fueron diagnosticadas con la Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) en la incisión después de la cesárea.

El estudio se llevó a cabo en la Comisión de Control de la Infección Hospitalaria (CCIH) de una maternidad pública de Ceará referencia en obstetricia. Esta está acreditado como hospital de enseñanza, sirviendo como campo de entrenamiento en varias áreas.

La población se compone de 51 fichas de notificación de la infección hospitalaria en las mujeres cesareadas que permanecieron hospitalizadas en sitio de investigación con un diagnóstico de infección de la herida operatoria en el período de 2008 a 2010. De esta población cinco formularios de notificación de la infección hospitalaria fueron excluidos por no registrar la fecha de nacimiento de los pacientes, ya que la edad puede influir en el proceso de infección o cura de la misma.

El estudio se realizó entre 2008 y 2010 por sugerencia de los profesionales del sector en investigación (CCIH), reclamando el traslado de las fichas de notificación de infección hospitalaria en mujeres cesareadas de los años anteriores al archivo muerto del hospital en la investigación y la falta de organización de las fichas de notificación hospitalaria de mujeres cesareadas lo que dificulta el acceso a las mismas.

La muestra se compone de 46 fichas de notificación de infecciones hospitalarias de mujeres cesareadas con diagnóstico de infección en la herida y que fueron debidamente rellenas.

La recolección de datos tuvo lugar entre septiembre y octubre de 2011 a través de las fichas de notificación de infección hospitalaria en mujeres cesareadas a través de un instrumento de recolección de datos con las preguntas que contengan las siguientes informaciones: Identificación, Fecha de hospitalización, Origen del paciente, Factor de riesgo, Fecha de la entrada, Unidad principal, Unidad específica, Fecha de la infección, Tipo de infección, Sitio principal y específico, Procedimiento relacionado, Fecha del procedimiento, Sitio de la infección, Cirugía realizada, Equipo que realizó la cirugía, Fecha de inicio y final de la cirugía y Evaluación del riesgo quirúrgico definido por la Sociedad Americana de Anestesia (ASA), Datos de Microbiología como Agentes aislados y material, Fecha de recolección, Material biológico, Tipo de evolución de los pacientes.

Los datos fueron tabulados utilizando Microsoft Excel para Windows (versión 2007), y se analizaron en el Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC), versión 17, que se presentan en los gráficos y discutidos a partir de la literatura pertinente.

Respetamos los problemas éticos y legales relacionados con la investigación en seres humanos, de conformidad con la resolución 196/96 del Ministerio de Salud se conserva así el anonimato de los pacientes con los registros seleccionados para este estudio.

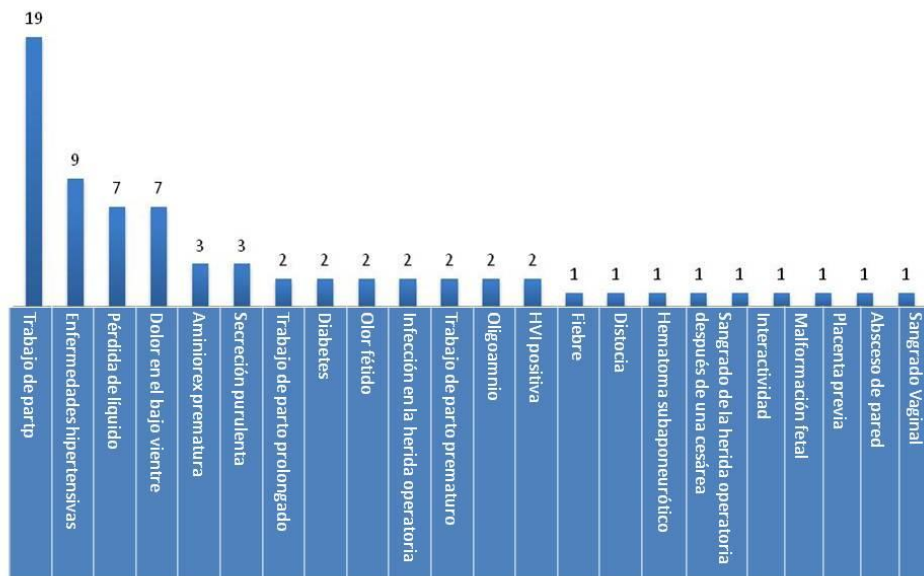
El diseño del estudio fue revisado por el Comité de Ética en Investigación (CEI), y fue aprobado en virtud del Protocolo 0037.0.041.000-11.

El jefe del sector firmó el término fiduciario para garantizar la preservación de la identidad de los pacientes que permanecieron hospitalizados con diagnóstico de infección de la herida operatoria después de la cesárea en la ubicación de búsqueda.

RESULTADOS

A partir de la evaluación a través de las fichas de notificación de infección hospitalaria en mujeres cesareadas podría obtenerse datos relacionados con la población seleccionada para este estudio. El gráfico I muestra los diagnósticos de mujeres hospitalizadas en el centro de investigación.

Gráfico I - Distribución de los diagnósticos de ingreso de mujeres que presentaron infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010.



A través del Gráfico I, se puede ver que los diagnósticos de hospitalización son muchos, entre ellos podemos ver que las mujeres hospitalizadas con el diagnóstico de trabajo de parto se destacan, con 19 mujeres, seguido de otros diagnósticos comunes durante el embarazo, así como las enfermedades hipertensivas con 9 mujeres, la pérdida de fluido con 7 mujeres y dolor en el bajo abdomen con 7 mujeres. Aunque se puede decir que de los 22 diagnósticos reportados, 12 diagnósticos tienen relación con la infección postparto puerperal, estando presente en 27 mujeres en el estudio.

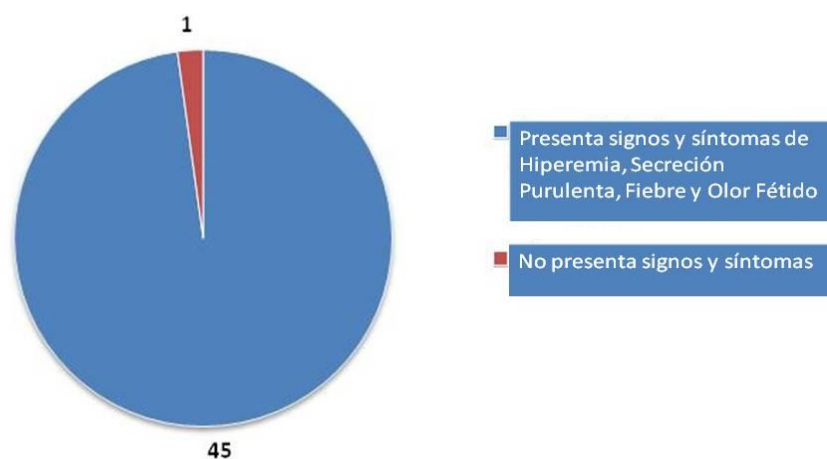
Se sabe que la edad no es importante durante el curado y la curación de procesos infecciosos porque en estos datos se observó en los formularios de notificación de infección hospitalaria de mujeres cesareadas en el sitio de pesquisa, que se explicará en el siguiente gráfico..

Gráfico II – Caracterización del grupo de edad de las mujeres que presentaron infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010.



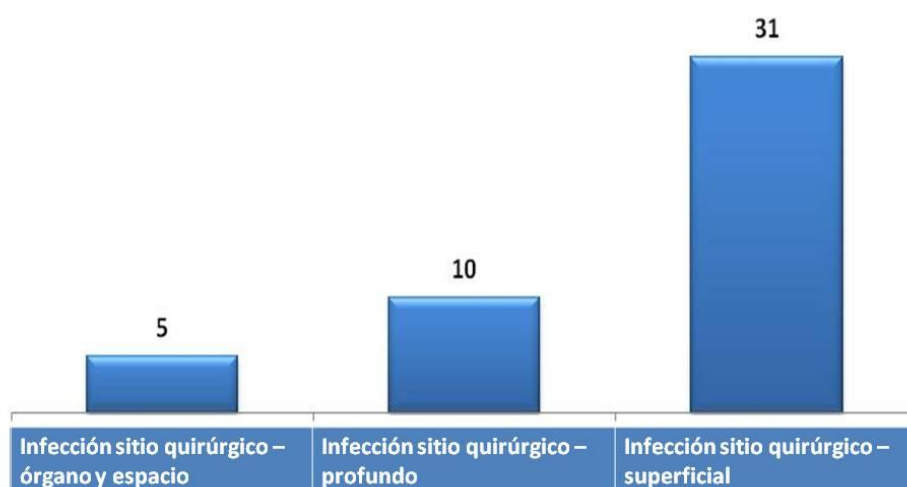
La edad de las mujeres con infección de la herida quirúrgica después de una cesárea varió entre 14 y 40 años, con una mediana de 24 años y una desviación estándar de 8,1.

Gráfico III - Distribución de mujeres que presentaron signos y síntomas de infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010



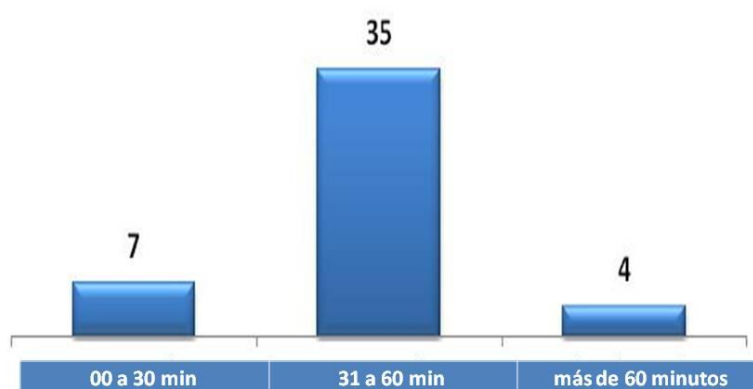
De los 46 pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección después de la herida por cesárea, 45 mujeres muestran todos los signos y síntomas exhibidos en la tabla, ya que se esperaba que esta población presentase estos signos y síntomas que son característicos de las personas que desarrollan este tipo de infección, se da cuenta de que 01 paciente no mostró ninguno de los signos y síntomas exhibidos en el gráfico.

Gráfico IV - Distribución del sitio de infección en mujeres que presentaron infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010.



De acuerdo con el gráfico IV, se puede observar que en 31 pacientes hospitalizados en el local de investigación presentaron ISQ superficial, cantidad considerable en comparación con otros resultados. Numerosas circunstancias pueden aumentar el riesgo de infección después del parto cesáreo, puede ser observado durante el estudio que algunas mujeres presentaron algunos de los factores que predisponen para este tipo de infección facilitando la evolución de ISQ, como las enfermedades hipertensivas, la pérdida de líquidos, amniorex prematuro, diabetes, hemorragia vaginal, oligohidramnios asociados con la demografía social, cultural y económico.

Gráfico V - Distribución del tiempo de realización de la cirugía en mujeres que presentaron infección en la herida operatoria debido al parto por cesárea, Fortaleza, 2008-2010



El gráfico anterior muestra que el tiempo de la cirugía por cesárea en las mujeres que desarrollaron infección de la herida operatoria en el sitio de la investigación fue variable, donde se puede observar que en 35 pacientes de la población estudiada el tiempo de la cirugía se llevó a cabo entre 31 a 60 minutos, cantidad considerable en comparación con el resto de la población.

DISCUSIONES

En cuanto a los diagnósticos presentes en la admisión de las mujeres al hospital, posiblemente sólo estos diagnósticos no justifican la realización de una cesárea. Por lo tanto, las razones principales que se encuentran son los factores sociales, demográficos, culturales y económicos de las mujeres embarazadas, relacionada a la solicitud materna por el tipo de parto y factores relacionados con el modelo de atención desarrollado en varios países, involucrando aspectos de trabajo médico y de otros profesionales, preferencias médicas e intereses económicos de los actores en este proceso⁽¹³⁾. Los autores mencionan que el modelo de atención hospitalaria ni siempre es aceptado por los investigadores del tema, y siguen siendo objeto de cuestionamiento por la sociedad y la comunidad académica.

En el presente estudio, ya que se llevó a cabo en un hospital universitario, cuya mayor parte se trata de personas con escasos recursos económicos, se cree que las preferencias profesionales puede que se superpongan a las condiciones fisiológicas

en los partos, de modo que esto puede justificar la elección por el parto por cesárea en muchos de estos casos.

Siguiendo con las altas tasas de partos por cesárea, las razones de esta alta prevalencia puede estar relacionada con los factores no clínicos, tales como: los socioeconómicos (educación materna elevada, mayor poder económico, seguro de salud privado), características demográficas y reproductiva (edad materna, primiparidad y cesárea anterior) y, finalmente, los factores relacionados a los servicios de salud (mayor frecuencia a la atención prenatal, los partos realizados en servicios privado, por conveniencia médica, por falta de formación médica, cuando ocurre admisión temprana de las mujeres embarazadas, por cesárea a demanda, por factores institucionales y cambios en las prácticas obstétricas)⁽¹⁴⁾.

Las principales indicaciones para la realización de la cirugía de cesárea son: placenta previa total y parcial, malformaciones genitales, tumores anteriores, desproporción céfalo-pélvica con un feto vivo, además de las causas relacionadas con la madre y el feto, como la disección de corazón, pulmón o aórtica, sufrimiento fetal, prolapso de cordón, presentación pélvica o córmica, hermanamiento con 1º feto no cefálico o gemelos monoamnióticos, macrosomía, malformaciones fetales, herpes genital activo, la carga viral > 1.000 copias, cesárea previa, desprendimiento prematuro de la placenta con un feto vivo y placenta previa placenta marginal y bajo distando <2cm orificio interno del cuello del útero⁽¹⁵⁾.

En correlación con el actual estudio, se encontró que de los diagnósticos establecidos 01 tenía sangrado vaginal, 01 placenta previa, 01 malformación fetal, 01 distocia, 01 es HIV positivo, 02 oligohidramnios, 03 amniorex prematuros, factores que posiblemente tiene una indicación de parto cesáreo.

Se realizó también una evaluación en porcentaje de diagnósticos identificados durante la investigación en la que podemos identificar que las mujeres que fueron admitidas en el hospital con un diagnóstico de trabajo de parto corresponden al 41,3%, acompañado de otros diagnósticos como las enfermedades hipertensivas, la pérdida de líquido y dolor en el abdomen inferior, lo que representa respectivamente a 19,57%, 15,22% y 15,22% de las pacientes ingresadas en la unidad de salud en el sitio de investigación.

En cuanto a la edad de los pacientes, no hubo diferencia estadísticamente significativa para la infección puerperal en parturientas con edad hasta los veinte años o para aquellas con más de veinte años⁽⁸⁾.

En números absolutos tenemos un predominio de casos en el grupo de edad de 20 a 29 años, cantidad significativa en comparación con otros grupos de edad en esta población. En Brasil se observó que el grupo de edad de 20-29 años tienen el mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, lo que puede ocurrir en este grupo 48% de las muertes⁽¹⁶⁾. Este grupo de edad es el que tiene el mayor número de mujeres expuestas a complicaciones obstétricas y muerte materna por ser el período de mayor fertilidad⁽¹⁷⁾.

Los autores citados también señalan que existen factores más significativos que el factor de la edad y que exponen a las mujeres a un mayor riesgo obstétrico y la muerte, como complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y puerperio,

enfermedades preexistentes y desarrolladas durante el embarazo relacionada con cuestiones socioeconómicas y demográficas.

Se cree que el hecho de que sólo una mujer no registró los síntomas de infección registrados en su registro se debe a un posible fallo de registro de los signos y síntomas en el formulario de notificación de infección hospitalaria de mujeres cesareadas específicamente citada. La presencia de edema, calor, hiperemia, y drenaje de secreción purulenta de la incisión, con o sin fiebre, fue calificada como infección de la herida operatoria⁽¹⁸⁾.

Siguiendo con el tema, la ISQ se define cuando ocurre en los primeros 30 días después de la cirugía, involucra tejidos blandos profundos a la incisión (músculos y fascias), cultivo positivo de líquido o tejido de la incisión superficial asépticamente obtenida, drenaje purulento, fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$), dolor o aumento de la sensibilidad local, edema local, hiperemia o calor, absceso u otra evidencia de infección que implica la incisión profunda visualizado durante el examen directo, reoperación o examen histopatológico o radiológico, diagnóstico de infección incisional profunda por el cirujano o médico asistente⁽¹⁹⁾.

Dirigiéndose a que los cultivos obtenidos a partir de material purulento, recogido de los focos de infección puerperal, demuestran que se trata de flora polimicrobiana, siendo la anaerobia más frecuente, en material recogido durante las cesáreas (con rotura en las bolsas de más de 6 horas), se encuentran microorganismos anaeróbico y aeróbico en el 63%, 30% aeróbico y anaeróbico en sólo el 7%. Los aislamientos bacterianos fueron: *Peptostreptococcus Peptococcus* y el 45%, el 9% en *Bacteroides*, *Clostridium* en un 3%, *Streptococcus faecalis* en un 14%, *estreptococos del grupo B* en el 8%, el 9% en *Escherichia coli*⁽²⁰⁾.

Relacionado con este estudio, durante la recogida de datos se puede ver que en la ubicación de búsqueda (CCIH), existían registros de cultivos para las demás infecciones y la falta de registro de cultivos específicamente para infección de la herida operatoria, por lo tanto, no se pudo informar en el estudio en discusión de los microorganismos encontrados en la población en estudio, dato que es extremadamente importante para la caracterización, para definir el tratamiento adecuado y optimizar la asistencia a estas mujeres.

Durante la investigación se pudo observar que el equipo de la CCIH solamente notificaba a las mujeres con diagnóstico de infección puerperal que presentaban todos los signos y síntomas característicos de la infección en la cicatriz operatoria, pudiéndose observar que muchas mujeres no fueran notificadas inicialmente, porque es rutina del hospital notificar solamente con todos los criterios diagnósticos para la ISQ.

La infección en la herida operatoria suele aparecer sólo alrededor del 5^o día después de la cirugía, en principio presentando como signo y síntoma fiebre persistente a pesar del tratamiento antimicrobiano adecuado. También es común la aparición de eritema incisional, el endurecimiento y la secreción de la cicatriz quirúrgica⁽²¹⁾.

La simple realización de una incisión realizada durante la cesárea puede ser una puerta de entrada para los gérmenes llevando al paciente a evolucionar con frecuencia a una infección inicialmente local, llegando a la piel y el tejido subcutáneo, pasando la barrera de leucocitos, ella se extiende, profundiza y penetra

profundamente los tejidos blandos, fascia y músculos pudiendo llegar a otros órganos o cavidades.

De acuerdo con los autores mencionados anteriormente, los factores más comunes que predisponen a ISQ después de una cesárea son: la presencia de bacterias en los tejidos desvitalizados quirúrgicamente, vasos linfáticos intramiométriales expuestos a la invasión bacteriana, pérdida de sangre moderada, disminución de la respuesta inmune, la propia entrega, amniorrexis extendidos, con numerosos toques vaginales, además de la baja condición socioeconómica, obesidad, anemia, anestesia general.

Teniendo en cuenta lo que se ha dicho se concluye que ISQ es la infección postoperatoria que rodea la incisión, como: la piel, tejido subcutáneo, fascia, y el tejido muscular y cualquier estructura anatómica abierta o manipulada durante procedimientos quirúrgicos tales como: peritoneo, útero, tejido óseo⁽²²⁾.

Se sabe que cuanto mayor sea la duración de realización de la cirugía cesárea, mayor es la exposición de las estructuras internas al medio externo y, en consecuencia, mayor es el riesgo de infección en la herida operatoria y estructuras subyacentes.

Por lo tanto, todavía se puede decir que la población estudiada estuvo expuesta el tiempo suficiente hasta el punto de aumentar la probabilidad de desarrollar las infecciones del sitio quirúrgico.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta lo que se ha presentado a lo largo de la obra, se puede decir que se ha logrado la caracterización objetiva de los casos de infección de la herida operatoria después de la cesárea en las mujeres. Aunque vale la pena mencionar que la muestra pequeña asociada con un estudio realizado en un solo hospital y una no recogida directa de datos, es decir, una colección secundaria partiendo de los formularios de notificación de infección hospitalaria después de la cesárea, proporcionó una incertidumbre en cuanto a la representatividad de la muestra en relación con la población total del hospital, o incluso a una generalización a otros hospitales.

Otro punto relevante a destacar es la existencia de registros de cultivo en otras infecciones y la falta de registros de cultivo relacionados con los casos de infección de la herida operatoria en concreto, que sería crucial para la caracterización, para el diagnóstico y en consecuencia para una asistencia más cualificada.

Se concluye en este trabajo que, incluso con técnicas avanzadas y el cuidado de la higiene por parte de los profesionales de la salud en las fases pre, intra y postoperatorios el número de mujeres que progresan a la infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es aún considerable, faltando a los profesionales de la salud, cada vez más consciente de las altas tasas de infecciones hospitalarias, aclararse acerca de los riesgos y de qué se puede hacer para reducir estos porcentajes.

Ante un tema tan importante, se sugiere que los profesionales de la salud, principalmente los enfermeros, realicen más trabajos de investigación respecto a las infecciones puerperales, desarrollando estudios en materia de prevención, para que

puedan ser aplicados en la práctica, optimizando la calidad de vida de estas puérperas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Salazar CC. Cesareana. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. p. 390 – 410.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ans; 2008. p. 159.
3. Campana HCR, Pelloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. Rev. Eletr Enf 2007; 9(1): 51-63.
4. Padua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados á realização de cesariana em hospitais Brasileiros. Rev. Saúde Pública 2010; 44(1): 71-9.
5. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with cesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ 2007; 7628(335): 1025-1036.
6. Zugaib M, Veja CEP, Miyadahira S. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: Ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. Rev. Assoc Med 2009; 55(1): 1-11.
7. Borges EL, Saar SRC, Lima VLAN, Gomes FSL, Magalhães MBB. Feridas: como tratar. 2º ed. Belo Horizonte (BH): Coopmed; 2008.
8. Medeiros GO, Sousa LM. Proposta de criação de protocolo de Enfermagem para os cuidados de pacientes com abscesso de parede pós cesaria. Com. Ciencias Saúde 2010; 21(1): 09-20.
9. Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo (SP): Savier; 2005.
10. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, Shoham-Vardi I, Moshe MA. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. Infect. Dis. Obst Gynecol 2000; 9(2): 77-82.
11. Machado NXS, Praça NS. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. Revista Brasileira de Enfermagem, 2005; 58(1): 55-60.
12. Bugatti JC, Lacerda RA. Revisão sistemática sobre aventais cirúrgicos no controle da contaminação/infecção do sítio cirúrgico. Rev. Enfermagem USP 2008; 43(1): 237-244.
13. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública 2010; 45(1): 185-194.
14. Carniel EDF, Zanolli MDL, Morcillo, AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). Rev. Bras Ginecol Obstet 2007; 29(1): 34-40.
15. Rezende Filho J, Montenegro BCA. Obstetrícia: Fundamental. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.
16. Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araújo DAC, Souza JP. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. Rev. Bras Ginecol Obstet 2006; 28(7): 380-7.
17. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev. Enfermagem USP 2010; 44(3): 732-8.
18. Moraes Filho OBD, Costa CFF. Não-fechamento dos Peritônios Visceral e Parietal na Operação Cesariana. Rbgo 1999; 21(10): 587-591.
19. Williams L. Critérios diagnósticos - NNIS [Anvisa]. Brasília; 2005 [acesso em 30 junho 2011]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>

20. Gilstrap LC, Cunningham FG. Infecção puerperal. In: Neme B. Obstetrícia básica. 3. ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2005. p. 775-89.
21. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, et al. Manual de Obstetrícia de Williams. 21° ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
22. Carneiro JCO. Controle de Infecção Hospitalar [módulo básico na internet]. Taguatinga; 2004 [acesso em 09 novembro 2011]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00007572.pdf>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia



Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil

3ª edición



Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil - AEP

Coordinadora: Dra. M^a Isabel Izquierdo Macián

© Asociación Española de Pediatría
C/ Aguirre 1, 1.º izquierda. 28009 Madrid
www.aeped.es
Tel.: 91 435 49 16

Edición y realización: Ergon Creación, S.A.
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)
www.ergon.es

ISBN: 978-84-15351-90-0

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad, ni parte de este libro, pueden reproducirse o transmitirse por ningún tipo de procedimiento electrónico y mecánico, incluidos los de fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin permiso escrito de la Asociación Española de Pediatría.



Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil - AEP

Coordinadora

Dra. M^a Isabel Izquierdo Macián

Especialista en Pediatría. Jefa de Servicio de Pediatría-Neonatología. Área Clínica de las Enfermedades del Niño. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. Coordinadora de la Subunidad Pediátrica de la Unidad de Valoración del Riesgo de Muerte Súbita Familiar de la Comunidad Valenciana (UVRMSFCV). Profesora Asociada de Pediatría. Universitat de València. Sociedad Valenciana de Pediatría. izquierdo_isamac@gva.es

Secretaria

Dra. Julia Leal de la Rosa

Especialista en Pediatría. Servicio de Pediatría General. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Secretaria del Grupo de Trabajo para el Estudio y la Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (GEMSI de la AEP). Sociedad de Pediatría de Madrid. JLDELAROSA@telefonica.net

Vocales

Dra. Pilar Molina Aguilar

Especialista en Anatomía Patológica. Sección de Histopatología. Servicio de Patología. Instituto de Medicina Legal de Valencia. Profesora Asociada de Histología. Departamento de Patología. Facultad de Medicina de Valencia. Miembro de la UVRMSFCV. Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Perinatal e Infantil de la Sociedad Española de Patología Forense (SEPAF). pilar.molina@uv.es

Dra. M^a Paz Suárez Mier

Especialista en Anatomía Patológica. Servicio de Histopatología del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (Departamento de Madrid). Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Perinatal e Infantil de la Sociedad Española de Patología Forense (SEPAF). mariapaz.suarez@justicia.es

Dra. Esther Zorio Grima

Especialista en Cardiología. Servicio de Cardiología. Área Clínica Cardiovascular. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. Coordinadora de la Unidad de Valoración del Riesgo de Muerte Súbita Familiar de la Comunidad Valenciana. Sociedad Española de Cardiología. Sociedad Española de Patología Forense. unidad.ms.cv@gmail.com

Dr. Frederic Camarasa Piquer

Especialista en Pediatría. Ex-Coordinador del Grupo de Trabajo para el Estudio y la Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (GEMSI de la AEP). Sociedad Catalana de Pediatría. 6702fcp@comb.cat

Dra. Pilar Álvarez Jiménez

Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Servicio de Patología del Instituto de Medicina Legal de Murcia. Profesora de Medicina Legal de la Universidad Católica San Antonio (UCAM) de Murcia. Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Perinatal e Infantil de la SEPAF. pilaralvarezjimenez@mju.es

2 Muerte fetal tardía

*Vicente José Diago Almela, Alfredo Perales Puchalt, Marta C. Cohen,
Alfredo Perales Marín*

SÍNTESIS CONCEPTUAL

La muerte fetal tardía es un evento con una definición imprecisa y de difícil medición. Existen en su estudio múltiples clasificaciones y métodos para su estudio. Sin embargo, una gran proporción de casos queda sin un diagnóstico etiológico. Ante este acontecimiento, es de gran importancia con la finalización de la gestación, intentar el diagnóstico etiológico para evitar su suceso en gestaciones siguientes cuando sea posible y el apoyo psicológico a los padres.

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, se define muerte fetal tardía como “la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte se señala por el hecho de que el feto no respira o ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios”.

La diversidad de definiciones (y de procedimientos) empleadas para establecer el óbito fetal es la causa de una dificultad metodológica importante cuando se intenta establecer comparaciones entre la frecuencia y los factores contribuyentes comunicados en las diferentes publicaciones. La

OMS ha adoptado esta definición debido a que es probable que pocos bebés nacidos antes de esta edad gestacional sobrevivan en países de ingresos bajos; sin embargo, algunos nacidos con tan solo 22 semanas en países de ingresos altos logran sobrevivir.

Para las comparaciones entre los diferentes centros y países, se aconseja el uso del índice o tasa de mortalidad fetal que es el cociente entre el número de muertes fetales durante un año civil y el número total de nacidos vivos y muertos durante ese mismo año, multiplicado por 1.000.

Anualmente se producen en todo el mundo 3,9 millones de muertes fetales aproximadamente. Se calcula que alrededor de uno o dos millones de muertes quedan sin cuantificar debido a la dificultad de medir la prevalencia, especialmente en aquellos países en los que el acceso a la asistencia sanitaria es deficitario. El 97% de las muertes fetales ocurren en países en vías de desarrollo, los cuales presentan una prevalencia del 3%. En los países desarrollados la prevalencia es menor del 1%. En España la tasa de mortalidad fetal tardía anual entre los años 2000 y 2006 fue del 3-4‰ del total de nacidos (INE).

2. ETIOLOGÍA

Es fundamental conocer las causas de muerte fetal intrauterina a la hora de diseñar las inter-

venciones, y tenemos que tener en cuenta, por desgracia, que en una importante proporción de casos no vamos a saberla y, en ocasiones, más de una causa puede contribuir a la muerte. Existen múltiples clasificaciones, ninguna de ellas universalmente aceptada. Probablemente, la clasificación más aceptada actualmente es la ReCo-De (*Relevant Condition at Death*), que incluye los siguientes grupos diagnósticos dependiendo de la causa:

Grupo A: Fetal

1. Anomalía congénita letal
2. Infección
 - 2.1. Crónica
 - 2.2. Aguda
3. Hidrops de causa no inmunológica
4. Isoinmunización
5. Hemorragia feto-materna
6. Transfusión de feto a feto
7. Retraso de crecimiento intrauterino

Grupo B: Cordón umbilical

1. Prolapso
2. Nudo o constricción
3. Inserción velamentosa
4. Otras

Grupo C: Placenta

1. Abrupto
2. Placenta previa
3. Vasa previa
4. Insuficiencia placentaria
5. Otras

Grupo D: Líquido amniótico

1. Corioamnionitis
2. Oligohidramnios
3. Polihidramnios
4. Otro

Grupo E: Útero

1. Ruptura
2. Anomalías uterinas
3. Otro

Grupo F: Materna

1. Diabetes
2. Enfermedad de la glándula tiroides
3. Hipertensión primaria
4. Lupus o síndrome antifosfolípido
5. Colestasis
6. Uso indebido de drogas
7. Otra

Grupo G: Intraparto

1. Asfixia
2. Traumatismo de parto

Grupo H: Trauma

1. Externo
2. Iatrogénico

Grupo I: No clasificable

1. Ninguna condición relevante identificada
2. Información no disponible

Un estudio basado en 663 mujeres con feto muerto encontró que haciendo una revisión sistemática de los datos clínicos, la patología placentaria, el cariotipo y la autopsia, era posible identificar la causa de la muerte en el 76% de los casos. Alrededor de un 30% de los casos son debidos a condiciones obstétricas, la mayoría de las cuales son pérdidas fetales intraparto en gestaciones tempranas (insuficiencia cervical, DPPNI, parto pretérmino, RPM,...) y el 24% a anomalías placentarias.

Es interesante también analizar en fase precoz los posibles factores de riesgo de muerte fetal. Se han atribuido muchos, entre ellos: madre soltera con nivel socioeconómico bajo, mayor de 35 años o adolescente, obesa ($IMC > 30$), tabaquismo, falta de control prenatal y de la gestación, alteraciones de la función renal en hipertensas, etc.

3. DIAGNÓSTICO

- De sospecha: desaparición movimientos fetales, ausencia de foco audible de latido car-

diaco fetal, líquido amniótico marrón. Si han pasado varios días: ausencia de crecimiento uterino.

- De certeza: ecografía. La muerte fetal se diagnostica mediante la visualización del corazón fetal, demostrándose la ausencia de actividad cardíaca durante al menos 2 minutos.
- Signos radiológicos: tienen un interés histórico, siendo de sospecha y certeza.

4. CONDUCTA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL TARDÍA

4.1. Información y soporte emocional

La muerte fetal constituye un acontecimiento traumático para los padres así como para su entorno familiar y social. El apoyo y la comprensión por parte de los profesionales que les atienden pueden mejorar la evolución del duelo y prevenir la patología psicosocial derivada del mismo. Es recomendable establecer una comunicación abierta y sincera con la pareja, dedicándoles el tiempo que precisen y emplear un lenguaje sencillo carente de exceso de tecnicismos. A ser posible, es preferible que sea un único profesional o equipo de profesionales el que trate con la pareja durante todo el proceso a fin de simplificar el mismo y proporcionar un entorno conocido donde prime la empatía.

Hay que valorar las etapas del duelo: periodo de shock, etapa de búsqueda y añoranza, etapa de desorganización y etapa de reorganización. Es preciso que los profesionales sean capaces de detectar posibles alteraciones en el transcurso del duelo de manera que pueda prevenirse o minimizarse la incidencia de morbilidad psicológica. La incidencia de morbilidad psiquiátrica de las madres tras una muerte perinatal puede alcanzar el 13-34%.

Parece beneficioso desde un punto de vista psicológico para facilitar el duelo posterior que los

padres vean al recién nacido tras el parto y si lo desean pasen un tiempo con él, a solas o en compañía de personal sanitario. En caso de negativa, ha de hacerse constar en la historia clínica.

Algunas estrategias para reducir la morbilidad psicológica son:

- Proporcionar información honesta y comprensible.
- Proporcionar soporte emocional durante el parto e ingreso.
- Reafirmar la existencia del nacido y la realidad de su muerte (ver, tocar y nombrar al recién nacido).
- Contribuir al esclarecimiento de las causas de la muerte.
- Facilitar la realización de los ritos que prefiera la familia y respetar sus creencias.
- Proporcionar un soporte psicológico activo.

4.2. Prevención de los efectos negativos sobre la salud materna

Aunque poco frecuentes, ante una muerte fetal anteparto debemos tener en cuenta las complicaciones potenciales que éste puede tener sobre la salud materna. Básicamente se han descrito dos complicaciones: la corioamnionitis y la coagulopatía. Ambas requieren habitualmente un periodo de latencia prolongado para su aparición, que no suele ocurrir debido a que la conducta habitual es la finalización de la gestación y no la pauta expectante. Sin embargo, se recomienda, al diagnóstico y en caso de no finalización precoz de la gestación, el estudio de la hemostasia materna (niveles de fibrinógeno menores de 100 mg/dL se consideran diagnósticos de coagulopatía), hemograma y control de la temperatura y sangrado maternos. Se ha descrito que la prevalencia de coagulopatía de consumo en las pacientes con feto muerto retenido más de cuatro semanas es del 25%. La prevención más efectiva de estas complicaciones es la finalización precoz de la gestación.

4.3. Finalización de la gestación: inducción del parto

Tras el diagnóstico de muerte fetal, la actitud terapéutica recomendada es la finalización del embarazo. En el 80% de los casos se inicia el parto de forma espontánea en las 2 o 3 semanas que siguen a la muerte fetal. En la mayoría de los casos el diagnóstico de la muerte fetal se realiza antes de transcurrido este tiempo por lo que será preciso establecer la conducta más apropiada, que suele ser la inducción del parto. El momento y los métodos de la inducción del parto dependerán de la edad gestacional, la historia materna y las preferencias de la madre. Aunque la mayoría de las pacientes optan por una terminación precoz, el momento del parto no supone una urgencia puesto que el desarrollo de complicaciones se relaciona con una retención fetal prolongada. Atendiendo a cada situación particular, se recomienda terminar el embarazo en un plazo de tiempo corto, si es posible en las primeras 24 horas tras el diagnóstico dado el estado emocional materno. La finalización del embarazo deberá ser inmediata cuando se presenten signos de infección, rotura de membranas o coagulopatía.

Algunas consideraciones con respecto a la inducción de parto que se deben tener en cuenta son:

- Comunicación sincera y abierta con los padres dando a conocer el procedimiento de la inducción del parto.
- Solicitar consentimiento informado para inducción del parto.
- Facilitar el acompañamiento de la paciente por un familiar.
- Llevar a cabo la inducción en un lugar aislado y separado de otras gestantes.
- Emplear de elección la vía vaginal, tanto para presentación cefálica como podálica. La situación transversa puede intentar reconvertirse en longitudinal evaluando los riesgos.
- Proporcionar la analgesia precisa, evitando los analgésicos que disminuyen la consciencia. Se considera de elección la analgesia epidural.

- Empleo restrictivo de la episiotomía.
- Recomendar la visualización del recién nacido y dejar constancia de la negativa en caso de que los padres no lo deseen.
- Tras la el parto, retirada de la lactancia y alta precoz.

En los casos de muerte fetal intrauterina ocurridos en segundo trimestre de gestación se puede ofrecer a los padres la posibilidad de dilatación y evacuación quirúrgica uterina si existe experiencia en el centro, aunque será preciso que conozcan que este método puede limitar la eficacia de la necropsia para la detección de anomalías macroscópicas fetales.

La inducción del parto es el método más apropiado para la terminación del embarazo. La elección del método de inducción dependerá de la edad gestacional y las condiciones obstétricas, así como de la práctica clínica más habitual en cada centro.

En la inducción del parto, cuando el índice de Bishop es favorable, se debe optar por la oxitocina intravenosa. Cuando el cuello no está maduro, el fármaco de elección son las prostaglandinas. Tradicionalmente se ha utilizado la prostaglandina E2, pero el misoprostol presenta una eficacia superior. Sin embargo, como la indicación de inducción del parto no está actualmente recogida en su ficha técnica, el misoprostol se ha de utilizar como uso compasivo.

El misoprostol se puede administrar por vía oral o vaginal. Esta última forma tiene menos efectos secundarios y acorta el tiempo hasta el parto. Aunque existen diferentes pautas, todas ellas con una efectividad similar, en general suelen tener en cuenta el tamaño uterino o la edad de gestación:

- Entre las 13 y 17 semanas: 200 µg/6 h (dosis máxima diaria: 1.600 µg).
- Entre las 18 y 26 semanas: 100 µg/6 h (dosis máxima diaria: 800 µg).
- 27 semanas o más: 25-50 µg/4 h (hasta 6 dosis).

El empleo de prostaglandinas aumenta el riesgo de rotura uterina, especialmente en el caso de cicatriz previa, por lo que es recomendable el control de la dinámica y el uso de dosis reducidas en mujeres con cicatrices uterinas.

4.4. Diagnóstico etiológico del proceso: estudio del feto muerto (necropsia)

Objetivos de la autopsia fetal

- a. Corroborar la edad gestacional.
- b. Determinar el lapso de muerte.
- c. Identificar la presencia de malformaciones genéticas o enfermedades metabólicas.
- d. Documentar el crecimiento y desarrollo intrauterinos.
- e. Evaluar el embarazo y el parto.
- f. Identificar el/los factores que contribuyeron a la muerte.
- g. Identificar, de ser posible, la causa inmediata de muerte fetal.
- h. Evaluar la atención obstétrica.
- i. Evaluar la eficacia de nuevos procedimientos obstétricos o terapéuticos.
- j. Generar información para auditorías clínicas.
- k. Proveer información que ayudará a planificar embarazos futuros.

A fin de optimizar los resultados de la autopsia fetal, es necesario proveer al patólogo perinatal con la siguiente información:

- a) Historia clínica materna, resaltando información relevante.
- b) Antecedentes familiares: consanguinidad, malformaciones, enfermedades genéticas.
- c) Antecedentes obstétricos: embarazos previos, complicaciones obstétricas.
- d) Embarazo actual: fecha de última menstruación, complicaciones (hipertensión, toxemia, diabetes gestacional, infecciones, retraso de crecimiento intrauterino, hemorragias), uso indebido de drogas, tabaquismo.
- e) Ecografía y/o resonancia magnética fetal.

- f) Trabajo de parto: la información deberá incluir datos de la hora de comienzo del trabajo de parto y de la ruptura de membranas ovulares, la cantidad y características del líquido amniótico, la presencia o no de sangrado vaginal, la duración del trabajo de parto, la medicación administrada y el uso de fórceps o ventosa.

Protocolo de autopsia fetal

El feto deberá ser remitido fresco (sin fijación en formaldehído) y con premura al laboratorio de patología.

El protocolo de autopsia fetal incluye:

- a. Radiografía completa, preferentemente informada por radiólogo pediatra.
- b. Fotografía del cadáver, frente perfil y ambos laterales.
- c. Medición de los siguientes parámetros: longitud cráneo-coxis, longitud cráneo-talón, perímetro cefálico, perímetro torácico, circunferencia abdominal, longitud de la ambos pies (planta del pie) y peso corporal. Estos parámetros deberán ser confrontados con los esperados a la edad gestacional del feto y con los correspondientes a la edad gestacional del feto. Se considera que el parámetro más preciso para indicar la edad gestacional es la longitud del pie.
- d. Toma de muestra para cariotipo (en presencia de dismorfias, hydrops fetal o malformaciones). Se recomienda muestra de piel fetal y de superficie placentaria fetal.
- e. Establecer el grado de maceración fetal (si es mortinato).
- f. Indicar si hay presencia de meconio.
- g. El examen externo deberá ser exhaustivo y dirigido a la detección de malformaciones. Deberán describirse la dimensión y consistencia de la fontanela (blanda o tensa), los ojos, la nariz (utilizar sonda para comprobar si las fosas nasales son permeables), los oídos, los labios, el paladar, la lengua, las manos y

pies, la presencia o ausencia de anomalías en los dedos (polidactilia, membranas interdigitales, etc.), el orificio anal (permeable o no), los genitales (ambiguos, normales, testículos descendidos o no, etc.), las paredes torácica y abdominal, la región lumbar, etc.

- h. El examen interno deberá ser minucioso. Cada órgano debe ser pesado y comparado con los valores esperados para la edad gestacional.
- i. Es conveniente realizar el examen del sistema nervioso central tras la fijación en formaldehído buffer al 20% durante 7 días.
- j. Luego de la disección, que debe determinar la presencia o ausencia de malformaciones internas, deberán tomarse muestras representativas de cada órgano. Debe también incluirse una muestra de la unión condro-costal, ya que ésta provee información referida a la calidad del desarrollo intrauterino fetal.
- k. En circunstancias especiales puede ser necesario realizar análisis de bacteriología, virología, análisis cromosómico, estudios metabólicos, estudios de genética molecular, etc.
- l. La autopsia fetal debe incluir el examen de la placenta.

Estudio de la placenta

Es ésta una parte fundamental de la autopsia fetal. La placenta debe ser remitida en fresco (sin fijación en formaldehído) y junto con el feto.

El examen de la placenta incluye:

1. Inspección de las membranas ovulares: completas o incompletas; sitio de ruptura; color.
2. Superficie fetal: color de la superficie amniótica, disposición de los vasos de la placa coriónica, presencia de trombosis vasculares.
3. Cara materna: establecer si está completa o no, si existen signos de hemorragia retroplacentaria, presencia de depósitos excesivos de fibrina.
4. Tras la inspección indicada en los puntos anteriores, las membranas ovulares y el cor-

dón umbilical se separan. Se toma muestra de membranas. Se determina la longitud y el diámetro del cordón umbilical, su tipo de inserción (marginal, central, velamentosa, excéntrica), la presencia de nudos, edema, color, trombosis y el número de vasos. Se recomienda tomar un mínimo de dos muestras para histología.

5. Se establecen las medidas (dos diámetros y el espesor) y el peso placentarios. Este se compara con el esperado para la edad gestacional.
6. La placenta se secciona en cortes perpendiculares de 1 cm de espesor, examinando cuidadosamente la superficie de corte. Se describe la presencia de infartos, hematoma intervellositario, exceso de fibrina, presencia de corangiomas, etc. Se recomienda tomar como mínimo 3 muestras del parénquima placentario. Éstos deben incluir la placa coriónica, la decidua materna y el parénquima placentario.
7. Se recomienda documentar fotográficamente las anomalías macroscópicas.
8. El peso de la placenta (sin membranas o cordón) se compara con los valores esperados para la edad gestacional. Valores inferiores al percentil 10 corresponden con placentas pequeñas para la edad gestacional, mientras que valores superiores al percentil 90 son grandes para la edad gestacional.

La relación peso fetal/peso placentario debe ser calculada. La misma se compara con lo esperado para la edad gestacional. Esta relación permite establecer si la eficiencia placentaria y el crecimiento fetal han sido adecuados.

4.5. Orientación ante futuras gestaciones

En los casos de pacientes que han sufrido una muerte fetal intrauterina, la gestación tras este acontecimiento se considera de alto riesgo. En general, se aconseja retrasar el siguiente embarazo al menos un año o bien hasta que se haya producido la recuperación completa, física y psicológica, de manera que el único objetivo del mismo no sea reemplazar al hijo fallecido. Esta búsqueda

de reemplazo puede promover sentimientos negativos hacia el futuro hijo.

Clásicamente, el riesgo de recurrencia está incrementado en 2 a 10 veces, pero estos valores datan de estudios realizados en los años 90 con análisis muy limitados de los casos. Este riesgo está asociado a la causa inicial que ocasionó la muerte. Goldenberg y cols. evaluaron las gestaciones subsiguientes en 95 mujeres con feto muerto previo y encontraron un aumento del riesgo de parto pretérmino en el 40% de los casos, un 5% de muerte fetal y un 6% de muerte neonatal. Gordon y cols. estudiaron la asociación en la gestación posterior desde otro punto de vista; después de una gestación inicial con RN muerto, RN prematuro o pequeño para la edad gestacional (PEG), utilizan una cohorte de primer y segundo embarazo de 52.110 mujeres en Nueva Gales del Sur (Australia) y observan que el riesgo absoluto de RN muerto por encima de 40 semanas completas de gestación (en mujeres de 30-34 años) fue de 4,84 por 1.000 cuando hubo una RN muerto en el primer embarazo, pero este riesgo aumenta a 7,19 por mil cuando en el primer embarazo hubo un RN pretérmino y PEG. Esto es muy importante, ya que la combinación prematuro-PEG en EE.UU. es del 8,5%, que son los que verdaderamente están en un riesgo mayor.

5. RESUMEN DE LOS PUNTOS CLAVE

- La muerte fetal tardía se define como la muerte a las 28 semanas de gestación y en adelante.
- Su frecuencia se estima en 3,9 millones/año, ocurriendo mayoritariamente en países en vías de desarrollo.
- Existen múltiples clasificaciones, la más aceptada actualmente es la ReCoDe.
- La etiología de la muerte fetal es desconocida en un gran número de casos a pesar de su estudio.
- Tras el diagnóstico es importante la finalización de la gestación y el soporte emocional a los padres.

- Debe intentarse el diagnóstico etiológico para intentar prevenir en un futuro causas modificables y permitir un mejor consejo ante futuras gestaciones.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe. 2001.
2. Silver RM. Fetal death. *Obstet Gynecol.* 2007; 109: 153-67.
3. Bukoski R, Carpenter M, Conway D, Coustan D, Dudley DJ, Goldenberg RL. Causes of death among stillbirths. *JAMA.* 2011; 306: 2459-68.
4. Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Association between stillbirth and risk factors known at pregnancy confirmation. *JAMA.* 2011; 306: 2469-79.
5. Kirkley-Best E, Kellner KR. The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth. *Am J Orthopsychiatry.* 1982; 52: 420-9.
6. Radestad I, Steineck G, Nordin C, Sjogren B. Psychological complications after stillbirth--influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ.* 1996; 312: 1505-8.
7. Diagnosis and management of fetal death. ACOG Technical Bulletin Number 176-January 1993. *Int J Gynaecol Obstet.* 1993; 42: 291-9.
8. Misoprostol in Obstetrics and Gynaecology. Clinical guideline. Expert Group convened by WHO. Disponible en: www.misoprostol.org/File/guidelines.php
9. Cohen M. Fetal, perinatal and infant autopsies. En: Burton J, Rutty G, eds. *The Hospital Autopsy A Manual of Fundamental Autopsy Practice*, Third Edition. London: Hodder Arnold Publication; 2010. p. 184-202.
10. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. *Obstet Gynecol.* 2009; 113: 748-61.
11. Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *BMJ.* 2005; 331: 1113-7.
12. Reddy UM. Prediction and prevention of recurrent stillbirth. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 1151-64.
13. Goldenberg R, Mayberry SK, Copper RL, Dubard MB, Hauth JC. Pregnancy outcome following a second-trimester loss. *Obstet Gynecol.* 1993; 81: 444-6.

14. Gordon A, Raynes-Greenow C, McGeechan K, Morris J, Jeffery H. Stillbirth risk in a second pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2012; 119: 509-17.
15. Spong CY, editor. Add stillbirth to the list of outcomes to worry about in a pregnant woman with a history of preterm birth or fetal growth restriction. *Obstet Gynecol.* 2012; 119: 495-7.

Enfermedades y afecciones

Desprendimiento de placenta

[Solicite una consulta](#)

Síntomas y causas

Diagnóstico y tratamiento

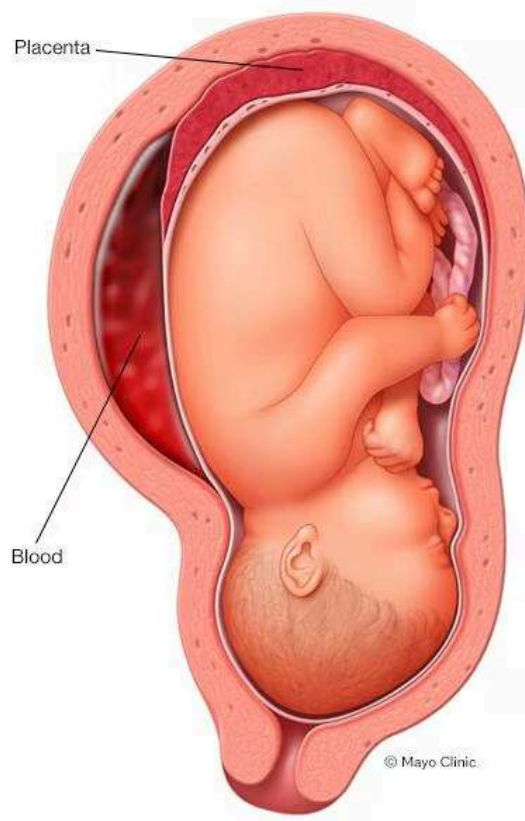
En esta página

[Descripción general ↓](#) [Síntomas ↓](#) [Cuándo consultar al médico ↓](#) [Causas ↓](#) [Factores de riesgo ↓](#) [Complicaciones ↓](#) [Prevención ↓](#)

Descripción general

El desprendimiento abrupto de placenta (abruptio placentae) es una complicación poco frecuente, pero grave, del embarazo. La placenta se desarrolla en el útero durante el embarazo. Se adhiere a la pared del útero y suministra al bebé nutrientes y oxígeno.

El desprendimiento de la placenta se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared interna del útero antes del parto. Esto puede disminuir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes del bebé y causar una fuerte sangrado en la madre.



Desprendimiento de placenta

La placenta es un órgano que se desarrolla en el útero durante el embarazo. El desprendimiento de placenta se produce cuando la placenta se separa de las paredes internas del útero antes del parto. El desprendimiento de placenta puede privar al bebé de oxígeno y de nutrientes, y provocar un sangrado intenso en la madre. En algunos casos, se puede necesitar un parto prematuro.

El desprendimiento de placenta con frecuencia aparece de manera repentina. Si no se trata, pone en peligro a la madre y al bebé.

Aviso

Mayo Clinic no respalda empresas ni productos. Los ingresos por publicidad respaldan nuestra misión sin fines de lucro.

Avisos comerciales y patrocinio

[Política](#) | [Oportunidades](#) |

[Opciones de anuncios](#)

Productos y servicios

[Un libro: Mayo Clinic Guide to a Healthy Pregnancy \(<i>Guía de Mayo Clinic para un embarazo saludable</i>\)](#)

[Variedad de productos para la salud femenina de la Tienda de Mayo Clinic](#)

Síntomas

Es más probable que el desprendimiento placentario ocurra en el último trimestre del embarazo, en especial, durante las últimas semanas antes del nacimiento. Los signos y síntomas del desprendimiento placentario incluyen:

- Hemorragia vaginal, aunque puede ser que no haya ninguna
- Dolor abdominal
- Dolor de espalda
- Sensibilidad o rigidez uterina
- Contracciones uterinas, a menudo una tras otra

Dolor abdominal y dolor de espalda que a menudo comienzan repentinamente. La cantidad de sangrado vaginal puede variar mucho y no necesariamente indica la cantidad de placenta que se ha separado del útero. Es posible que la sangre quede atrapada dentro del útero así que, incluso con un desprendimiento placentario grave, podría no haber sangrado visible.

En algunos casos, el desprendimiento placentario se desarrolla lentamente (desprendimiento crónico), lo que puede causar un ligero e intermitente sangrado vaginal. Es posible que el bebé no crezca tan rápido como se esperaba y que tenga un bajo nivel de líquido amniótico u otras complicaciones.

Cuándo consultar al médico

Busca atención de emergencia si tienes signos o síntomas de desprendimiento de placenta.

[Solicite una consulta](#)

Causas

En general, no se conoce la causa del desprendimiento de la placenta. Algunas causas posibles son traumatismos o lesiones abdominales, por ejemplo, a partir de un accidente automovilístico o caída, o la pérdida rápida del líquido que rodea y amortigua al bebé en el útero (líquido amniótico).

Factores de riesgo

Los factores que pueden aumentar el riesgo de desprendimiento de placenta incluyen:

- Desprendimiento de placenta en un embarazo anterior que no fue causado por un traumatismo abdominal
- Presión arterial alta crónica (hipertensión)
- Problemas relacionados con la hipertensión durante el embarazo, incluidos preeclampsia, síndrome de HELLP o eclampsia
- Una caída u otro tipo de golpe en el abdomen
- Fumar
- Uso de cocaína durante el embarazo
- Rotura prematura de las membranas, que provoca fuga del líquido amniótico antes del final del embarazo
- Infección dentro del útero durante el embarazo (corioamnionitis)
- Ser una persona mayor, especialmente mayor de 40 años

Complicaciones

El desprendimiento de placenta puede causar problemas que pueden ser mortales tanto para la madre como para el bebé.

En la madre, el desprendimiento de placenta puede provocar:

- Shock debido a la pérdida de sangre
- Problemas de coagulación de la sangre
- Necesidad de una transfusión sanguínea
- Insuficiencia renal o de otros órganos debido a la pérdida de sangre
- En raras ocasiones, si no se puede controlar el sangrado uterino, puede ser necesaria una histerectomía

En el bebé, el desprendimiento de placenta puede provocar:

- Crecimiento deficiente por no recibir suficientes nutrientes
- Insuficiencia de oxígeno

- Nacimiento prematuro
- Muerte fetal intraútero

Prevención

No puedes evitar el desprendimiento de la placenta, pero sí puedes disminuir ciertos factores de riesgo. Por ejemplo, no fumes ni consumas drogas ilegales, como cocaína. Si tienes presión arterial alta, controla esta afección junto con tu proveedor de atención médica.

Usa siempre cinturón de seguridad en el automóvil. Si tuviste un traumatismo abdominal, por un accidente automovilístico, una caída u otra lesión, busca atención médica de inmediato.

Si ya tuviste un desprendimiento de la placenta y estás planeando otro embarazo, habla con tu proveedor de atención médica antes de concebir para saber si hay alguna manera de reducir el riesgo de tener otro desprendimiento.

Reciba nuestro boletín informativo gratuito en español

El boletín informativo de Mayo Clinic en español es gratuito y se envía semanalmente por correo electrónico con consejos de salud, recetas deliciosas, descubrimientos médicos y más. [Vea un ejemplo](#) del correo electrónico e inscríbese a continuación.

Correo electrónico *

Suscríbase

[Infórmese acerca del uso de datos en Mayo Clinic.](#) ▼

Solicite una consulta

Escrito por el personal de Mayo Clinic

Feb 25, 2022

 Imprimir

[Mostrar referencias](#) ▼

Desprendimiento placentario

Por [Antonette T. Dulay, MD](#), Main Line Health System

Revisado/Modificado mar 2024

El desprendimiento de placenta (abruptio placentae) es la separación prematura de la placenta del útero, en general después de las 20 semanas de edad gestacional. Puede ser una emergencia obstétrica. Las manifestaciones pueden incluir dolor e hipersensibilidad a la palpación uterina y sangrado vaginal, posiblemente con shock hemorrágico y coagulación intravascular diseminada. La fuente del sangrado en el desprendimiento de placenta es materna. El diagnóstico es clínico y a veces ecográfico. El tratamiento consiste en el parto inmediato en caso de que exista inestabilidad materna o fetal o un embarazo cercano al término.

Signos y síntomas | Diagnóstico | Tratamiento | Conceptos clave

La rotura placentaria y otras anomalías obstétricas aumentan el riesgo de morbilidad o mortalidad para la mujer, el feto o el recién nacido.

El desprendimiento de placenta tiene una incidencia de 0,4 al 1,5% de todos los embarazos, con un pico entre las 24 y las 26 semanas.

El desprendimiento puede implicar cierto grado de separación placentaria, de unos pocos centímetros hasta total. La separación puede ser aguda o crónica. Produce sangrado en la decidua basal detrás de la placenta (retroplacentario). Muy a menudo, la etiología es desconocida.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desprendimiento de placenta incluyen los siguientes:

- Edad materna avanzada
- [Hipertensión](#) (inducida por el embarazo o crónica)
- Isquemia placentaria (enfermedad isquémica placentaria) que se manifiesta con una [restricción del crecimiento intrauterino](#)
- [Infecciones intraamnióticas](#) (corioamnionitis)
- [Vasculitis](#)
- Otros trastornos vasculares
- Antecedentes de desprendimiento de placenta
- [Traumatismo abdominal](#)
- [Trastornos trombóticos](#) maternos adquiridos
- Tabaquismo
- [Rotura prematura de membranas](#), sobre todo en mujeres con [polihidramnios](#)
- [Uso de cocaína](#) (riesgo de hasta el 10%)

Complicaciones

Las complicaciones del desprendimiento de placenta incluyen las siguientes:

- Pérdida de sangre materna que puede resultar en inestabilidad hemodinámica, con shock o sin él, y/o [coagulación intravascular diseminada](#) (CID)
- Compromiso fetal (p. ej., sufrimiento fetal, muerte) o, si el desprendimiento prematuro de placenta es crónico, restricción del crecimiento u oligohidramnios
- A veces, transfusiones fetomaternas y aloinmunización (p. ej., debido a [sensibilización al Rh](#)).

Signos y síntomas de desprendimiento de placenta

La gravedad de los signos y los síntomas del desprendimiento de placenta depende del grado de desprendimiento y de la pérdida de sangre.

El desprendimiento agudo de placenta puede producir hemorragia uterina. La sangre también puede permanecer detrás de la placenta (hemorragia oculta o contenida). Si la separación continúa, el útero puede volverse doloroso e irritable a la palpación. Si el desprendimiento de placenta queda oculto en forma total o parcial, el dolor y la hipersensibilidad a la palpación uterina pueden parecer fuera de proporción con el volumen de sangrado.

Puede producirse un shock hemorrágico, y pueden aparecer signos de coagulación intravascular diseminada.

El desprendimiento crónico de placenta puede causar un sangrado amarronado oscuro continuo o intermitente.

En algunos casos, el desprendimiento de placenta no causa signos o síntomas o estos son mínimos.

Diagnostico de desprendimiento prematuro de placenta

- Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal
- A veces, análisis de coagulación en sangre
- A veces, hallazgos ecográficos

El diagnóstico de desprendimiento de placenta se sospecha si se encuentra cualquiera de los siguientes hallazgos después del primer trimestre:

- Sangrado vaginal
- Dolor uterino espontáneo o a la palpación
- Distrés o muerte fetal
- Shock hemorrágico
- CID

El desprendimiento de placenta también debe considerarse en mujeres que han tenido un traumatismo abdominal. Si el sangrado se produce al final del embarazo, debe descartarse la [placenta previa](#), que tiene síntomas similares, antes de realizar un examen pélvico; si hay una placenta previa, el examen puede agravar el sangrado.

La evaluación del desprendimiento de placenta incluye lo siguiente:

- Monitorización cardíaca fetal
- Hemograma completo
- Tipo y factor Rh
- TP/TTP (tiempo de protrombina/tiempo de tromboplastina parcial)

- Fibrinógeno sérico y productos de la división de la fibrina (el indicador más sensible)
- Ecografía pelviana
- Prueba de Kleihauer-Betke si la paciente tiene sangre Rh negativa, para calcular la dosis de inmunoglobulina Rho(D) necesaria

La fuente del sangrado en el desprendimiento de placenta es materna. Sin embargo, la separación parcial o completa de la placenta de la pared uterina compromete el intercambio de oxígeno fetal. La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal puede detectar un patrón preocupante o la muerte fetal.

Los resultados anormales de los análisis de coagulación en sangre o la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal apoyan el diagnóstico.

La ecografía transvaginal es necesaria si se sospecha placenta previa sobre la base de la ecografía transabdominal. La ecografía puede mostrar en algunos casos el desprendimiento de placenta. Sin embargo, los resultados con cualquier tipo de ecografía pueden ser normales en el desprendimiento prematuro de placenta.

Perlas y errores

- Los hallazgos ecográficos normales no descartan un desprendimiento de placenta.

Tratamiento de desprendimiento prematuro de placenta

- A veces, rápida finalización del embarazo y medidas agresivas de soporte hemodinámico (p. ej., en un embarazo de término o por posible inestabilidad materna o fetal)
- Prueba de hospitalización para observación si el embarazo no está cerca del término y si la madre y el feto están estables

La **cesárea urgente** generalmente está indicada si hay desprendimiento de placenta más alguno de los siguiente factores:

- Inestabilidad hemodinámica materna
- Patrón de frecuencia cardíaca fetal preocupante
- Embarazo de término (≥ 37 semanas); parto pretérmino posiblemente necesario si la madre o el feto tienen un riesgo elevado de morbilidad grave

Una vez que el parto se considera necesario, se puede intentar el **parto vaginal** si todos los siguientes están presentes:

- La madre está hemodinámicamente estable.
- Si el patrón de frecuencia cardíaca fetal es tranquilizador.
- El parto vaginal no está contraindicado (p. ej., por placenta previa o vasa previa).

El trabajo de parto puede ser inducido o acelerado cuidadosamente (p. ej., usando oxitocina y/o amniotomía). Se deben hacer preparativos para una [hemorragia posparto](#).

Se aconseja **hospitalización y observación** si están presentes todos los siguientes factores:

- Sangrado que no amenaza la vida de la madre o el feto.
- Si el patrón de frecuencia cardíaca fetal es tranquilizador.
- El embarazo es pretérmino (< 37 semanas).

Este abordaje permite que la madre y el feto sean monitorizados y, si es necesario, tratados rápidamente. Se debe aconsejar a las mujeres que se abstengan de mantener relaciones sexuales.

Los **corticosteroides** deben tenerse en cuenta (para acelerar la maduración de los pulmones fetales) si la edad gestacional es < 34 semanas. También se pueden administrar corticosteroides en presencia de alguno de los siguientes hallazgos:

- El embarazo es pretérmino tardío (de 34 a 36 semanas).
- La madre no ha recibido previamente corticosteroides durante este embarazo y no tiene contraindicaciones.
- El riesgo de parto en el período pretérmino tardío es alto (1).

Si el sangrado se detiene y el estado de la madre y el feto permanecen estables, se permite la deambulaci3n y, en general, el alta hospitalaria. Si el sangrado continúa o el estado se deteriora, puede estar indicada la cesárea inmediata.

Las complicaciones del desprendimiento placentario (p. ej., shock, coagulaci3n intravascular diseminada) se tratan con reposici3n intensiva de sangre y hemoderivados.

Referencia del tratamiento

1. [Gyamfi-Bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, et al](#): Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. *N Engl J Med* 374 (14):1311–1320, 2016. doi: 10.1056/NEJMoa1516783

Conceptos clave

- El desprendimiento de placenta es la separaci3n prematura de la placenta del útero y puede ser una emergencia obstétrica.
- Por lo general, se manifiesta como sangrado uterino y dolor o hipersensibilidad a la palpaci3n uterina; el sangrado varía en volumen y agudeza y, si el desprendimiento no es evidente, puede estar ausente.
- El diagnóstico se basa en los signos y los síntomas característicos.
- La ecografía puede mostrar en algunos casos el desprendimiento; los resultados anormales en las pruebas sanguíneas de coagulaci3n o la monitorizaci3n de la frecuencia cardíaca fetal apoyan el diagnóstico.
- Manejo con cesárea inmediata si la estabilidad materno fetal se ve amenazada o si el embarazo es de término.
- Considerar la posibilidad de un parto vaginal si la madre y el feto est3n estables y el embarazo es de término.



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → Histerectomía

Dirección de esta página: [//medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm)

Histerectomía

Es la cirugía para extirpar el útero (matriz) de una mujer. El útero es un órgano muscular hueco que alimenta al feto durante el embarazo.

Descripción

Durante una histerectomía, a usted le pueden extirpar todo el útero o parte de este. Las trompas de Falopio y los ovarios pueden también extirparse.

Hay muchas maneras diferentes de hacer una histerectomía. Puede hacerse a través de:

- Una incisión quirúrgica en el abdomen (llamada una abertura o histerectomía abdominal)
- Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre y luego usando un laparoscopio
- Una incisión quirúrgica en la vagina, ayudada por el uso de un laparoscopio (llamada una histerectomía vaginal)
- Una incisión quirúrgica en la vagina sin la ayuda de un laparoscopio (llamada una histerectomía vaginal)
- Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre, con el fin de realizar la cirugía robótica

El cirujano y usted decidirán el tipo de procedimiento. La opción dependerá de su historia clínica y de la razón para la cirugía.



Por qué se realiza el procedimiento

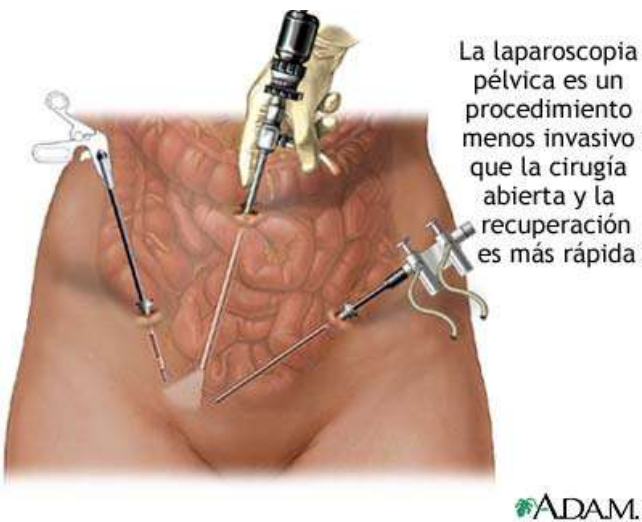
Existen muchas razones por las cuales una mujer puede necesitar una histerectomía, como las siguientes:

- Adenomiosis, una afección que provoca periodos abundantes y dolorosos
- Cáncer del útero, con mayor frecuencia cáncer endometrial
- Cáncer de cuello uterino o cambios en el cuello uterino llamados displasia cervical que puede llevar a cáncer

- Cáncer ovárico
- Dolor crónico (prolongado) de la pelvis
- Endometriosis grave que no mejora con otros tratamientos
- Sangrado vaginal intenso y prolongado que no puede controlarse con otros tratamientos
- Deslizamiento del útero hacia la vagina (prolapso uterino)
- Tumores en el útero, como miomas uterinos
- Sangrado incontrolable durante el parto
- Infección grave que involucra el útero (por ejemplo, enfermedad pélvica inflamatoria)

La histerectomía es una cirugía mayor. Algunas afecciones se pueden tratar con medicamentos o procedimientos menos invasivos como:

- Embolización de las arterias uterinas
- Extirpación del endometrio
- Uso de píldoras anticonceptivas
- Uso de analgésicos
- Uso de un DIU (dispositivo intrauterino) que secreta la hormona progestágeno
- Laparoscopia pélvica



Riesgos

Los riesgos de cualquier cirugía son:

- Reacciones alérgicas a los medicamentos
- Problemas respiratorios
- Coágulos de sangre, los cuales pueden causar la muerte si viajan a los pulmones
- Sangrado
- Infección
- Lesión de zonas corporales cercanas

Los riesgos de una histerectomía son:

- Lesión de la vejiga o los uréteres

- Dolor durante las relaciones sexuales
- Menopausia temprana si se extirpan los ovarios
- Disminución de la libido
- Aumento del riesgo de enfermedad cardíaca si los ovarios se extirpan antes de la menopausia

Antes del procedimiento

Antes de decidirse a someterse a una histerectomía, pregúntele a su proveedor de atención médica lo que puede esperar después del procedimiento. Muchas mujeres notan cambios en su cuerpo y en la manera de percibirse. Hable con el proveedor, su familia y sus amigos acerca de estos posibles cambios antes de someterse a esta cirugía.

Coméntele al equipo de atención médica respecto a todos los medicamentos que está tomando, entre ellos suplementos, hierbas u otros medicamentos que haya comprado sin receta.

Durante los días antes de la cirugía:

- Le pueden solicitar que deje de tomar ácido acetilsalicílico (*aspirin*), ibuprofeno (Advil, Motrin), clopidogrel (Plavix), warfarina (Coumadin) y cualquier otro medicamento de este tipo.
- Pregúntele a su cirujano qué medicamentos debe tomar igualmente el día de la cirugía.
- Si fuma, trate de parar. Pídale ayuda a su proveedor para dejar de fumar.

En el día de la cirugía:

- Generalmente, se le solicitará que no beba ni coma nada desde 8 horas antes de la cirugía.
- Tome cualquier medicamento que su proveedor le recomendó con un sorbo de agua.
- Llegue a tiempo al hospital.

Después del procedimiento

Usted recibirá analgésicos después de la cirugía.

Es posible que también tenga una sonda, llamada catéter, puesta en la vejiga para eliminar la orina. La mayoría de las veces, la sonda se le retira antes de salir del hospital.

Le pedirán que se levante y camine un poco tan pronto como sea posible después de la cirugía. Esto ayuda a prevenir que se formen coágulos de sangre en las piernas y acelera la recuperación.

Se le solicitará que se levante para usar el baño tan pronto como sea capaz. Usted puede volver a su alimentación normal tan pronto como pueda si no le causa náuseas o vómitos.

La duración de la hospitalización depende del tipo de histerectomía.

- Usted probablemente puede irse a su casa al día siguiente cuando la cirugía se hace a través de la vagina, con un laparoscopia o después de una cirugía robótica.
- Cuando se hace una incisión (corte) quirúrgica más grande en el abdomen, tal vez necesite quedarse en el hospital de 1 a 2 días. Posiblemente deba quedarse por más tiempo si la histerectomía se hace debido a un cáncer.

Expectativas (pronóstico)

La duración de su recuperación depende del tipo de histerectomía. Los tiempos de recuperación promedio son:

- Histerectomía abdominal: 4 a 6 semanas.
- Histerectomía vaginal: 3 a 4 semanas.

- Histerectomía laparoscópica total o asistida por robot: 2 a 4 semanas.

Una histerectomía provocará la menopausia si también le extirpan los ovarios. La extirpación de los ovarios también puede llevar a que se presente disminución de la libido. El médico puede recomendar la estrogenoterapia reconstitutiva. Analice con su proveedor los riesgos y beneficios de esta terapia.

Si la histerectomía se hizo por cáncer, puede necesitar tratamiento adicional.

Nombres alternativos

Histerectomía vaginal; Histerectomía abdominal; Histerectomía supracervical; Histerectomía radical; Extirpación del útero; Histerectomía laparoscópica; Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia; LAVH; Histerectomía laparoscópica total; TLH; Histerectomía suprocervical laparoscópica; Histerectomía asistida por robot

Referencias

Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion no 701: choosing the route of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol.* 2017;129(6):e155-e159. PMID: 28538495 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28538495/ [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28538495/].

Karram MM. Vaginal hysterectomy. In: Baggish MS, Karram MM, eds. *Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021:chap 51.

Prescott LS, Yunker AC, Alvarez R. Gynecologic surgery. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 21st ed. St Louis, MO: Elsevier; 2022:chap 71.

Thakar R. Is the uterus a sexual organ? Sexual function following hysterectomy. *Sex Med Rev.* 2015;3(4):264-278. PMID: 27784599 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27784599/ [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27784599/].

Última revisión 3/31/2024

Versión en inglés revisada por: LaQuita Martinez, MD, Department of Obstetrics and Gynecology, Emory Johns Creek Hospital, Alpharetta, GA. Also reviewed by David C. Dugdale, MD, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.

Conozca cómo citar esta página



Health Content
Provider
06/01/2025

A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org). La acreditación de la URAC es un comité auditor independiente para verificar que A.D.A.M. cumple los rigurosos estándares de calidad e integridad. A.D.A.M. es una de las primeras empresas en alcanzar esta tan importante distinción en servicios de salud en la red. Conozca más sobre [la política editorial](#), [el proceso editorial](#), y [la política de privacidad](#) de A.D.A.M. A.D.A.M. es también uno de los miembros fundadores de la Junta Ética de Salud en Internet (*Health Internet Ethics*, o *Hi-Ethics*) y cumple con los principios de la Fundación de Salud en la Red (*Health on the Net Foundation*: www.hon.ch).

La información aquí contenida no debe utilizarse durante ninguna emergencia médica, ni para el diagnóstico o tratamiento de alguna condición médica. Debe consultarse a un médico con licencia para el diagnóstico y tratamiento de todas y cada una de las condiciones médicas. Los enlaces a otros sitios se proporcionan sólo con fines de información, no significa que se les apruebe. No se otorga garantía de ninguna clase, ya sea expresa o implícita, en cuanto a la precisión, confiabilidad, actualidad o exactitud de ninguna de las traducciones hechas por un proveedor de servicios externo de la información aquí contenida en otro idioma. © 1997-2025 A.D.A.M., unidad de negocios de Ebix, Inc. La reproducción o distribución parcial o total de la información aquí contenida está terminantemente prohibida.

REPUBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE SALUD****RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999****(Julio 8)**

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994 y

CONSIDERANDO

Que conforme al artículo 8 de la Ley 10 de 1990, al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

Que la Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Que el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.

Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

RESUELVE:**CAPÍTULO I****DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES****ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.**

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

b) Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

c) Equipo de Salud. Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

d) Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

e) Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

f) Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

g) Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

ARTÍCULO 2.- AMBITO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

CAPÍTULO II
DILIGENCIAMIENTO

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

ARTÍCULO 6.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

PARÁGRAFO PRIMERO. Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

ARTÍCULO 7.- NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

ARTÍCULO 8.- COMPONENTES.

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

ARTÍCULO 9.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

ARTÍCULO 10.- REGISTROS ESPECÍFICOS.

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

PARAGRAFO PRIMERO. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

PARAGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

ARTÍCULO 11.- ANEXOS.

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

PARAGRAFO PRIMERO. Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

PARAGRAFO SEGUNDO. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

PARAGRAFO TERCERO. Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

PARAGRAFO CUARTO. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

existiere esta constancia firmada por el usuario, será este ultimo el responsable de la conservación de las mismas.

CAPÍTULO III
ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTÍCULO 12.- OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO.

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 13.- CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

PARÁGRAFO PRIMERO. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARÁGRAFO TERCERO. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

ARTÍCULO 15.- RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTÍCULO 16.- SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

ARTÍCULO 17.- CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 18.- DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

CAPÍTULO IV
COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTICULO 19.- DEFINICION.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

PARÁGRAFO. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

ARTÍCULO 20.- FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

- a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c) Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

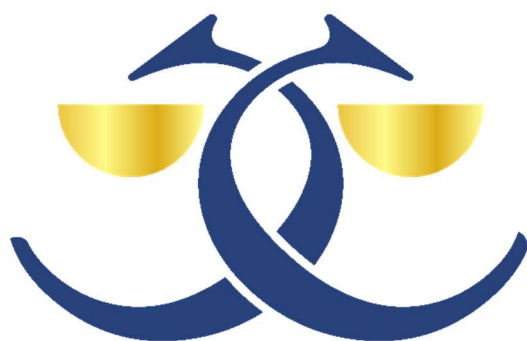
ARTICULO 21. - SANCIONES.

Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO 22.- VIGENCIA.

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ
Ministro de Salud



C&C Corporación

HISTORIA CLINICA

Paciente: Sra. ELIANA RENTERÍA VALLECILLA

(81 folios)

[N/A]		USO EXCLUSIVO POLICIA JUDICIAL					
		N° CASO					
No. Expendiente CAD		75	104	50	00154	2014	00904
		Dpto	Mpia	Ent	U. Receptora	Año	Consecutivo

UNICO DE NOTICIA CRIMINAL -FPJ-2-

Este formato sera diligenciado por los servidores con funciones de Policia Judicial, en aquellos eventos en que la actuacion no inicio de manera oficiosa

Fecha: 23/07/2014 Hora: 08:00

Departamento: Valle del Cauca

Municipio: BUENAVENTURA

I. TIPO DE NOTICIA QUERRELLA

¿El usuario es remitido por una entidad? NO

Fecha: [N/A]

¿Cual? [N/A]

Nombre de quien remite: [N/A]

Cargo: [N/A]

II. DELITO

LESIONES CULPOSAS ART. 120 C.P. CON PERDIDA ANATOMICA O FUNCIONAL DE UN ORGANO.
O MIEMBRO ART. 116

III. DATOS SOBRE LOS HECHOS

Se hace constar que el denunciante ha sido informado sobre la obligación legal que tiene toda persona mayor de 18 años de denunciar cualquier hecho de que tenga conocimiento y que las autoridades deban investigar de oficio; de la exoneración del deber de denunciar contra si mismo, contra su cónyuge o compañero permanente, parientes en 4º grado de consanguinidad, de afinidad o civil, o hechos que haya conocido en el ejercicio de una actividad amparada por el secreto profesional; que la presente denuncia se realiza bajo la gravedad de juramento y acerca de las sanciones penales impuestas a quien incurra en falsa denuncia. (Artículos 67, 68, 50 del C.P.P. y 435 - 436 C.P.).

Fecha de comisión de los hechos: 31/05/2014 Hora: 14:00

Para delitos de ejecución continuada Hora: 14:00

Fecha inicial de comisión de los hechos: 31/05/2014 Hora: 08:00

Fecha final de comisión de los hechos: 02/07/2014

Lugar de comisión de los hechos

Departamento: Valle del Cauca Municipio: BUENAVENTURA

Zona Localidad: [DESCONOCIDA] Barrio: [DESCONOCIDO]

Dirección: 75109 clinica santa sofia Sitio Especifico: [DESCONOCIDO]

¿Uso de Armas? NO ¿Cual? [N/A]

¿Uso de Sustancias Tóxicas? NO

Relato de los hechos

SE HACE CONSTAR QUE EL DENUNCIANTE HA SIDO INFORMADO SOBRE LA OBLIGACIÓN LEGAL QUE TIENE TODA PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS DE DENUNCIAR CUALQUIER HECHO QUE TENGA CONOCIMIENTO Y QUE LAS AUTORIDADES DEBAN INVESTIGAR DE OFICIO; DE LA EXONERACIÓN DEL DEBER DE DENUNCIAR CONTRA SI MISMO, CONTRA SU CÓNNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE, PARIENTE EN 40. GRADO DE CONSANGUINIDAD, DE AFINIDAD O CIVIL, O HECHOS QUE HAYA CONOCIDO EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD AMPARADA POR EL SECRETO PROFESIONAL; QUE LA PRESENTE DENUNCIA SE REALIZA BAJO LA

GRAVEDAD DE JURAMENTO Y ACERCA DE LAS SANCIONES PENALES IMPUESTAS A QUIEN INCURRA EN FALSA DENUNCIA. (ARTÍCULOS 57 - 59 DEL C.P.P Y 435 - 436 C.P.).

ANTE LA FISCALIA U R I DE BUENAVENTURA VALLE, SE HIZO PRESENTE EL SEÑOR (A) FIJANA RENTERIA VALLECILLA IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.006.182.605 DE BUENAVENTURA VALLE, RESIDENTE EN EL BARRIO JUAN 23 CIRA 35 NO. 1 A -23 TEL 3164754245, RESULTA QUE EL 31 DE MAYO DEL AÑO EN CURSO ME FUI PARA CLÍNICA SANTA SOFÍA DE LA LOCALIDAD POR MI ESTADO DE EMBARAZO YA QUE TENIA LOS NUEVE MESES DE GESTACIÓN Y ESTABA A PUNTO DE DAR LUZ A MI BEBE, FUI ATENDIDA POR EL MEDICO GENERAL PERO NO SE SU NOMBRE, ESTE ME MIRÓ Y ME ENVIÓ PARA LA CASA MANIFESTANDO QUE ESTABA BIEN, EL DÍA 02 DE JUNIO DEL MISMO AÑO REGRESE POR QUE ESTABA ROTANDO MODO AMARILLO, EL MEDICO QUE ME ENTENDIÓ EL CUAL NO SE SU NOMBRE ME HIZO EL TACTO, ME MANDO UN MONITOREO, LE MANIFESTÉ QUE TENIA ESCALOFRIOS Y ME DIJO QUE ERA NORMAL Y ME MANDO PARA LA CASA, ESTANDO EN LA CLÍNICA VOMITÉ Y ME FUI PARA LA CASA Y EN LA CASA ME EMPEZARON LOS DOLORS, LUEGO REGRESE A LA CLÍNICA Y ME ATENDIÓ OTRO MEDICO TAMPOCO SE SU NOMBRE, ME COLOCO EL DOBLE Y NO SE ESCUCHABAN LOS LATIDOS DE LA NIÑA, LUEGO ME MANDO UN MONITOREO OTRA VEZ Y TAMPOCO SE ESCUCHABA, LUEGO ME MANDARON UN ECOGRAFIA Y SALIÓ QUE MI BEBE ESTABA MUERTA, DESPUÉS DE SABER LOS RESULTADOS ME METIERON A CIRUGIA Y ME SACARON LA NIÑA Y ESTABA MUERTA, ELLOS DICEN QUE SE DESPRENDIÓ LA PLACENTA ESTA ALLI ESA PARTE, LUEGO DE TODO ESTO ME DEJARON HOSPITALIZADA DURANTE TRES DÍAS Y ME DIERON SALIDA, LES DIJE QUE NO ME SENTÍA BIEN Y DE TODAS MANERA ME MANDARON PARA LA CASA, A LAS CINCO DE LA MAÑANA DEL DÍA CINCO JUNIO DEL AÑO EN CURSO REGRESE A LA CLÍNICA MANIFESTÁNDOLES QUE ME DOLÍA EL ABDOMEN Y QUE NO PODÍA ORINAR Y NO DUELE NADA, LUEGO ME COLOCARON SONDAS VAGINAL Y SONDA NASOGÁSTRICA, ESTANDO EN SALA DE PARTO ME SUBIERON A PISO, ME HICIERON UNA ECOGRAFIA Y SALIÓ QUE TENIA UN ABSCESO Y ME PROGRAMARON PARA CIRUGIA, YA ESTANDO EN CIRUGIA EL CIRUJANO ME DIJO QUE MI ÚTERO ESTABA MUY INFECTADO Y QUE ME LO TENÍAN QUE SACAR, ME SACARON EL ÚTERO POR LA INFECCIÓN, CUANDO DESPERTÉ ESTABA EN LA UCI, DESPUÉS DE LA CIRUGIA ME DEJARON DURANTE UN MES EN LA CLÍNICA HASTA EL DÍA 2 DE JULIO DEL AÑO EN CURSO, QUIERO DEJAR CLARO QUE LA CESARIA SE ME INFECTO EN TRES DÍAS, SON TESTIGOS DE LOS HECHOS MI ESPOSO JHON RENTERIA ANGULO, MI SEÑORA MADRE IGaura VALLECILLA VALENCIA Y OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA, MI DENUNCIA LA HAGO PARA QUE RESPONDAN POR SUCEDIDO Y QUE ESTOS HECHOS NO SE REPITAN. NO SIENDO OTRO EL OBJETO DE LA PRESENTE DILIGENCIA EL DA POR TERMINADA UNA VEZ LLIDA Y APROBADA POR LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON

IV. DATOS DEL DENUNCIANTE O QUERELLANTE

Primer Nombre:	LLILINA	Segundo Nombre:	[DESCONOCIDO]
Primer Apellido:	RENTERIA	Segundo Apellido:	VALLECILLA

Documento Identidad: CEDULA DE CIUDADANIA Numero Documento: 100E1388603
País Expedición: COLOMBIA Depto Expedición: VALLE DEL CAUCA
Municipio Expedición: BUENAVENTURA
Edad: 25 Género: FEMENINO

Fecha Nacimiento: 15/04/1989 Depto Nacimiento: [DESCONOCIDO]
País Nacimiento: COLOMBIA
Municipio Nacimiento: [DESCONOCIDO]

Profesión: [DESCONOCIDO] Oficio: [DESCONOCIDO]
Estado Civil: UNION_LIBRE Nivel Educativo: PRIMARIO

País Residencia: [DESCONOCIDO] Depto Residencia: [DESCONOCIDO]
Municipio Residencia: [DESCONOCIDO] Barrio: [DESCONOCIDO]
Dirección Notificación: [DESCONOCIDA] Teléfono Residencia: [DESCONOCIDO]
Teléfono Móvil: 3164789246 Correo Electrónico: [DESCONOCIDO]

País Oficina: COLOMBIA Depto Oficina: Valle del Cauca
Municipio Oficina: BUENAVENTURA Barrio: [DESCONOCIDO]
Dirección Oficina: 75109 barrio Juan 23 calle Teléfono Oficina: [DESCONOCIDO]
Entidad donde labora: [DESCONOCIDA]

Estimación de los daños y perjuicios [DESCONOCIDO]
(en delitos contra el patrimonio)
Relación con los Indiciados:
[DESCONOCIDO]

V. DATOS DE LAS VICTIMAS

Se informa a la víctima el contenido de los artículos 11, 136 y 137 del Código de Procedimiento Penal, en cuanto a la información que debe conocer en su calidad de víctima y el derecho a intervenir en todas las fases de la actuación penal de conformidad con las reglas señaladas en la norma procesal penal.

VI. DATOS DE LOS INDICIADOS

La Averiguación? SI

VII. DATOS RELACIONADOS CON BIENES DE LOS INDICIADOS

VIII. DATOS DE LOS TESTIGOS

IX. VEHICULOS

Firmas

Elmer Benito Vulliam
Denunciante

17
Jose
Autoridad Resolvente

Autoridad a la que se remite la denuncia:

Entidad:

Especialidad:

Código Fiscal:

Nombre y Apellido del Fiscal:

X. INFORMACION RELACIONADA CON EL CENTRO DE CONCILIACIÓN O CONCILIADOR

Departamento:

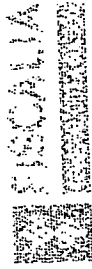
Municipio:

Conciliador o Centro de Conciliación:

Fecha de Recibo:

Fecha de Envío:

Dirección:



PROCESO PENAL

CODIGO DE PROCESO PENAL

ARTICULO 100

ARTICULO 101

ACTA DERECHOS Y DEBERES DE LAS VICTIMAS

USTED TIENE DERECHO A:

1. Derecho a recibir información en: Organizaciones e las que preste apoyo, posibilitar apoyo, el tipo de apoyo o de servicios que puede recibir e lugar y el modo de presentar una denuncia o una querrela, las instituciones encargadas de la atención o el papel respecto de aquellas, el modo y las condiciones en que puede pedir protección, las condiciones en que de modo gratuito puede acceder a asistencia o asistencia jurídica, asistencia o asistencia psicológica y otros de asistencia jurídica para acceder a una indemnización, los mecanismos de defensa que puede utilizar, el trámite dado a su denuncia o querrela, los elementos probatorios que le permitan, en caso de acusación o prescripción, seguir el desarrollo de la actuación y posibilidad de dar aplicación al principio de oportunidad y a ser escuchado tanto por la Fiscalía como por el juez de control de garantías, cuando haya lugar a ello, a favor el lugar del juicio oral, el derecho que le asiste a promover el incidente de reparación integral, la fecha en que tendrá lugar la audiencia de conciliación de la parte y sentencia y la sentencia del juez.

2. A recibir, durante todo el procedimiento, un trato humano y digno.

3. A una pronta e integral reparación de los daños morales, físicos del autor o partícipe del delito o de los terceros llamados a responder en los términos de este código.

4. A ser informadas sobre la decisión definitiva relativa a la persecución penal y acudir en lo pertinente, ante el juez de control de garantías y a interponer los recursos ante el juez de conocimiento, cuando a ello hubiere lugar.

5. A recibir también la integral para su recuperación en los términos que señala la ley.

6. A ser asistidas gratuitamente por un traductor o intérprete en el evento de no conocer el idioma oficial o de no poder recibir el lenguaje por los órganos de la justicia.

USTED TIENE EL DEBER DE:

1. Colaborar para el buen funcionamiento de la administración de justicia.

2. Conocer y usar los recursos que le corresponden para interponer en el proceso penal.

ARTICULOS 11 Y 106 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL Y LOS 103 Y 104

SE INFORMA A LA PARTE INTERESADA QUE CUENTA CON UN TÉRMINO DE PLAZO PARA PRESENTAR SU RECURSO, PARTIR DE LA FECHA DE LOS RESOLUCIONES PARA INTERPONER QUE REVELA DE PARTE

FIRMA VICTIMA O CENUNCIANTE ETIENNA BARTIERIN VALLACILLA

ACUSE RE COMPLETO CON CEECULA ETIENNA BARTIERIN VALLACILLA



HISTORIA CLINICA--

PACIENTE: ELIANA RENTERIA VALLECILLA		IDENTIFICACION: CC 1006188606		HC: 1006188606 - CC	
FECHA DE NACIMIENTO: 15/4/1989		EDAD: 25 Años		SEXO: F	
RESIDENCIA: BARRIO JUAN 23		VALLE DEL CAUCA-BUENAVENTURA		TELEFONO: 3164769246	
Ocupacion: AMA DE CASA					
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:		PARENTESCO:		TELEFONO:	
NOMBRE ACOMPAÑANTE:		PARENTESCO:		TELEFONO:	
FECHA INGRESO: 30/5/2014 - 14:13:23		FECHA EGRESO: 31/5/2014 - 12:59:46		CAMA:	
DEPARTAMENTO: 020110 - GINECOBSTERICIA - SANTA SOFIA		SERVICIO: HOSPITALARIO			
PLAN: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS					

Imprimió: SOCORRO SORANE AMOROCHO VALENCIA
sorane.amorocho

Fecha Impresión: 2017/12/12 - 14:08:15

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2014-05-30	15:33 jesus.ordonez - JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA MOTIVO DE CONSULTA : REMITIDO POR EMBARAZO PROLONGADO. SIN ACTIVIDAD UTERINA., G 01, P 00, A 00 FUM 12 DE AGOSTO DEL 2013., POR ECO DEL 18 DE NOV 39,4 S.G. ENFERMEDAD ACTUAL : REMITIDO POR EMBARAZO PROLONGADO. SIN ACTIVIDAD UTERINA., G 01, P 00, A 00 FUM 12 DE AGOSTO DEL 2013., POR ECO DEL 18 DE NOV 39,4 S.G.

ANTECEDENTES PERSONALES			
ANTECEDENTES		OP	DETALLE
ANTECEDENTES	Alergicos	NO	NO REFIERE

ANTECEDENTES GINECOBSTERICOS				
ANTECEDENTES		SI	NO	Detalle
GINECOS	menarquia	SI		12 AÑOS
	Fecha última menstruación	SI		12 AGOSTO--
CONTROL PRENATAL	Antecedentes Obstétricos	SI		G--1 P--0

ANTECEDENTES FAMILIARES				
ANTECEDENTES--		DETALLE		
Alergicos		OP	TIPO	F. REGIS.
		NO	P	NO REFIERE
		NO	F	NO REFIERE
Alimentacion				
Cardiovascular				
Cerebro vascular				

Crecimiento y Desarrollo	
Hospitalarios	
Infecciosos	
Inmunológicos	
Metabólicos	
Otros	
Pediatricos	
Quirúrgicos	
Respiratorio	
Toxicos	
Transfusionales	
Traumáticos	

EXAMEN FISICO222		
PROFESIONAL:		FECHA:2014-05-30
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
Nervioso Central y Periferico (2)	NORMAL	PACTE AFÉBRIL, HIDRATADO, TOLERA SIN OXIGENO, C,P, BIEN VENTILADO, RSCRS, ABDOMEN GLOBULOSO, POR ÚTERO GRAVIDO, A.U. 36 CMTS; FCF 143, FETO UNICO CEFALICO, DORSO IZQ. ACTIVOS, ABDOMEN BLANDO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, TOLERA VIA ORAL, G,U, CON SIGNOS DE PERDIDAS DE FLUIDOS T.,V, TACTO CERVIX DILATACION 1 CMTS, CENTRAL LARGO Y BLANDO, BORRAMIENTO DEL 80%, ESTACION 0, PELVIS GINECOIDE, S.M.E. NO EDEMA, S.N.C. GLASGOW 15/15, ALERTA Y ORIENTADO, S.V. FC 80, FR 18, T,A, 100/70 dxco embarazo de 40 s.g. primigestante. PLAN: SIGNO DE ALARMA, CITA ABIERTA POR G.O. DE URGENCIAS.
Organos de los Sentidos (3)	NORMAL	
Neurologico (1)	NORMAL	
CardioVascular (4)	NORMAL	
GastroIntestinal (6)	NORMAL	
Respiratorio (5)	NORMAL	
GenitoUrinario (7)	NORMAL	
OsteoMuscular (8)	NORMAL	
Esfera Mental (9)	NORMAL	

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION		

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general
-----------------------	--------------------

FINALIDAD DE LA ATENCION	
Deteccion de alteraciones del embarazo	

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS	
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION

LISTADO DE SIGNOS VITALES HC

FECHA	HORA	F.C.	F.F.C.	F.R.	PVC	PIC	PESO	TALLA	TENSION	MED.	SITIO T.A.	TEMP.	T.INCU	MANUAL	EVA	SATO ₂	ASC	IMC
2014-05-30	15:34:00	143	78	18	--	--	89,00	--	140 / 78	98		37.00	--	--	--	--	0	0
OBSERVACION		A.U. 46 CMTS.																

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA INSUMOS

Jesús Ordoñez Mosquera
RM: 4262/86

Instituto de Diagnóstico
y Referencia Epidemiológica
Ministerio de Salud
Calle 100 No. 100-100

PROFESIONAL: JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA

CC - 16470043 - T.P 4262-86

ESPECIALIDAD - MEDICO GENERAL

Imprimió: SOCORRO, SORANE AMOROCHO VALENCIA
sorane.amorocho

Fecha Impresión: 2017/12/12 - 14:08:15

EPICRISIS

PACIENTE: ELIANA RENTERIA VALLECILLA IDENTIFICACION: CC 1006188606 HC: 1006188606 - CC
 FECHA DE NACIMIENTO: 15/4/1989 EDAD: 25 Años SEXO: F TIPO AFILIADO: Beneficiario
 RESIDENCIA: BARRIO JUAN 23 VALLE DEL CAUCA-BUENAVENTURA TELEFONO: 3164769246
 NOMBRE ACOMPAÑANTE: PARENTESCO: TELEFONO:
 FECHA INGRESO: 2/6/2014 - 12:44:33 FECHA EGRESO: - CAMA: H506-A
 DEPARTAMENTO: 020105 SERVICIO: HOSPITALARIO
 HOSPITALIZACION PISO 5 - SANTA SOFIA
 CLIENTE: SERVICIO OCCIDENTAL DE PLAN: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS
 SALUD SOS S.A.

NOTA OPERATORIA

FECHA INICIO	2014-06-02 15:30	DURACION	01:45 (HH:mm)
QUIROFANO	QUIROFANO 2		
VIA ACCESO	UNICO O UNILATERAL	TIPO CIRUGIA	LIMPIA-CONTAMINADA
AMBITO CIRUGIA	URGENCIAS	FINALIDAD CIRUGIA	TERAPEUTICO

PROFESIONALES

ANESTESIOLOGO	ANDRES SANIN SUAREZ	AYUDANTE	JUAN DAVIS MEJIA ESPINOSA
INSTRUMENTADOR	ERIKA PATRICIA SANTIAGO ARIAS	CIRCULANTE	YARA VANESSA VELASCO MERCHANCANO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CARGO	DESCRIPCION
740100	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD
Diagnosticos Pre-QX	Observacion

DIAGNOSTICOS

POST QX	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA, SIN OTRA ESPECIFICACION	TIPO	CN
COMPLICACION	MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	TIPO	ID
MATERIAL ENVIADO A PATOLOGIA: SI			
CLASE DE MATERIAL ENVIADO: MORTINATO Y PLACENTA			

DESCRIPCIONES DE LA CIRUGIA

FECHA	DESCRIPCIONES
2014-06-02	
18:17	jose.ulloque - JOSE ALBERTO ULLOQUE DE LA HOZ

ASEPSIA ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS. INCISION PFANNENSTIEL. DIVULSION POR PLANOS A CAVIDAD. HISTEROTOMIA TIPO KERR. SE EXTRAE PRODUCTO CEFALICO. SE PINZA Y LIGA CORDON. SE ENTREGA A ENFERMERA AUXILIAR. ALUMBRAMIENTO ARTIFICIAL. REVISION UTERINA Y LEGRADO MANUAL. HISTERORRAFIA CON VICRYL. REVISION DE HEMOSTASIA. SE REvisa Y LIMPIA CAVIDAD ABDOMINAL. CIERRE DE FASCIA Y PIEL.

HALLAZGOS DE LA CIRUGIA

FECHA	HALLAZGOS
-------	-----------

2014-06-02	18:17 jose.ulloque - JOSE ALBERTO ULLOQUE DE LA HOZ LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO ESPESO. PLACENTA PEQUEÑA CON HEMATOMA DEL 10% Y TENIDA DE MECONIO. CORDON TENIDO DE MECONIO. RN FEMENINO. CEFALICO CON ESFACLO DE PIEL EN CARA. APGAR 0, PESO: 3500GR. TALLA 54CMS. UTERO CON PEQUEÑOS MIOMAS, OVARIOS POLIQUISTICOS
------------	---

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2014-06-03	17:36 elizabeth.quintero - ELIZABETH QUINTERO GOMEZ MOTIVO DE CONSULTA : ENFERMEDAD ACTUAL : Se realiza valoración por Trabajo Social, se encuentra paciente orientada y tranquila, perteneciente a familia nuclear, con fuertes lazos de cooperación y apoyo familiar; paciente con un definido proyecto de vida, estabilidad laboral, claridad en los objetivos propuestos para su vida, la paciente conoce las posibles causas del fallecimiento de su bebe, muestra cierto nivel de tristeza pero controla sus emociones. En el momento de la entrevista se evidencian signos de reacciones alérgicas en la piel e hinchazón probablemente debido a dificultades en la asimilación de algún medicamento, se informa al médico y enfermera de turno para que realicen la respectiva atención.
2014-06-02	16:26 jesus.ordóñez - JESUS ORDONEZ MOSQUERA MOTIVO DE CONSULTA : CX DE URGENCIAS. ENFERMEDAD ACTUAL : CX DE URGENCIAS.

NO HAY RESULTADOS DE EXAMEN FISICO

FECHA	EVOLUCIONES
2014-06-02	16:14 jose.ulloque - JOSE ALBERTO ULLOQUE DE LA HOZ ESPECIALIDAD: GINECOLOGO-OBSTETRA DIAGNÓSTICO CLÍNICO: abruptio placentario obito fetal PLAN: nvo hartman 1000cc a goteo rapido ss hemograma, tp, tpt, vdrl preparar para cesarea ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): obito fetal secundario a abruptio placentario HALLAZGO OBJETIVO: ta: 130/90 hidratada, afebril. cardiopulmonar normal utero gravido, hipertónico doloroso. fetocardia no audible. tv: borramiento 70% dilatacion 4-5 cm. mo impresionan integras. no edemas HALLAZGO SUBJETIVO: paciente quien refiere contracciones uterinas dolorosas frecuentes, dolor abdominal persistente. se le realizo nst en am el cual fue reactivo. regresa en horas de la tarde y es valorada por medico de turno el cual no encuentra fetocardia. se realizo rastreo ecografico que reporta obito fetal. INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:
2014-06-03	03:31 jesus.ordóñez - JESUS ORDONEZ MOSQUERA ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL DIAGNÓSTICO CLÍNICO: urticaria papulosa. pop cesarea por obito fetal. PLAN: v.o.m. ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): urticaria papulosa.

HALLAZGO OBJETIVO:

paciente afebril, hidratado, tolera sin oxígeno, c.p, bien ventilado, rscrs, abdomen globuloso, no megaleas, herida qxca con sangrado por lado derecho, escaso, posible hematoma sangrante aun; g,u, loquios no patológico, s.m.e. edema, con piel con signos de rascado con habones en dorsos de manos y pie, y tronco cara posterior.
dxco urticaria.pápulosa.
s.v. fc 89, fr 18, t.a. 120/68

HALLAZGO SUBJETIVO:

prurito sistémico.

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:

no hay nuevos.

08:26 cindy.stevenson - CINDY ISABEL STEVENSON GUERRERO
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

1. POP DE CESAREA
2. OBITO FETAL

PLAN:

VIGILAR LOQUIOS, BOLO DE SEGURIDAD.
S/S VAL POR PSICOLOGIA
BROMOCRIPTINA TAB 1 DIA

ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):

PACIENTE CON BUENA EVOLUCION DE SU PUEREPRIO SE INICIA BROMOCRIPTINAY SE SOLICITA VALORACION POR PSICOLOGIA.

HALLAZGO OBJETIVO:

TA: 110/70

FR: 17

FC: 80

CCC: MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, PULMONES CLAROS

ABDOMEN: HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO , BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD.

G/U: LOQUIOS ESCASOS

HALLAZGO SUBJETIVO:

PACIENTE REFIRE LOQUIOS ESCASOS.

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:

NO

09:12 wilber.estupinan - WILBER ALEJANDRO ESTUPIÑAN
ESPECIALIDAD: GINECOLOGO-OBSTETRA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

POP CESAREA POR ABRUPTIO DE PLACENTA
OBITO FETAL

PLAN:

ABLACTACION
PSICOLOGIA

ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):

PACIENTE CON POP CESAREA POR ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SE DEJA CON ABLACTACION VALORACION POR PSICOLOGIA

HALLAZGO OBJETIVO:

TA 110/80 MMHG FC 90 XMIN FR 18 X MIN

HIDRATADO

RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS

RUIDOS RESPIRATORIOS NO AGREGADOS

ABDOMEN UTERO TONICO A NIVEL UMBILICAL HERIDA QUIRURGICA EN BUENAS CONDICIONES CUBIERTA

TACTO VAGINAL SANGRADO ESCASO

EXTREMIDADES NO EDEMAS

CONCEPTO

PACIENTE EN POP DE CESAREA POR OBITO FETAL EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE CON SANGRADO ESCASO DADO QUE EL FRUTO DE LA GESTACION FUE OBITO SE DECIDE DAR MANEJO CON BROMOCRIPTINA PARA ABLACTACION Y VALORACION POR PSICOLOGIA

HALLAZGO SUBJETIVO:

PACIENTE EN POP DE CESAREA CON ADECUADA EVOLUCION

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:

23:23 sindy.ruiz - SINDY RUIZ GIRON
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:
1. POP DE CESAREA
2. OBITO FETAL

PLAN:
YA ANOTADOS.

ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):
PACIENTE ESTABLE, HEMODINAMICAMENTE NORMAL, SE ESPERA VALORACION POR PSICOLOGIA, VIGILANCIA CLINICA.

HALLAZGO OBJETIVO:
PACIENTE EN CAMA, ALERTA, TRANQUILO, AFEBRIL Y SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
C/C: NORMAL, C/P: NORMAL.
ABDOMEN: UTERO INVOLUCIONADO A NIVEL DEL OMBLIGO, TONICO, BLANDO, DEPRESIBLE, CON LEVE DOLOR A LA PALAPACION ABDOMINAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: MOVILES, CON EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES GRADO 2.
SNC: SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

HALLAZGO SUBJETIVO:
PACIENTE REIFERE QUE TIENE LEVE DISTENSION ABDOMINAL, NO FIEBRE.

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:
LL

12:46 jose.ulloque - JOSE ALBERTO ULLOQUE DE LA HOZ
ESPECIALIDAD: GINECOLOGO-OBSTETRA
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:
1. POP DE CESAREA
2. OBITO FETAL

PLAN:
SALIDA
LORATADINA TAB 1 CADA 12 HRS
BROMOCRIPTINA TAB 2,5MG 1 CADA 12 HRS POR 5 DIAS
ACETAMINFEN TAB +TRAMADOL TAB 1 CADA 6 HRS
CITA POR GINECOLOGIA EN 8 DIAS

ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):
PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE DE PUERPERIO EN ESPERA DE VALORACION POR PSICOLOGIA DE DA ALTA POR GINECOLOGIA.

HALLAZGO OBJETIVO:
TA:110/70
FR:17
FC:80
CCC: MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL
C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, OULMONES CLAROS
ABDOMEN: HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO GENERAL, BOLO DE SEGURIDAD DE BUEN TONO
G/U: LOQUIOS ESCASOS

HALLAZGO SUBJETIVO:
PACIENTE REFIE SENTIRSE BIEN.

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:
NO

2014-06-04

CODIGO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS		
	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
0450	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA CON DEFECTO DE LA COAGULACION		
0821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA		

CODIGO 0829	DIAGNOSTICO DE EGRESO PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS
CÓDIGO 0104180022 POS	PRODUCTO SODIO CLORURO 0.9% X 500 ML 500 ML BOLSA	PRINCIPIO ACTIVO CLORURO DE SODIO
FORMULÓ	JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA	FECHA FORMULACIÓN: 02/06/2014 16:32

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 2.00 BOLSA (S) Cada 6 Hora(s)

CANTIDAD 8.00 BOLSA

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
02/06/2014 16:56	DAYAN ANGELICA CAICEDO	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
03/06/2014 05:48	YASLEY BARCOS MORENO	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
03/06/2014 13:38	KELLY LILIANA ESCOBAR SALAS	2 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
03/06/2014 19:59	FREDY DUVAN PERDOMO	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	
04/06/2014 05:06	YASLEY BARCOS MORENO	1 BOLSA (S)	0 BOLSA (S)	0	

CÓDIGO 0103030017 POS	PRODUCTO CEFALOTINA 1G POLVO PARA RECONSTRUIR	PRINCIPIO ACTIVO CEFALOTINA
FORMULÓ	JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA	FECHA FORMULACIÓN: 03/06/2014 00:46

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s)

CANTIDAD 4.00 POLVO PARA RECONSTRUIR

CÓDIGO 0104030001 POS	PRODUCTO DIPIRONA X 2 GR AMP MAGNESICA 2.0 SOLUCION INYECTABLE	PRINCIPIO ACTIVO DIPIRONA
FORMULÓ	JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA	FECHA FORMULACIÓN: 03/06/2014 00:47

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s)

CANTIDAD 4.00 SOLUCION INYECTABLE

CÓDIGO 0104020005 POS	PRODUCTO TRAMADOL X 50 MG/ML AMP 1 ML AMPOLLA	PRINCIPIO ACTIVO TRAMADOL CLORHIDRATO
FORMULÓ	JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA	FECHA FORMULACIÓN: 03/06/2014 00:48

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) Cada 8 Hora(s)

CANTIDAD 3.00 AMPOLLA

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
03/06/2014 00:00	YASLEY BARCOS MORENO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
03/06/2014 12:00	KELLY LILIANA ESCOBAR SALAS	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

03/06/2014 18:00	FREDY DUVAN PERDOMO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
04/06/2014 00:00	YASLEY BARCOS MORENO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
04/06/2014 08:00	CARMEN ELISA CUERO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0101010097 POS	HIDROXICINA 100 MG/2ML AMP 2 ML AMPOLLA	HIDROXICINA
FORMULÓ	JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA	FECHA FORMULACIÓN: 03/06/2014 03:12

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) Durante el Dia

CANTIDAD 1.00 AMPOLLA

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
03/06/2014 03:00	YASLEY BARCOS MORENO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
03/06/2014 16:00	FREDY DUVAN PERDOMO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	
04/06/2014 04:00	YASLEY BARCOS MORENO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0104090001 POS	HIDROCORTISONA 100MG/2ML AMP (SUMICORT) 100 MG AMPOLLA	HIDROCORTISONA SUCCIONATO
FORMULÓ	JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA	FECHA FORMULACIÓN: 03/06/2014 03:13

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) Dosis Unica

CANTIDAD 1.00 AMPOLLA

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
03/06/2014 03:00	YASLEY BARCOS MORENO	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0	

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0103280001 POS	BROMOCRIPTINA TABLETA	BROMOCRIPTINA
FORMULÓ	CINDY ISABEL STEVENSON GUERRERO	FECHA FORMULACIÓN: 03/06/2014 08:28

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL

DOSIS 1.00 TABLETA (S) Cada 1 Dia(s)

CANTIDAD 1.00 TABLETA

CÓDIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO
0101010036 POS	DEXAMETASONA 8 MG/2ML AMP SOLUCIÓN INYECTABLE	DEXAMETASONA
FORMULÓ	CARLOS ALBERTO HOYOS LOAIZA	FECHA FORMULACIÓN: 03/06/2014 16:05

VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR

DOSIS 1.00 AMPOLLA (S) Dosis Unica

CANTIDAD 1.00 SOLUCION INYECTABLE

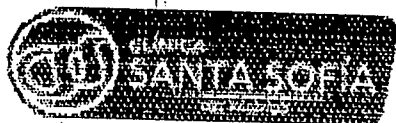
REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	Usuario	Cantidad	Desechos	Entregas Al Paciente	Observación
-------	---------	----------	----------	----------------------	-------------

03/06/2014 19:59	FREDY PERDOMO	DUVAN	1 AMPOLLA (S)	0 AMPOLLA (S)	0
---------------------	------------------	-------	------------------	------------------	---

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2014-06-02	
16:30	jesus.ordonez - JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL MEDICAMENTO FORMULADO: SODIO CLORURO 0.9% X 500 ML 2 BOLSA (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 2
18:09	jose.ulloque - JOSE ALBERTO ULLOQUE DE LA HOZ ESPECIALIDAD: GINECOLOGO-OBSTETRA NVO POR 6 HORAS, LUEGO DIETA BLANDA. HARTMANN 100CC/HORA. OXITOCINA 10U CADA 500CC SUEROS. DIPIRONA 2 GR IV CADA 4 HORAS. CEFALOTINA 1 GR IV CADA 6 HORAS. TRAMADOL 50MG IV CADA 8 HORAS. VIGILAR SIGNOS VITALES Y POR SANGRADO. REVISADO POR: DIANA ESPERANZA QUIÑONEZ AREVALO FECHA DE REVISION: 2014-06-03 00:14 OBSERVACION:
2014-06-03	
00:45	jesus.ordonez - JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL MEDICAMENTO FORMULADO: CEFALOTINA 1G POLVO PARA RECONSTITUIR 1 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 3 MEDICAMENTO FORMULADO: DIPIRONA X 2 GR AMP MAGNESICA 1 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 3 MEDICAMENTO FORMULADO: TRAMADOL X 50 MG/ML AMP 1 AMPOLLA (S) Cada 8 Hora(s), VIA: INTRAMUSCULAR, DIAS DE TRATAMIENTO: 3
03:06	jesus.ordonez - JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL MEDICAMENTO FORMULADO: HIDROXICINA 100 MG/2ML AMP 1 AMPOLLA (S) Durante el Dia, VIA: INTRAMUSCULAR, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 MEDICAMENTO FORMULADO: HIDROCORTISONA 100MG/2ML AMP (SUMICORT) 1 AMPOLLA (S) Dosis Unica, VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 MEDICAMENTO REFORMULADO: TRAMADOL X 50 MG/ML AMP 1.00 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAMUSCULAR, DIAS DE TRATAMIENTO: 3.00 MEDICAMENTO SUSPENDIDO: DIPIRONA X 2 GR AMP MAGNESICA 2.0 SOLUCION INYECTABLE FRASCO X 5.0. PRINCIPIO ACTIVO USO HOSPITALARIO 1.00 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 3.00 MEDICAMENTO SUSPENDIDO: CEFALOTINA 1G POLVO PARA RECONSTITUIR POLVO PARA RECONSTRUIR . X . USO AMBULATORIO 1.00 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 3.00
08:22	cindy.stevenson - CINDY ISABEL STEVENSON GUERRERO ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL MEDICAMENTO FORMULADO: BROMOCRIPTINA 1 TABLETA (S) Cada 1 Dia(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 5
15:58	carlos.loaiza - CARLOS ALBERTO HOYOS LOAIZA ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL MEDICAMENTO REFORMULADO: HIDROXICINA 100 MG/2ML AMP 1.00 AMPOLLA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: INTRAMUSCULAR, DIAS DE TRATAMIENTO: 1.00 MEDICAMENTO FINALIZADO: HIDROCORTISONA 100MG/2ML AMP (SUMICORT) 100 MG AMPOLLA . X . PRINCIPIO ACTIVO USO HOSPITALARIO 1.00 AMPOLLA (S) Dosis Unica, VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 1.00 MEDICAMENTO FORMULADO: DEXAMETASONA 8 MG/2ML AMP 1 AMPOLLA (S) Dosis Unica, VIA: INTRAMUSCULAR, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 MEDICAMENTO SUSPENDIDO: TRAMADOL X 50 MG/ML AMP 1 ML AMPOLLA . X . PRINCIPIO ACTIVO USO HOSPITALARIO 1.00 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAMUSCULAR, DIAS DE TRATAMIENTO: 3.00 MEDICAMENTO REFORMULADO: DIPIRONA X 2 GR AMP MAGNESICA 2.0 SOLUCION INYECTABLE FRASCO X 5.0. PRINCIPIO ACTIVO USO HOSPITALARIO 1.00 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 3.00 MEDICAMENTO REFORMULADO: DIPIRONA X 2 GR AMP MAGNESICA 1.00 AMPOLLA (S) Cada 8 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 3.00 MEDICAMENTO SUSPENDIDO: DIPIRONA X 2 GR AMP MAGNESICA 2.0 SOLUCION INYECTABLE FRASCO X 5.0. PRINCIPIO ACTIVO USO HOSPITALARIO 1.00 AMPOLLA (S) Cada 8 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 3.00 MEDICAMENTO REFORMULADO: TRAMADOL X 50 MG/ML AMP 1 ML AMPOLLA . X . PRINCIPIO ACTIVO USO HOSPITALARIO 1.00 AMPOLLA (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAMUSCULAR, DIAS DE TRATAMIENTO: 3.00

PROFESIONAL: JOSE ALBERTO ULLOQUE DE LA HOZ



N.E. 900228989-3

DRA. LILIANA MONTENEGRO GARCIA
PATOLOGA CLINICA
UNIVERSIDAD DEL VALLE

FECHA : 03-07-2014
PACIENTE : ELIANA RENTERIA VALLECILLA CC: 1006188606
EDAD : 25a-2m-22d
MEDICO : DR. HENRY MUÑOZ
ENTIDAD : CLINICA SANTA SOFIA
REGISTRO : LM14-3245

DESCRIPCIÓN MACROSCOPICA :

En formol y en el mismo recipiente se recibe útero y omento. El útero pesa 452 gramos y mide 11 x 13 x 5 cms, corresponde a una histerectomía subtotal con rafia en su cara anterior y se observan además abundantes coágulos adheridos a la serosa. Al corte hay presencia de una cavidad hemorrágica y se observan además membranas fibrinopurulentas sobre la serosa. Se procesan cortes representativos.

El omento mide 10 x 5 x 2 cms y presenta membranas fibrinopurulentas. Se procesan cortes representativos.

DESCRIPCION MICROSCOPICA :

En los cortes del miometrio endometrio se observa un endometrio con decidulización del estroma y glándulas hipersecretoras acompañadas de edema de las fibras musculares y abundantes polimorfonucleares con fibrina y congestión vascular que se extiende a la serosa. Hay focos de necrosis.

El omento muestra igualmente abundantes polimorfonucleares con formación de abscesos y tractos fibrosos.

DIAGNOSTICO:

Útero y Omento. Histerectomía y Resección de Omento:

PANMETRITIS AGUDA CON ABSCEDACION DEL OMENTO

EDEMA DE FIBRAS MUSCULARES

CONGESTION VASCULAR SEVERA

DRA. LILIANA MONTENEGRO G.

Patologa Clínica

T.P. 13897-68



EPICRISIS

PACIENTE: ELIANA RENTERIA VALLECILLA	IDENTIFICACION: CC 1006188606	HC: 1006188606 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 15/4/1989	EDAD: 25 Años	SEXO: F
TIPO AFILIADO: Beneficiario		
RESIDENCIA: BARRIO JUAN 23	VALLE DEL CAUCA-BUENAVENTURA	TELEFONO: 3164769246
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 5/6/2014 - 05:42:14	FECHA EGRESO:	CAMA: H508-A
DEPARTAMENTO: 020105 - HOSPITALIZACION PISO 5 - SANTA SOFIA	SERVICIO: HOSPITALARIO	
CLIENTE: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS S.A.	PLAN: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS	

DATOS DEL INGRESO

■ MOTIVO CONSULTA

■ ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL ACTUAL

PACIENTE DE 25 AÑOS EN POP CESAREA DEL 2 DE MAYO REFIERE DOLOR INTENSO ABDOMINAL Y REFIERE ULTIMA MICCION HACE MAS DE 12 HORAS APROXIMADAMENTE, SANGRADO ESCASO NO FETIDO. NIEGA FIEBRE NO OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA

■ ANTECEDENTES PERSONALES

■ EXAMEN FISICO

HALLAZGOS:

■ APOYOS DIAGNOSTICOS

LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD, LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD, NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION) SOD, ENDOSCOPIA (CISTOSCOPIA) DEL CONDUCTO COLONICO, RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P., LATERAL), RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE, ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO. PANCREAS. VESICULA VIAS BILIARES. RINONES. BAZO. GRANDES VASOS. PELVIS Y FLANCOS, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA, CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS. L.C.R. PERITONEAL. PLEURAL. ASCITICO. SINOVIAL. OTROS DIFERENTE A ORINA INCLUYE; CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA. ORINA Y HECES, HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO, UROCULTIVO [ANTIGRAMA MIC AUTOMATICO], TIEMPO DE PROTROMBINA [PT], TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT], HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA. HEMATOCRITO. RECuento DE ERITROCITOS. INDICES ERITROCITARIOS. LEUCOGRAMA. RECuento DE PLAQUETAS. INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO, HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH, BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA, CLORO [CLORURO], CREATININA EN SUERO. ORINA U OTROS, DESHIDROGENASA LACTICA [LDH], GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO), GLUCOSA EN SUERO. L.C.R. U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA, MAGNESIO, NITROGENO UREICO [BUN], POTASIO, SODIO, TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICO O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT], TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST], PROCALCITONINA CONFIRMATORIA, VIH 1 Y 2. ANTICUERPOS (TEST ELISA), HEPATITIS B. ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS], PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION, SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR, UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA, ANTICUERPOS IRREGULARES. DETECCION [RASTREO O RA] CON CELULAS I Y II. O I. II Y III. EN TUBO, HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO. INVERSA O SERICA POR TUBO, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD. CRUZADA MAYOR EN TUBO, PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS LEUCORREDUCIDOS O DELEUCOCITADOS +, APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS

DATOS DE LA EVOLUCION

■ DATOS DE LA EVOLUCION

2014-06-05 13:35:22 PROFESIONAL: INGRID NATALIA VIVAS

ANALISIS (JUSTIFICACION): SEPSIS PUERPERAL EN TT. (SEPSIS URINARIA)

INTER. APOYO DIAGNOSTICO: LAB; CH LEUCOCITOSIS DE 23 CON PMN 91%, CON PLAQ 356. BUN 18,5, CREAT 0,79; LDH 214; TGO 11; TGP 7; HB 10 GRS.

2014-06-05 18:32:58 PROFESIONAL: JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA

ANALISIS (JUSTIFICACION): HERIDA QXCA INFECTADA EN INVOLUCION.

INTER. APOYO DIAGNOSTICO: NO HAY NUEVOS.

2014-06-09 11:17:24 PROFESIONAL: JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA

ANALISIS (JUSTIFICACION): ABHSCESO

INTER. APOYO DIAGNOSTICO: NO NUEVOS SE SOLICITAN

2014-06-11 17:14:33 PROFESIONAL: HENRRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA
ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE DE PROCESO INFECCIOSO CONTINUA CON CURACIONES, Y
BAJO VIGILANCIA.
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: NO

2014-06-12 20:53:49 PROFESIONAL: CINDY ISABEL STEVENSON GUERRERO
ANALISIS (JUSTIFICACION): L
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: L

2014-06-13 06:58:40 PROFESIONAL: HENRRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA
ANALISIS (JUSTIFICACION): {
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: {

2014-06-13 16:24:07 PROFESIONAL: HENRRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA
ANALISIS (JUSTIFICACION): LAVADO PERITOENAL
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: LEUCOCITOSIS AUN 30 MIL
TIEMPOS NORMALES

2014-06-15 10:49:38 PROFESIONAL: HENRRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA
ANALISIS (JUSTIFICACION): BUENA EVOLUCION
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: LO COMENTADO POR INTENSIVISTA

2014-06-17 13:30:07 PROFESIONAL: HENRRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA

2014-06-17 13:30:22 PROFESIONAL: HENRRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA
ANALISIS (JUSTIFICACION): K
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: K

2014-06-19 10:22:09 PROFESIONAL: HENRRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA

2014-06-19 10:22:26 PROFESIONAL: HENRRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA
ANALISIS (JUSTIFICACION): EXISTE UNA ALTA SOSPECHA DE COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA POR EL USO DE CLINDAMICINA &
POR ELLO SE INDICA SUSPENDER // SE INICIA ENTONCES MANEJO CON METRONIDAZOL Y VANCOMICINA // SE SOLICITA
COLONOSCOPIA.
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: .

2014-06-19 17:37:10 PROFESIONAL: RAUL EDUARDO ARISTIZABAL
ANALISIS (JUSTIFICACION): POR LO PRONTO SE REQUIERE DE CONTINUAR VIGILANDO LOS SIGNOS DE RESPUESTA
INFLAMATORIA SISTÉMICA // -NO- SE DESCARTA LA OPCIÓN DE COLITIS POR ANTIBIOTICOS & POR ELLO SE AJUSTÓ EL MANEJO
ANTIBIOTICO DESDE AYER // SE INSITE CON LA VIA ORAL & SE MANTIENE LA ADECUADA HIDRATACIÓN PARA EVITAR FALLA RENAL
U OTRAS COMPLICACIONES // DEBE SER MOVILIZADA.
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: HEMOLEUCOGRAMA CON ANEMIA MODERADA (HB = 8 GMOS%) CON LEUCOCITOSIS (18.400 POR
MM3) & NEUTROFILIA (70%) EN DESCENSO // SIN TROMBOCITOPENIA // AZOADOS SÉRICOS NORMALES // LOS ELECTROLITOS
SÉRICOS ESTÁN ALTERADOS (POTASIO DE 3,3 MMOL/L).

2014-06-20 16:55:26 PROFESIONAL: RAUL EDUARDO ARISTIZABAL
ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE QUE CURSA EN FRANCA MEJORIA & QUE LOGRO SUPERAR LAS CAUSAS BÁSICAS DE
ADMISIÓN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS // POR LO PRONTO -NO- SERÁ INDICADA UNA TRANSFUSIÓN // SE
INDICA ALTA & TRASLADO A SALA GENERAL DE HOSPITALIZACIÓN PARA MANEJO POR PARTE DE OBSTETRICIA.
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS EN DESCENSO (13.470 POR MM3) & ANEMIA (HB = 7,5 GMOS%)
MODERADA PERO SIN TROMBOCITOPENIA // LOS AZOADOS & ELECTROLITOS SÉRICOS ESTÁN DENTRO DE LOS LÍMITES
NORMALES.

2014-06-21 14:36:12 PROFESIONAL: RAUL EDUARDO ARISTIZABAL
ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE DE SU POP, SE SOLICITA HEMOGRAMA Y PCR CONTROL.
INTER. APOYO DIAGNOSTICO:

2014-06-22 10:59:06 PROFESIONAL: CINDY ISABEL STEVENSON GUERRERO
ANALISIS (JUSTIFICACION): .
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: .

2014-06-22 11:52:26 PROFESIONAL: JAVIER POLO HERNANDEZ
ANALISIS (JUSTIFICACION): .
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: CUADRO HEMATICO LEUCOCITOS 11 800 PCR 67 .

2014-06-23 08:19:18 PROFESIONAL: JAVIER POLO HERNANDEZ
ANALISIS (JUSTIFICACION): ABSCESO INTRA ABDOMINAL EN TT POST LAPAROTOMIA
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: NO HAY NUEVOS.

2014-06-23 10:49:57 PROFESIONAL: JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA
ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE CON POP DE HISTERECTOMIA, QUIEN SOLICITAN VALORACION POR MEDICINA INTERNA
POR PRESENCIA DE CUADRO FEBRIL Y PCR: 67.37.
SE ENCUENTRA PACIENTE CON EVIDENCIA DE SUPURACION AMARILLENTA, FETIDA DE SITIO OPERATORIO, CON ULTIMO
HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS. PACIENTE ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON VANCOMICINA Y METRONIDAZOL, SE DECIDE
SOLICITAR LABORATORIOS, CULTIVOS.

INTER. APOYO DIAGNOSTICO: .

2014-06-23 17:00:26 PROFESIONAL: JESUS QUIÑONEZ
ANALISIS (JUSTIFICACION): .
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: .

2014-06-24 08:50:36 PROFESIONAL: JAVIER POLO HERNANDEZ
ANALISIS (JUSTIFICACION): POP EVOL FAVORABLE,
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: NO HAY NUEVOS.

2014-06-24 11:52:46 PROFESIONAL: JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA
ANALISIS (JUSTIFICACION): .
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: .

2014-06-25 08:48:02 PROFESIONAL: JAVIER POLO HERNANDEZ
ANALISIS (JUSTIFICACION): POSTQUIRURGICO DE LAVADO PERITONEAL (15 DE JUNIO DE 2014).
-POSTQUIRURGICO DE HISTERECTOMIA SUBTOTAL (13 DE JUNIO DE 2014).
-POSTQUIRURGICO TARDIO DE CESAREA POR OBITO FETAL.
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: NO HAY NUEVOS.

2014-06-25 11:23:54 PROFESIONAL: JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA
ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , NORMOTENSA,
CONTINUAR ANTIBIOTICOTERAPIA
CURACIONES
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: ..

2014-06-26 00:53:57 PROFESIONAL: CINDY ISABEL STEVENSON GUERRERO
ANALISIS (JUSTIFICACION): .
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: LEUCOCITOS DE AYER 13 120 , PCR DE 37.

2014-06-26 08:58:59 PROFESIONAL: JAVIER POLO HERNANDEZ
ANALISIS (JUSTIFICACION): SEPSIS PERITONEAL REFRACTARIA AL TT.
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: CH LEUCO 13, HB 8,42 GRS; PLAQ 707; PMN 62%; PCR 37; BUN 2,7; CREAT 0,99; TGO 19; TGP 3,
UROCULTIVO NEGATIVO.
ECO DE NABDOMEN COMPATIBLE CON DERRAME PERITONEAL, Y INFLAMACION DE ASA INTYESTINALES.

2014-06-26 12:50:29 PROFESIONAL: JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA
ANALISIS (JUSTIFICACION): .
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: .

2014-06-27 09:01:28 PROFESIONAL: JAVIER POLO HERNANDEZ
ANALISIS (JUSTIFICACION): COMPLETAR ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE ANTIBIOTICO V.S. RECAMBIO DE ACUERDO A CLINICA
DEL PACTE O AL ANTILOGRAMA DE LOS CULTIVOS ORDENADOS. POR MEDICO INTERNISTA PARA DECIDIR DAR DE ALTA
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: NO HAY NUEVOS.

2014-06-27 12:05:50 PROFESIONAL: JESUS ORDOÑEZ MOSQUERA
ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE VALORADA POR MEDICINA INTERNA POR FIEBRE E INFECCION EN SITIO OPERATORIO, CON
REPORTE DE 2 HEMOCULTIVOS NEGATIVOS, HEMOGRAMA
RADIOGRAFIA DE TORAX AP, CENTRADA, CALIDAD TECNICA SUBOPTIMA, ROTADA, MALCOLIMADA, SIN SIGNOS DE LESION OSEA,
SIN PRESENCIA DE INFILTRADOS NI CONSOLIDADOS, PACIENTE CON 14 DIAS CON VANCOMICINA Y 9 DIAS DE METRONIDAZOL, SE
DECIDE SUSPENDER VANCOMICINA Y SEGUIR A CARGO DE GINECOBSTERIA
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: LEUCOCITOS: 13.120. HB: 8.42 HCTO: 24%. PLAQTAS: 707.000. NEU: 62%. LINFOS: 20%. BUN: 27.
CREATININA: 0.99 TGO: 19. TGP: 12.

2014-06-27 20:24:40 PROFESIONAL: JESUS QUIÑONEZ
ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE DE SUS POP, NORMOTENSA, VALORADA POR INTERNISTA
EN EL DIA DE HOY QUIEN CERRA INTERCONSULTA PARA CONTINUAR SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA
INTER. APOYO DIAGNOSTICO: ..

2014-06-27 23:17:01 PROFESIONAL: CINDY ISABEL STEVENSON GUERRERO

- MEDICAMENTOS
DEXAMETASONA 8 MG/2ML AMP, DAPIRONA X 2.5 G/5ML AMP SODICA, TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG TABLETA,
PIPERACILINA/TAZOBACTAM , GENTAMICINA X 160 MG/2 ML AMP, METOCLOPRAMIDA X 10 MG AMP, N-BUTIL B DE HIOSINA X 20
MG/ML AMP, OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA , OMEPRAZOL X 40 MG AMP, MORFINA X 10 MG/ML AMP, FENTANILO CITRATO 0.05
MG/ML (0.005%) AMP, MIDAZOLAM X 15 MG AMP, HIDROCORTISONA 100MG/2ML AMP (SUMICORT), OXITOCINA 10 U/ML SOLUCION
INYECTABLE, CLINDAMICINA X 600 MG AMP, METRONIDAZOL (1) U ORNIDAZOL (2) 500 MG/100 ML SOLUCION INY, SOLUCION
HARTMAN X 500 ML (LACTATO RINGER), CLORURO DE POTASIO AMP X 10 ML, SODIO CLORURO 0.9% X 500 ML, SOLUCION
HARTMAN X 1000 ML (LACTATO RINGER), ENOXAPARINA SODICA 40 MG, VANCOMICINA (CLORHIDRATO)X 500, FOSFATO DE
POTASIO

DATOS DEL EGRESO

- PLAN DE SEGUIMIENTO
- CAUSA DE SALIDA
TIP 8 GARDIA

PROFESIONAL: JOSE ALBERTO ULLOQUE DE LA HOZ
CC - 19367013 - T.P
ESPECIALIDAD - GINECOLOGO-OBSTETRA

Imprimió: JOSE ALEXANDRO IBARGUEN GARCES - jose.ibarguen

Fecha Impresión : 2014/7/2 - 19:11:43

LABORATORIO CLINICO COMFANDI B/VENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

Página 1 De 1

22519121

No. de Orden 2014022519121

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género	Femenino	Fecha y Hora de in	2014-02-25 07:48
Historia:	1006188606	Edad	24 Años	Fecha de impresió	2014-03-07 15:32
CENTROS	IPS CENTRO	TELEFONO	3164769246	HABITACION	
MEDICO	NATALIA DEL PILAR LUNA BALANTA	SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

MICROBIOLOGIA			
URCULTIVO			
CULTIVO Y RECuento DE BACTERIAS: NEGATIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION			26/02/2014 11:02
LINA MARCELA LOPEZ MARIN REG. 76-0698			Lina Marcela Lopez M

LABORATORIO CLINICO COMFANDI B/VENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

Página 1 De 1

21319262

No. de Orden 2014021319262

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género	Femenino	Fecha y Hora de in	2014-02-13 06:46
Historia:	1006188606	Edad	24 Años	Fecha de impresió	2014-02-13 16.13
CENTROS	IPS CENTRO	TELEFONO	3164769246	HABITACION	
MEDICO	YINABANGUERA ARRECHEA	SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA SANGUINEA

TEST DE SULLIVAN CON 50 GMS DE GLUCOSA

GLICEMIA EN AYUNAS

91

mg/dl

70 - 110

13/02/2014 10:28

GLICEMIA UNA HORA

120

13/02/2014 10:28

CLAUDIA SOFIA CASTILLO ALOMIA

Reg-761533

Claudia S. Castillo

LABORATORIO CLINICO COMFANDI B/VENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

12019040

No. de Orden 2014012019040

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género	Femenino	Fecha y Hora de in	2014-01-20 07:35
Historia:	1006180606	Edad	24 Años	Fecha de impresió	2014-02-13 16:14
CENTROS	IPS CENTRO	TELEFONO	3164769246	HABITACION	
MEDICO		SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HEMATOLOGIA			
EXTENDIDO PERIFERICO			20/01/2014 15:38
SERIE BLANCA: NORMOCITICA NORMOCROMICA			
SERIE ROJA: HIPOCROMIA ++ ANISOCITOCIS Y POIKILOCITOCIS			
PLAQUETAS: NORMALES			
RETICULOCITOS	1.9	%	0.5 - 1.5
DREPANOCITOS	NEGATIVO		20/01/2014 15:40
			21/01/2014 07:56
CLAUDIA SOFIA CASTILLO ALOMIA			
Reg 761533 <i>Claudia S. Castillo</i>			
PRUEBAS ESPECIALES			
FERRITINA	158.10	ng/ml	21/01/2014 12:14
VALORES NORMALES:			
HOMBRES 20 - 60 AÑOS	30 - 400		
MULIERES 17 - 60 AÑOS	13 - 150		
NIÑOS MENORES DE 1 MES	150 - 450		
NIÑOS DE 2-3 MESES	80 - 500		
NIÑOS DE 4 MESES A 16 AÑOS	20 - 200		
Técnica:METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			
JANETH OREJUELA MONTAYES			
REG. 17189 <i>J. Orejuela</i>			

LABORATORIO CLINICO COMFANDI B/VENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

Página 1 De 1

21019109

No. de Orden 2013121019109

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género:	Femenino	Fecha y Hora de in:	2013-12-10 10:08
Historia:	1006188606	Edad:	24 Años	Fecha de impresió	2013-12-10 15:11
CENTROS MEDICO	IPS CENTRO	TELEFONO:	3164769246	HABITACION	
		SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HEMATOLOGIA			
HEMOCLASIFICACION			10/12/2013 14:44
GRUPO SANGUINEO	" O "		
FACTOR RH	POSITIVO		
HEMOGRAMA COMPLETO			
RECuento DE LEUCOCITOS.	10.00	10 ³ /mm ³ Lwbc	5.00 - 10.00 10/12/2013 14:44
RECuento TOTAL DE GLOBULOS ROJOS	4.05	Mul	4.04 - 5.48 10/12/2013 14:44
HEMOGLOBINA	10.60	g/dl	12.00 - 16.00 10/12/2013 14:44
HEMATOCRITO	29.00	%	38.00 - 48.00 10/12/2013 14:44
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.	71.60	fL	80.00 - 98.00 10/12/2013 14:44
MCH	26.20	pg	27.00 - 32.00 10/12/2013 14:44
MCHC	36.60	g/dl	32.00 - 36.40 10/12/2013 14:44
RDW CV	16.70		11.60 - 15.50 10/12/2013 14:44
PLAQUETAS	297.00	Kul	150.00 - 450.00 10/12/2013 14:44
LINFOCITOS	19.10	%	20.50 - 51.10 10/12/2013 14:44
MIXIAS	11.70	%	0.00 - 10.00 10/12/2013 14:44
NEUTROFILOS	69.20	%	43.00 - 74.00 10/12/2013 14:44
LINFOCITOS TOTALES	1.90	Kul	1.30 - 2.90 10/12/2013 14:44
MIXIAS TOTALES	1.20	Kul	0.00 - 2.00 10/12/2013 14:44
NEUTROFILOS TOTALES	6.90	Kul	2.20 - 7.70 10/12/2013 14:44
MPV	8.20	fL	9.00 - 13.00 10/12/2013 14:44
DIFERENCIAL MANUAL EN PORCENTAJE.			
NEUTROFILOS: 78 %			
LINFOCITOS: 20 %			
EOSINOFILOS: 2 %			

LINA MARCELA LOPEZ MARIN REG. 76-0698 Lina Marcela Lopez Marin

LABORATORIO CLINICO COMFANDI B/VENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

Página 2 De 2

11519235

No. de Orden 2014011519235

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género	Femenino	Fecha y Hora de in	2014-01-15 07:30
Historia:	1006188606	Edad	24 Años	Fecha de impresión	2014-01-15 15:04
CENTROS	IPS CENTRO	TELEFONO	3164769246	HABITACION	
MEDICO	YINABANGUERA ARRECHEA	SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
UROCOPROANALISIS			
LINA MARCELA LOPEZ MARIN REG. 76-0698 Lina Marcela Lopez M			
MICROBIOLOGIA			
EXUDADO VAGINAL			15/01/2014 14:23
EXAMEN DIRECTO			
CELULAS EPITELIALES	+++		
LEUCOCITOS	10-15XC		
CELULAS CLAVE	NEGATIVO		
TRICHOMONAS VAGINALES	NEGATIVO		
BLASTOCONIDIAS E HIFAS TIPO CANDIDA	NEGATIVO		
COLORACION DE GRAM			
REACCION LEUCOCITARIA	MODERADA		
BACILOS GRAM NEGATIVOS	++		
PIEFROTIS VAGINAL	4.00	3.50 - 4.50	15/01/2014 14:23
HEFED AMINAS	NEGATIVO		15/01/2014 14:23
LINA MARCELA LOPEZ MARIN REG. 76-0698 Lina Marcela Lopez M			

LABORATORIO CLINICO COMFANDI B/VENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

31319276

3207491695

No. de Orden 2014031319276

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género	Femenino	Fecha y Hora de in	2014-03-13 07:50
Historia:	1006188606	Edad	24 Años	Fecha de impresió	2014-03-13 14:34
CENTROS	IPS CENTRO	TELEFONO	3164769246	HABITACION	
MEDICO	LUZ ELENA ISAZA ANGULO	SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA COMPLETO			
RECUEENTO DE LEUCOCITOS	14.40	10 ³ /ulWbc	5.00 - 10.00 13/03/2014 12:03
RECUEENTO TOTAL DE GLOBULOS ROJOS	4.01	M/ul	4.04 - 5.48 13/03/2014 12:03
HEMOGLOBINA	10.50	g/dl	12.00 - 16.00 13/03/2014 12:03
HEMATOCRITO	28.80	%	38.00 - 48.00 13/03/2014 12:03
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	71.80	fL	80.00 - 98.00 13/03/2014 12:03
MCH	26.20	pg	27.00 - 32.00 13/03/2014 12:03
MCHC	36.50	g/dl	32.00 - 36.40 13/03/2014 12:03
RDW-CV	16.30		11.60 - 15.50 13/03/2014 12:03
PLAQUETAS	307.00	K/ul	150.00 - 450.00 13/03/2014 12:03
LINFOCITOS	17.50	%	20.50 - 51.10 13/03/2014 12:03
MIXTAS	9.00	%	0.00 - 10.00 13/03/2014 12:03
NEUTROFILOS	73.50	%	43.00 - 74.00 13/03/2014 12:03
LINFOCITOS TOTALES	2.50	K/ul	1.30 - 2.90 13/03/2014 12:03
MIXTAS TOTALES	1.30	K/ul	0.00 - 2.00 13/03/2014 12:03
NEUTROFILOS TOTALES	10.60	K/ul	2.20 - 7.70 13/03/2014 12:03
MPV	8.30	fL	9.00 - 13.00 13/03/2014 12:03

CLAUDIA SOFIA CASTILLO ALOMIA
Reg 761533

INMUNOLOGIA

VDRL SEROLOGIA		13/03/2014 12:03
REACCION V D R L CARDIOLOLIDINA	"NO REACTIVA"	

CLAUDIA SOFIA CASTILLO ALOMIA
Reg 761533

ORDEN CLINICA

No. Orden: 4602561

PACIENTE: ELIANA RENTERIA VALLECILLA

CC: 1006188606

FECHA DE SOLICITUD: 22.12.2014

EDAD: 25 años

No. PACIENTE: 3914626

ASEGURADORA:

SERVICIO SOLICITANTE: U.M. MEDICA AMBULATORIA U.T. GINECOLOGIA

PRIORIDAD: Ninguna

SERVICIO TRATANTE: U.T. GINECOLOGIA

Prestaciones 16CS-CONSULTA GINECOLOGIA

CUPS	CANT	DESCRIPCION
890202-341	0001	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: QUICONES MINOTTA , INGRID LORENA

REGISTRO MEDICO: 6997

FIRMA DEL SOLICITANTE:

Web
85672475

Historia Clínica General

Paciente	: ELIANA RENTERIA VALLECILLA	Fec. Nac.	: 15.04.1989
Identificación	: CC - 1006188606	Edad/Sexo	: 25 a / F
Especialidad	: U.T. Ginecología		
Ubicación	: Comfandi-Centro	Cama/Epis.	: / 10671897
Fec. Registro	: 22.12.2014	Hora Reg.	: 10:26:41
Aseguradora	: SOS - ACTIVIDAD POS		

Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : *SANGRADO*
Enfermedad Actual : PACIENTE DE 25AÑOS, POP HISTERECTOMIA SUBTOTAL HACE 6 MES. LA CUA ACUSA PRESENTAR EPISODIOS DE SANGRADOS VAGINALES ESCASO DURANTE 3 DIAS. NO ES EL PRIMER EPISODIO. A.P: NINGUNO OX: HISTERECTOMIA SUBTOTAL GO: G1POM1

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NORMAL
Ojos : NORMAL
Otorrinolaringologva : NORMAL
Cuello : NORMAL
Torax : NORMAL
Cardiaco : NORMAL
Pulmonar : NORMAL
Digestivo : NORMAL
Genltourinario : NORMAL
Sist. Nerv. Central : NORMAL
Piel : NORMAL
Extremidades : NO EVALUADO
Otros : NO EVALUADO

Signos Vitales de Ingreso Vivo

Temperatura	: 36,5	°C	Peso	: 65,0	Kg	Per. Cefalico	: cm
Presión arterial	: 100	mm Hg	Per. Abd.	:	cm	Talla	: 1,65 mtrs
Frec. Cardvaca	: 70	x min	IMC	: 23,875	Kg/m2	SC (m2)	: 1,72
Frec. Respiratoria	: 18	x min	Sat con O2	: 99,00	%	Sat sin O2	: %

Examen Fvsico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Ausencia de Deshidratacion
Estado General : Bueno

Hallazgos

Cabeza y Craneo : NORMOCEFALA
Ojos : CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERA CLARA
ORL : OROFARINGE SIN ALTERACION
Boca : SIN LESIONES VISIBLES

Paciente : ELIANA RENTERIA VALLECILLA Identificacion : CC - 1006188606

Historia Clinica General

Cuello : SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS PALPABLES
Torax/Mamas : MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOPLO
Abdomen : CICATRIZ CIRURGICA SIN ALTERACION
Genitourinario : ESPECULOSCOPIA: CERVIX POSTERIOR CON SANGRADO VAGINAL ESCASO.
Extremidades : SIMETRICO, PULSOS PRESENTE, NO EDEMA
Sist. Nev. Central : SIN DEFICIT APARENTE
Ex. Mental : ALERTA
Piel y Faneras : DE ASPECTO SANO
Otros Hallazgos : NINGUNO

Analisis y Conducta

SE RECOMIENDA VALORACION POR GINECOLOGIA LAPAROSCOPIA, POR SANGRADO POSTERIOR A REALIZACION DE HISTERECTOMIA SUBTOTAL.

Responsable : QUIPONES MINOTTA, INGRID LORENA RM : 6997 Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Diagnosticos

Fecha : 22.12.2014 / 10:32
Codigo : Z489
Diagnostico : CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO

Ordenes Clinicas

Fecha : 13.12.2014 Hora : 04:11 Md. :
890302-341 CONSULTA DE CONTROL GINECOLOGIA Y OBSTET

PACIENTE: ELIANA RENTERIA VALLECILLA

CC: 1006188606

FECHA DE SOLICITUD: 01.10.2014

EDAD: 25 años

No. PACIENTE: 3914626

ASEGURADORA:

PRIORIDAD: Ninguna

SERVICIO SOLICITANTE: U.M. MEDICA AMBULATORIA U.T. SICOLOGIA

SERVICIO TRATANTE: U.T. SICOLOGIA

Prestaciones 16CS-61 CONSULTA PSICOLOGIA

CUPS	CANT	DESCRIPCION
890308	0001	CONSULTA DE CONTROL POR PSICOLOGIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: ANGULO MINA, GLORIA

REGISTRO MEDICO: 761692

FIRMA DEL SOLICITANTE:

V1/2 web
#935372

Jueves - 20 - Noviembre
4:00PM

Página 1 de 1

Pastor - 20 - minutos
antes

San Juan

PACIENTE: ELIANA RENTERIA VALLECILLA

CC: 1006188606

FECHA DE SOLICITUD: 01.10.2014

EDAD: 25 años

No. PACIENTE: 3914626

ASEGURADORA:

SERVICIO SOLICITANTE: U.M. MEDICA AMBULATORIA U.T. SICOLOGIA

PRIORIDAD: Ninguna

SERVICIO TRATANTE: U.T. SICOLOGIA

Prestaciones 16CS-61 CONSULTA PSICOLOGIA

CUPS	CANT	DESCRIPCION
890308	0001	CONSULTA DE CONTROL POR PSICOLOGIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: ANGULO MINA, GLORIA

REGISTRO MEDICO: 761692

FIRMA DEL SOLICITANTE:



A Sánchez Radiólogos

El mejor lugar y en las mejores manos

Rayos X • Mamografía • Ecografía • Escanografía Multicorte

NOMBRE : ELIANA RENTERIA VALLECILLA
IDENTIFICACIÓN : 1006188606
EDAD : 25 AÑOS
INSTITUCIÓN : SOS
ESTUDIO : ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL
FECHA : SEPTIEMBRE 01 DE 2014

Se realiza examen ecográfico de la cavidad abdominal total que muestra :

Hígado: de tamaño normal, contorno regular, parénquima homogéneo.

Vesícula biliar: no dilatada con un diámetro transversal de 3,4 cm, una pared fina de 0,3 cm.

La vía biliar: intra y extra hepática no dilatada con un diámetro de 0,3 cm en su porción proximal.

Porta no dilatada de 0,6 cm.

Páncreas: de tamaño normal, de contornos regulares y parénquima homogéneo, el cual mide 2,0 X 1,2 X 2,3 cm en cabeza, cuerpo y cola respectivamente.

Bazo: de aspecto ecográfico normal con un diámetro longitudinal de 8,9 cm.

Grandes vasos: normales. Aorta abdominal con espesor de 1,3 cm en su porción proximal.

Riñón derecho: de tamaño normal, contornos regulares, parénquima homogéneo, de situación y alineación normal, excursión adecuadamente con los movimientos respiratorios. Mide 10,8 X 6,0 X 6,5 cm (L x AP x T), con un espesor en el parénquima de 2,1 cm.

Riñón izquierdo: de tamaño normal, contornos regulares, parénquima homogéneo, de situación y alineación normal, excursión adecuadamente con los movimientos respiratorios. Mide 10,9 X 5,6 X 5,3 cm (L x AP x T), con un espesor en el parénquima de 1,8 cm. Conservando ambos riñones la relación córtico medular de manera adecuada.

VEJIGA : Distendida de paredes finas con contenido claro, con un volumen de 100ml.

Ausencia quirúrgica del útero.

CONCLUSIÓN:

1- ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN TOTAL QUE NO MUESTRA MASAS O IMÁGENES PATOLÓGICAS ECOGRÁFICAMENTE REGISTRABLES.

DR. JAVIER AREVALO PARDO

MD. Especialista/ Ecografista

R.M. 68410/98

FL-SEPTIEMBRE-01-2014

FT-SEPTIEMBRE-03-2014 LJT

CALI: Sede Tequendama: Calle 5E No. 40-36 Tel: 6672846 Sede Norte: Av. 2C Norte No. 23AN-44 Tel: 6615389

Sede Tulúa: Calle 25 No. 32A-44 Tel: 2313333

www.asanchezradiologos.com

Paciente : ELIANA RENTERIA VALLECILLA
 Identificación : CC - 1006188606
 Especialidad : U.T. Medicina General
 Ubicación : Comfandi-Centro
 Fec. Registro : 20.03.2014
 Aseguradora : DEUDOR CAPITACION BUENAVENTURA

Fec. Nac. : 15.04.1989
 Edad/Sexo : 24 a / F
 Cama/Epis. : / 8022113
 Hora Reg. : 07:20:23

Causa Externa : Enfermedad General
 Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : "PORQUE LA HEMOGLOBINA NO ME QUIERE SUBIR LA TENGO BAJA"
 Enfermedad Actual : PACIENTE TRAE HEMOGRAMA DEL 13.03.14. HB 10.5 HTO 28.8 VCM 71.8 LEUCOCITOS 14400 N73.5 L17.5 PLT 307.000. SEROLOGIA NO REACTIVA. REFIERE EDEMA EN MSIS. NO REFIERE OTROS SINTOMAS.

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Cráneo : NIEGA
 Ojos : NIEGA
 Otorrinolaringología : NIEGA
 Cuello : NIEGA
 Torax : NIEGA
 Cardíaco : NIEGA
 Pulmonar : NIEGA
 Digestivo : NIEGA
 Genitourinario : NIEGA
 Sist. Nerv. Central : NIEGA
 Piel : NIEGA
 Extremidades : REFIERE EDEMA EN MSIS
 Otros : NIEGA

Signos Vitales de Ingreso Vivo

Temperatura	: 36,5	°C	Peso	: 83,0	Kg	Per. Cefálico	: cm
Presión arterial	: 120 / 60	mm Hg	Per. Abd.	:	cm	Talla	: 1,60 mtrs
Frec. Cardíaca	: 78	x min	IMC	: 32,422	Kg/m2	SC (m2)	: 1,96
Frec. Respiratoria	: 18	x min	Sat con O2	:	%	Sat sin O2	: %

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
 Estado Respiratorio : Normal
 Estado de Hidratación : Ausencia de Deshidratación
 Estado General : Bueno

Hallazgos

Cabeza y Cráneo : NORMOCEFALIA
 Ojos : CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS
 ORL : OROFARINGE NORMAL
 Boca : MUCOSAS HUMEDAS
 Cuello : MOVIL, NO SOPLOS, NO MASAS

Historia Clínica General

Tórax/Mamas : SIMETRICO, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
Abdomen : UTERO GRAVIDO, FETOCARDIA DE 140 X MIN, MOVIL, SIN ACTIVIDAD UTERINA
Genitourinario : SE OMITE
Extremidades : SIMETRICAS, MOVILES. EDEMA GRADO I EN MSIS
Sist. Nev. Central : SIN DEFICIT APARENTE
Ex. Mental : SIN ALTERACIONES
Piel y Faneras : NORMALES
Otros Hallazgos : BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA

Análisis y Conducta

PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO DE 30 SEMANAS X ECO TEMPRANA. FPP: 29.05.14. PACIENTE CURSA CON ANEMIA (HB 10.5 G/DL). CONTINUAR MICRONUTRIENTES (ANEMIDOX (NO POS X SOLICITUD DE LA PACIENTE) Y CALCIO 2* DIA). PACIENTE ADEMÁS CON EDEMA GESTACIONAL NORMOTENSA. SE SUGIERE REPOSO RELATIVO. SE RECOMIENDA ELEVACION DE MSIS, DECUBITO LATERAL IZQUIERDO Y CONTROL AMBULATORIO DE TA (SI PRESENTA TA > 0 = 140/90 ACUDIR POR URGENCIAS). PACIENTE CON AUMENTO DE 3 KG EN EL ULTIMO MES POR LO CUAL SS VAL Y MANEJO POR NUTRICION. TIENE TEST O SULLIVAN DEL 13.02.14. NORMAL. SS VAL Y MANEJO POR G.O. POR FACTOR DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA. SE REFUERZA NUEVAMENTE RECOMENDACIONES SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO. CONTINUAR CONTROLES PRENATALES POR PYP. SE DA INCAPACIDAD POR 3 DIAS.

Responsable : LUNA BALANTA, NATALIA DEL PILAR

RM : 439706

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Diagnósticos

Fecha : 20.03.2014 / 07:26

Codigo : 0260

Diagnostico : AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO

Fecha : 20.03.2014 / 07:25

Codigo : 0990

Diagnostico : ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO

Fecha : 20.03.2014 / 07:25

Codigo : 0120

Diagnostico : EDEMA GESTACIONAL

Fecha : 20.03.2014 / 07:25

Codigo : Z340

Diagnostico : SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL

Paciente : NELLY CARDONA REYES
Identificación : CC - 24954653
Especialidad : T.F. Medicina Fomento
Ubicación : Comfandi-Centro
Fec. Registro : 20.03.2014
Aseguradora : DEUDOR CAPITACION FOMENTO BVENTURA

Fec. Nac. : 29.10.1953
Edad/Sexo : 60 a / F
Cama/Epis. : / 0008022606
Hora Reg. : 07:19:43

Motivo de Consulta : CONTROL HIPERTENSION Y DIABETES

Enfermedad Actual : PACINETE CON HIPERTENSION MANEJADA CON HCTZ 25X1, LOSARTAN 100X2, GEMFIBROZIL 600X1 Y EN CONSULTA ANTERIOR POR TA ELEVADA SE AUMENTO NIFEDIPINO A 60X2, Y MANEJO NUTRICIONAL PARA DIABETES. REFIERE DISPENSACION COMPLETA Y ASEGURA TOMA ADECUADA DE LOS MEDICAMENTOS, REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, EN EL MOMENTO ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR TODAVIA NO HA SIDO VALORADA POR NUTRICION

Causa Externa : Enfermedad General

Finalidad de la Consulta : No Aplica

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NO REFIERE
Ojos : NO REFIERE
Otorrinolaringología : NO REFIERE
Cuello : NO REFIERE
Torax : NO REFIERE
Cardíaco : NO REFIERE
Pulmonar : NO REFIERE
Digestivo : NO APLICA
Genitourinario : NO APLICA
Sist. Nerv. Central : NO APLICA
Piel : NO REFIERE
Extremidades : NO REFIERE
Otros : LO REFERIDO EN ENFERMEDAD ACTUAL

Signos Vitales

Estado de Ingreso:

Presión Arterial : 160 / 100 mm Hg
Frec. Cardíaca : 96 x min
Frec. Respiratoria : 19 x min
Temperatura : 37,0 °C

PAM : 120,00
Per.Abd.: 100,00
Peso : 84,0
IMC : 32,007

SC (m2) : 1,97
Cm
Kg
Kg/m2 Talla : 1,62 m2

Examen Físico

Estado General : Bueno
Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Ausencia de Deshidratación

Hallazgos

Cabeza : NORMOCEFALO, SIN ALTERACIONES
Cara : PUPILAS NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS
ORL SIN ALTERACIONES
Cuello : NO MASAS, NO ADENOPATIAS
Tórax RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS PULMONES VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS
Abdomen : BLANDO DEPRESIBLE, NO MASAS, NO DOLOR
Genitourinario SE OMITE
Extremidades : SIMETRICAS, EDEMA GRADO II, BILATERAL, PRESENTA MICOSIS EN UÑA DE HALLUX DERECHO
Neurológico SIN DEFICIT APARENTE
Otros Hallazgos : BUEN ESTADO GENERAL

Datos Reno Protección

Historia Clínica Renoprotección

DM y/o HTA Controlado No

Diabetes Controlada Si

Fumador No

Paciente es amputado de Miembro o miembros inferiores No

Datos Laboratorios

Fecha 20.03.2014

COL 0,000
LDL 0,000
Crea 0,520
DEP / CREA 152,564
KDOQI x TASA 1,000
Na 0,000
P 0,000
TSH 0,000
AC. Uric 0,000

HDL 0,000
VLDL 0,000
MIC 0,000
KDOQI X Dep / Crea 1,000
Glu 0,000
K 0,000
ca 0,000
Hb 0,000

TG 0,000
AI 0,000
P24h 0,000
TFG 120,284
HbA1c 0,000
Cl 0,000
Album 0,000
Htto 0,000

Escala de Framingham

Edad : 10,000
Presión Arterial : 6,000
Resultado : 6,000

Colesterol total (mg/dl) : 1,000
HDL : 1,000

Ries. Fumador : 0,000
Riesgo Bajo a 10 años

Relación de Diagnósticos

Fecha 20.03.2014 Hora 07:31

Diagnóstico Médico I10X

Descripción HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Fecha 20.03.2014 Hora 07:31

Diagnóstico Médico E119

Descripción DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION

Fecha 20.03.2014 Hora 07:31

Diagnóstico Médico E781

Descripción HIPERGLICERIDEMIA PURA

Fecha 20.03.2014 Hora 07:32

Diagnóstico Médico E660

Descripción OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

Fecha 20.03.2014 Hora 07:32

Diagnóstico Médico B351

Descripción TIÑA DE LAS UÑAS

Análisis y Conducta

PACIENTE CON DIABETES CONTROLADA PERO PERSISTE CON TA ELEVADA A PESAR DE AUMENTO EN DOSIS DE MEDICAMENTOS, ADICIONO PRAZOSIN 1X2 Y CONTINUA CON RESTO DE MEDICAMENTOS IGUAL DADO QUE NO SE LOGRA CONTROL DE SU PATOLOGIA DE BASE A PESAR DE AUMENTO EN MEDICACION Y TOMA ADECUADA DE LOS MISMOS, REMITO A MEDICINA INTERNA PARA VALORACION ESTA PENDIENTE CITA CON NUTRICION PARA MANEJO DE ONICOMICOSIS. FLUCONAZOL 200XSEM Y CIOTRIMAZOL TOPICO CADA 8 HORAS SE INFORMA A LA PACIENTE CIFRA TENSIONAL DE 160-100. RECOMENDACIONES: DIETA HIPOSODICA, HIPOGRASA, HIPOGLUCIDA, CAMINAR 1 HORA MINIMO 3 VECES POR SEMANA, EVITAR LICOR Y CIGARRILLO, AUMENTAR INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS. SE INSISTE EN LA TOMA ADECUADA DE LOS MEDICAMENTOS SIGNOS DE ALARMA: DISARTRIA, PERDIDA DE FUERZA EN EXTREMIDADES, DESVIACION DE COMISURA LABIAL, MAREO, VISION BORROSA, CEFALEA INTENSA QUE NO CEDA, DETERIORO EN EL ESTADO DE CONCIENCIA, DOLOR PRECORDIAL. CONTROL EN UNA SEMANA

Responsable RODRIGUEZ ISAZA, CAROLINA

47

LABORATORIO CLINICO COMFANDI B/VENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

Página 1 De 1

* 50219266 *

No. de Orden 2014050219266

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género	Femenino	Fecha y Hora de in	2014-05-02 07:58
Historia:	1006188606	Edad	25 Años	Fecha de impresió	2014-05-13 16:05
CENTROS	IPS CENTRO	TELEFONO	3164769246	HABITACION	
MEDICO		SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA		

Examen.	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA COMPLETO			
RECuento, DE LEUCOCITOS	12.20	10^3/uLwbc	5.00 - 10.00 02/05/2014 09:23
RECuento TOTAL DE GLOBULOS ROJOS	4.57	M/uL	4.04 - 5.48 02/05/2014 09:23
HEMOGLOBINA	12.00	g/dl	12.00 - 16.00 02/05/2014 09:23
HEMATOCRITO	32.70	%	38.00 - 48.00 02/05/2014 09:23
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	71.60	fL	80.00 - 98.00 02/05/2014 09:23
MCH	26.30	pg	27.00 - 32.00 02/05/2014 09:23
MCHC	36.70	g/dl	32.00 - 36.40 02/05/2014 09:23
RDW-CV	16.80		11.60 - 15.50 02/05/2014 09:23
PLAQUETAS	364.00	K/uL	150.00 - 450.00 02/05/2014 09:23
LINFOCITOS	20.90	%	20.50 - 51.10 02/05/2014 09:23
MIXTAS	10.70	%	0.00 - 10.00 02/05/2014 09:23
NEUTROFILOS	68.40	%	43.00 - 74.00 02/05/2014 09:23
LINFOCITOS TOTALES	2.50	K/uL	1.30 - 2.90 02/05/2014 09:23
MIXTAS TOTALES	1.30	K/uL	0.00 - 2.00 02/05/2014 09:23
NEUTROFILOS TOTALES	8.40	K/uL	2.20 - 7.70 02/05/2014 09:23
MPV	8.40	fL	9.00 - 13.00 02/05/2014 09:23

LINA MARCELA LOPEZ MARIN REG. 76-0698 Lina Marcela Lopez M

LABORATORIO CLINICO COMFANDI B/VENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

Página 1 de 1

12019040

No. de Orden 2014012019040

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género:	Femenino	Fecha y Hora de in:	2014 01 20 07:35
Historia:	1006188606	Edad:	24 Años	Fecha de impresión:	
CENTROS:	IPS CENTRO	TELEFONO:	3164769246	LABORATORIO:	
MEDICO:		SERVICIOS:	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

EXAMEN PERIFERICO

20/01/2014 07:35

LEUCOCITOS: LEUCOCITIA NORPOCROMICA

ERITROCITOS: DEPLECIÓN Y ANISOCITOSIS Y POIQUILOCITOSIS

PLAQUETAS: NORMAL

DE LEUCOCITOS

1.9

%

0.5 - 1.5

20/01/2014 07:36

DE PLAQUETOS

NEGATIVO

21/01/2014 07:56

CLAUDIA SOFIA CASTILLO ALOMIA

Reg 761533

Claudia S. Castillo

PRUEBAS ESPECIALES

URICINA

158.10

ng/ml

21/01/2014 07:56

VALORES NORMALES:

HOMBRES 20 - 60 AÑOS : 30 - 400

MUJERES 17 - 60 AÑOS : 13 - 150

NIÑOS MENORES DE 1 MES : 150 - 450

NIÑOS DE 2-3 MESES : 80 - 500

NIÑOS DE 4 MESES A 16 AÑOS : 20 - 300

Técnica de medición: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

JANETH OREJUELA MONTAYES

REG. 17189

J. Orejuela

LABORATORIO CLINICO COMFANDI BVENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

41419013

No. de Orden 2014041419013

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género	Femenino	Fecha y Hora de in .	2014-04-14 09:16
Historia:	1006188606	Edad	25 Años	Fecha de impresió	2014-04-15 09:33
CENTROS	IPS CENTRO	TELEFONO	3164769246	HABITACION	
MEDICO	GENERICO MEDICO EXTERNO	SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
QUIMICA SANGUINEA			
VOLUMEN DE ORINA 24 HORAS	1300	ml	15/04/2014 09:21
PROTEINURIA EN ORINA	22.40	mgr/dl	0.00 - 15.00 15/04/2014 09:21
PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	291.2	mgr/24h	0.00 - 150.00 15/04/2014 09:21
MONICA OSORIO ZARATE REG. 19010 <i>Monica Osorio Z</i>			

LABORATORIO CLINICO COMFANDI B/VENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

212192751

No. de Orden 2013121219275

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género:	Femenino	Fecha y Hora de in:	2013-12-12 06:44
Historia:	1006108606	Edad:	24 Años	Fecha de impresió	2013-12-12 16:46
CENTROS:	IPS CENTRO	TELEFONO:	3164769246	HABITACION	
MEDICO:	PAOLA ANDREA FIGUEROA OSPINA	SERVICIOS:	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
	INMUNOLOGIA		
VIRI-SEROLOGIA			12/12/2013 11:00
REACCION V D E L CARDIOLIPINA	"NO REACTIVA"		
	CLAUDIA SOFIA CASTILLO ALOMIA		
	Reg 761533		

LABORATORIO CLINICO COMFANDI BVENTURA

TELEFONO 2424615 - 2426107

Página 1 De 1

21119183

No. de Orden 2013121119183

Paciente:	RENTERIA VALLECILLA ELIANA	Género:	Femenino	Fecha y Hora de in:	2013-12-11 06:40
Historia:	1006188606	Edad:	24 Años	Fecha de impresió:	2013-12-12 16:46
CENTROS:	IPS CENTRO	TELEFONO:	3164769246	HABITACION:	
MEDICO:	PAOLA ANDREA FIGUEROA OSPINA	SERVICIOS:	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
PRUEBAS ESPECIALES			
ANTIGENO AUSTRALIANO	0.60		12/12/2013 12:19
NO REACTIVO: < 1.00	REACTIVO: > 1.00		
Técnica: METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			
HIV 1 Y HIV 2	0.02		12/12/2013 12:19
VALORES DE REFERENCIA:			
NEGATIVO: < 0.99	POSITIVO: > 1.00		
COPIA CRIS: 0.20	0.29		
Técnica: METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			
JANETH OREJUELA MONTAYES			
REG. 17189			

ORDEN CLINICA

No. Orden: 4689292

PACIENTE: ELIANA RENTERIA VALLECILLA

CC: 1006188606

FECHA DE SOLICITUD: 16.01.2015

EDAD: 25 años

No. PACIENTE: 3914626

ASEGURADORA:

SERVICIO SOLICITANTE: U.M. AMBULATORIO U.T. GINECOLOGHA

PRIORIDAD: Ninguna

SERVICIO TRATANTE: U.T. GINECOLOGHA

Prestaciones 70CS-05-GINECOLOGIA

CUPS	CANT	DESCRIPCION
890302-341	0001	CONSULTA DE CONTROL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Texto Complementario:	3 MESES	

NOMBRE DEL SOLICITANTE: BERON VENTIMILLA, JUAN CARLOS

REGISTRO MEDICO: 7667595

FIRMA DEL SOLICITANTE:

S.O.S.

608

Paciente : ELIANA RENTERIA VALLECILLA
Identificación : CC - 1006188606
Especialidad : U.T. Ginecología
Ubicación : Comfandi-Tequendama
Fec. Registro : 16.01.2015
Aseguradora : SOS - ACTIVIDAD POS

Fec. Nac. : 15.04.1989
Edad/Sexo : 25 a / F
Cama/Epis. : / 10873787
Hora Reg. : 09:39:45

Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : valoración
Enfermedad Actual : pte hace 7 meses hat por atonia uterina estuvo hospitalizada durante 1 mes. revisando su hc encuentro que le realizan histerectomia subtotal tac abdominal normal. eco tv ovarios normales cervix de 38 mm e fco lo positivo vagina ectomica cervix aspecto sano.

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NO EVALUADO

Ojos : NO EVALUADO

Otorrinolaringología : NO EVALUADO

Cuello : NO EVALUADO

Torax : NO EVALUADO

Cardíaco : NO EVALUADO

Pulmonar : NO EVALUADO

Digestivo : NO EVALUADO

Genitourinario : NO EVALUADO

Sist. Nerv. Central : NO EVALUADO

Piel : NO EVALUADO

Extremidades : NO EVALUADO

Otros : NO EVALUADO

Signos Vitales de Ingreso Vivo

Temperatura : 37,0 °C
Presión arterial : 100 / 60 mm Hg
Frec. Cardíaca : 60 x min
Frec. Respiratoria : 16 x min

Peso	: 60,0	Kg	Per. Cefálico	:	cm
Per. Abd.	:	cm	Talla	:	1,60 metros
IMC	:	23,438	SC (m2)	:	1,65
Sat con O2	:	%	Sat sin O2	:	%

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Ausencia de Deshidratación
Estado General : Bueno

Hallazgos

Cabeza y Craneo : NO EVALUADO
Ojos : NO EVALUADO
ORL : NO EVALUADO
Boca : NO EVALUADO

Historia Clínica General

Cuello : NO EVALUADO
Tórax/Mamas : NO EVALUADO
Abdomen : NO EVALUADO
Genitourinario : NO EVALUADO
Extremidades : NO EVALUADO
Sist. Nev. Central : NO EVALUADO
Ex. Mental : NO EVALUADO
Piel y Faneras : NO EVALUADO
Otros Hallazgos : NO EVALUADO

Análisis y Conducta

paciente con cervix y endocervix con sangrado fisiológico y secundario a a tejido endocervical ahora no amerita intervención qx. control trimestral

Responsable : BERON VENTIMILLA, JUAN CARLOS

RM : 7667595

Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Diagnósticos

Fecha : 16.01.2015 / 09:46

Código : N939

Diagnostico : HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA

Fecha : 16.01.2015 / 09:46

Código : N939

Diagnostico : HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA

Órdenes Clínicas

Fecha : 08.01.2015

Hora : 06:07

Md. :

890202-341

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GINECOLOGIA

7 - Mayo

ORDEN CLINICA

55

No. Orden: 5124218

PACIENTE: ELIANA RENTERIA VALLECILLA

CC: 1006188606

FECHA DE SOLICITUD: 20.04.2015

EDAD: 26 años

No. PACIENTE: 3914628

ASEGURADORA:

PRIORIDAD: Ninguna

SERVICIO SOLICITANTE: U.M. AMBULATORIO U.T. GINECOLOGHA

SERVICIO TRATANTE: U.T. GINECOLOGHA

Prestaciones 70REXRADEG-ECOGRAFIA-DOPPLER

CUPS	CANT	DESCRIPCION
881401	0001	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL

NOMBRE DEL SOLICITANTE: BERON VENTIMILLA, JUAN CARLOS

REGISTRO MEDICO: 7667595

FIRMA DEL SOLICITANTE:

505.

Pagina 4 de 4

7-May-15
#950633.
\$2.600

Eliana Renteria Vallecilla
1006188606

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización 91981169

Fecha 2015/05/07 Hora 08:3



56

Entidad Promotora de Salud

ENTIDAD RESPONSABLE PAGO SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S - EPS018

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre A. SANCHEZ RADIOLOGOS S.A.S.		Número NI 800008128	DV - 2	Código 760010259401	Teléfono: 2 - 6672846
Dirección prestador AVENIDA 2CN # 23AN-44		Departamento VALLE DEL CAUCA-76	Municipio SANTIAGO DE CALI-001		Ind. número

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido RENTERIA	2do Apellido VALLECILLA	1er Nombre ELIANA	2do Nombre	Tipo CC	Número Documento Identificación 1006188606	Teléfono
Dirección Residencia Habitual CR 35 35A 23		Departamento VALLE DEL CAUCA- 76	Municipio BUENAVENTURA 109	Fecha Nacimiento 1989/04/15	Teléfono celular 0	Correo electrónico
Plan POS	Nombre del trabajador JOHN RENTERIA ANGULO			NIT 900382411	Empresa ASTURIAS SOLUCIONES DE INGENIERIA BUCEO	
Nexo familiar COMPAÑERO (A)	Medico solicitante MEDICO GENÉRICO			Tipo de atención IMAGENOLOGIA AMB - ELEC	Oficina SEDE BUENAVENTURA	
Diagnóstico N951	FECHA DE UTILIZACION Desde 2015/05/07 Hasta 2015/08/05			No Agrupador Morb 950635-10	No de Solicitud 950635 - 0 - 10	

DETALLE SOLICITUD IPS

No de Solicitud 4972087	Fecha 2015/04/20	Hora 11:22	Ubicación del Paciente CONSULTA EXTERNA	Servicio	Cama 0	En habitación de VACIO	Fecha y hora hospitalización / /
----------------------------	---------------------	---------------	--	----------	-----------	---------------------------	-------------------------------------

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIOS : SERVICIOS ESPECIALIZADOS				VALOR TOTAL \$ 22706
Manejo integral según Guía:				VALOR CORTE CUENTA \$ 0
Código 881401	Cant. 1	Descripción de Servicio ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL +	Lateralidad MediSOS	NA

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago				
Maneja de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 81				
Reclamo de ticket, bono o vale de pago ☐				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje(%)	Valor máximo (Tope) en pesos
☐	Cuota moderadora	0.00	0	0.00
☐	Copago	0.00	0	
☐	Cuota de recuperación			
☐	Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza Derlyn Moreno Angulo		Teléfono 2 - 2410999	Teléfono celular Carga
Mensaje Línea Aten.al Cliente 01 8000 938 777,Desde Cali 6834496		Ind número extensión	o actividad
Observaciones		Notificación 0	No. Acta 0
Corte de cuenta máximo \$ 0		Capita * CAPITA - SOS CAPITACION MEDICAMENTOS CHAR(13) * CAPITA - COMFANDI	
ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO FAVOR FACTURAR A MAS TARDAR 30 DIAS DESPUES DE LA PRESTACION DEL SERVICIO. CUALQUIER ENMENDADURA O DETERIORO ANULA SU VALIDEZ			
ARES # auldmabv	08:39:1	Firma Usuario	Nro Identificación : auldmabv

Los derechos del afiliado deben ser verificados por la IPS al momento de la prestación del servicio

S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86

Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co

Call - Colombia

RECIBO DE CAJA No 858824



53

No Identificación CC 1006188606	Nombre ELIANA RENTERIA VALLECILLA	Fecha 2015/05/07	No. Atención 950635	Oficina Servicio Occidental de Salud Entidad Promotora de Salud SEDE BUENAVENTURA
Concepto de Pago COPAGO	Forma de Pago EFFECTIVO	No Cheque / No Bono 0	Valor 2,600	
Valor en Letras DOS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE*****			Vlr Pagado	\$ 2,600
			Vlr Cambio	\$ 0
			Vlr A Pagar	\$ 2,600

FIRMA - CODIGO Y SELLO CAJERO

autdnaby

ARES # autdnaby

08:39:11

- USUARIO -

S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86

Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co

Call - Colombia

Paciente : ELIANA RENTERIA VALLECILLA
Identificación : CC - 1006188606
Especialidad : U.T. Ginecología
Ubicación : Comfandi-Tequendama
Fec. Registro : 20.04.2015
Aseguradora : SOS - ACTIVIDAD POS

Fec. Nac. : 15.04.1989
Edad/Sexo : 26 a / F
Cama/Epis. : / 11859536
Hora Reg. : 11:02:18

Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : control....
Enfermedad Actual : pte conocida con dx previo de dpc + lvu. refiere sentirse en mejores condiciones grales. abdomen blando depresible peristaltismo positivo. solicito eco tv control + perfil hormonal.

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NO EVALUADO

Ojos : NO EVALUADO

Otorrinolaringología : NO EVALUADO

Cuello : NO EVALUADO

Torax : NO EVALUADO

Cardíaco : NO EVALUADO

Pulmonar : NO EVALUADO

Digestivo : NO EVALUADO

Genitourinario : NO EVALUADO

Sist. Nerv. Central : NO EVALUADO

Piel : NO EVALUADO

Extremidades : NO EVALUADO

Otros : NO EVALUADO

Signos Vitales de Ingreso Vivo

Temperatura	: 37,0	°C	Peso	: 60,0	Kg	Per. Cefálico	: cm
Presión arterial	/ 80	mm Hg	Per. Abd.	:	cm	Talla	: 1,60 mtrs
Frec. Cardíaca	: 60	x min	IMC	: 23,438	Kg/m2	SC (m2)	: 1,65
Frec. Respiratoria	: 16	x min	Sat con O2	:	%	Sat sin O2	: %

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Ausencia de Deshidratación
Estado General : Bueno

Hallazgos

Cabeza y Craneo : NO EVALUADO
Ojos : NO EVALUADO
ORL : NO EVALUADO
Boca : NO EVALUADO
Cuello : NO EVALUADO

Paciente : ELIANA RENTERIA VALLECILLA

Identificación : CC - 1006188606

59

Historia Clínica General

Tórax/Mamas : NO EVALUADO
Abdomen : NO EVALUADO
Genitourinario : NO EVALUADO
Extremidades : NO EVALUADO
Sist. Nev. Central : NO EVALUADO
Ex. Mental : NO EVALUADO
Piel y Faneras : NO EVALUADO
Otros Hallazgos : NO EVALUADO

Análisis y Conducta

eco tv + perfil hormonal control en 1 mes

Responsable : BERON VENTIMILLA, JUAN CARLOS

RM : 7667595

Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Diagnósticos

Fecha : 20.04.2015 / 11:20

Código : N951

Diagnóstico : ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS FEMENINOS

Fecha : 20.04.2015 / 11:20

Código : N951

Diagnóstico : ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS FEMENINOS

Órdenes Clínicas

Fecha : 02.02.2015

Hora : 06:37

Md. : MENESES MACIAS, ROCIO

890302-341

CONSULTA DE CONTROL GINECOLOGIA Y OBSTET

Justificación : 3 meses

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización 91981223

Fecha 2015/05/07 Hora 08:3



60

Entidad Promotora de Salud

ENTIDAD RESPONSABLE PAGO SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S - EPS018

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre PROFAMILIA - BIVENTURA		Número NI 860013779	DV 5	Código 761090401404	Teléfono: 2 - 2423588 2423589
Dirección prestador CL 5 # 8-56		Departamento VALLE DEL CAUCA-76	Municipio BUENAVENTURA-109		Ind. número

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido RENTERIA	2do Apellido VALLECILLA	1er Nombre ELIANA	2do Nombre	Tipo CC	Número Documento Identificación 1006188606	Teléfono
Dirección Residencia Habitual CR 35 35A 23		Departamento VALLE DEL CAUCA- 76	Municipio BUENAVENTURA 109	Fecha Nacimiento 1989/04/15	Teléfono celular 0	Correo electrónico
Plan POS	Nombre del trabajador JOHN RENTERIA ANGULO			NIT 900382411	Empresa ASTURIAS SOLUCIONES DE INGENIERIA BUCEO	
Nexo familiar COMPAÑERO (A)	Médico solicitante ABREU LOMBA ALIN			Tipo de atención CONSULTA MEDICA AMB - ELEC	Oficina SEDE BUENAVENTURA	
Diagnóstico N951	FECHA DE UTILIZACION Desde 2015/05/07 Hasta 2015/08/05			No Agrupador Morb 950635-10	No de Solicitud 950636 - 0 - 10	

DETALLE SOLICITUD IPS

No de Solicitud 4972087	Fecha 2015/04/20	Hora 11:22	Ubicación del Paciente CONSULTA EXTERNA	Servicio	Cama 0	En habitación de VACIO	Fecha y hora hospitalización / /
----------------------------	---------------------	---------------	--	----------	-----------	---------------------------	-------------------------------------

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIOS : CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA				VALOR TOTAL \$ TARIFA CONVENIDA
Manejo Integral según Guía:				VALOR CORTE CUENTA \$ 0
Código 890202-7500	Cant. 1	Descripción de Servicio UROLOGIA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Lateralidad MedISOS NA	

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago				
Amanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 81				
Reclamo de liquete, bono o vale de pago ☐				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje(%)	Valor máximo (Tope) en pesos
☐	Cuota moderadora	0.00	0	0.00
☐	Copago	0.00	0	
☐	Cuota de recuperación			
☐	Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza Derlyn Morena Angulo		Teléfono 2 2410000	Teléfono celular Carga
Mensaje Línea Aten.al Cliente 01 8000 938 777,Dosde Call 6034496		Ind número extensión	No. Acta 0
Observaciones		Notificación 0	Capita * CAPITA - SOS CAPITACION
Corte de cuenta máximo \$ 0		MEDICAMENTOS CHAR(13) *	
sujeto a revisión por auditoría cuentas		CAPITA - COMFANDI	
ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO FAVOR FACTURAR A MAS TARDAR 30 DIAS DESPUES DE LA PRESTACION DEL SERVICIO. CUALQUIER ENMENDADURA O DETERIORO ANULA SU VALIDEZ			
ARES # auldmbv	08:39:3	Firma Usuario	auldmbv
		Nro Identificación :	

Los derechos del afiliado deben ser verificados por la IPS al momento de la prestación del servicio

2431710

S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86

Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co

Call - Colombia

RECIBO DE CAJA No 858825



61

No Identificación CC 1006188606	Nombre ELIANA RENTERIA VALLECILLA	Fecha 2015/05/07	No. Atención 950636	Oficina SEDE BUENAVENTURA
Concepto de Pago CUOTA MODERADORA	Forma de Pago EFFECTIVO	No. Cheque / No. Bono 0	Valor 2,500	

Valor en Letras DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE*****	Vir Pagado \$ 2,500
	Vir Cambio \$ 0
	Vir A Pagar \$ 2,500

FIRMA - CODIGO Y SELLO CAJERO

autdmabv

ARES # autdmabv

08:39:37

- USUARIO -

S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86

Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co

Call - Colombia

PACIENTE: ELIANA RENTERIA VALLECILLA

CC: 1006188606

FECHA DE SOLICITUD: 20.04.2016

EDAD: 26 años

No. PACIENTE: 3914626

ASEGURADORA:

PRIORIDAD: Ninguna

SERVICIO SOLICITANTE: U.M. AMBULATORIO U.T. GINECOLOGHA

SERVICIO TRATANTE: U.T. GINECOLOGHA

Prestaciones 70CS-05-GINECOLOGIA

CUPS

CANT DESCRIPCION

890302-341

0001

CONSULTA DE CONTROL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Texto Complementario:

1 MES

NOMBRE DEL SOLICITANTE: BERON VENTIMILLA, JUAN CARLOS

REGISTRO MEDICO: 7667595

FIRMA DEL SOLICITANTE:

Página 1 de 4

684 10 00
EN DIAS

Via web

Auto 91981366

Vigencia

7 Mayo — 5 agosto

Paciente	: ELIANA RENTERIA VALLECILLA	Fec. Nac.	: 15.04.1989
Identificación	: CC - 1006188606	Edad/Sexo	: 25 años / F
Especialidad	:		
Ubicación	: Comfandi-Centro	Cama/Epis.	: / 0008410133
Fec. Registro	: 10.12.2013	Hora Reg.	: 16:38:32
Aseguradora	: DEUDOR CAPITACION FOMENTO BVENTURA		

Datos Básicos

Estado Civil	:		
Alfabeta	:	Si	Estudios : Técnico
Apos escolares aprobados	:	002	Grupo étnico : AFRO-COLOMBIANO
Ocupación	:	AUXILIAR ENFERME	Procedencia : BUENAVENTURA

Historio Registros de Consulta

Fecha de registro en el sistema : 02.05.2014

Causa Externa : Otra
Finalidad de la Consulta : Detección de Alteraciones del Embarazo

FUM: 12.08.2013 FPP: 19.05.2014 Semanas: 37 Dias: 4

Motivo de Consulta : "CONTROL PRENATAL"

Enfermedad Actual : PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO DE 36.1 SEMANAS X ECO TEMPRANA. FPP: 29.05.14. PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN. LIBRE DE SINTOMAS.

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NIEGA

Ojos : NIEGA

Otorrinolaringología : NIEGA

Cuello : NIEGA

Torax : NIEGA

Cardíaco : NIEGA

Pulmonar : NIEGA

Digestivo : NIEGA

Genitourinario : NIEGA

Sist.Nervioso Central : NIEGA

Piel : NIEGA

Extremidades : NIEGA

Otros : NIEGA

Examen Físico

Cabeza : NORMOCEFALIA

Ojos : CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS

ORL : OROFARINGE NORMAL

Boca : MUCOSAS HUMEDAS

Cuello : MOVIL, NO SOPLOS, NO MASAS

Historia Clinica Obstetrica

Torax : SIMETRICO, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

Abdomen : UTERO GRAVIDO, ALTURA UTERINA DE 33 CMS, FETOCARDIA DE 143 X MIN, CEFALICO, DORSO IZQUIERDO, MOVIL, SIN ACTIVIDAD UTERINA

Genitourinario : SIN ALTERACIONES

Examen Mental : SIN ALTERACIONES

Extremidades : SIMETRICAS, MOVILES Y SIN EDEMAS

Neurologico : SIN DEFICIT APARENTE

Piel y Faneras : NORMALES

Otros Hallazgos : BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA

Fecha de registro en el sistema : 09.04.2014

Causa Externa : Enfermedad General

Finalidad de la Consulta : Deteccion de Alteraciones del Embarazo

FUM: 15.08.2013

FPP: 22.05.2014

Semanas: 33

Dias: 5

Motivo de Consulta : "CONTROL POR ENFERMERA"

Enfermedad Actual : Usuaría G1P0, BRO, con 32.6 semanas de gestación por eco. Recibe Calcio 1 tab c/12 horas, anemidox no pos 1 tab/pla, niega efectos secundarios, buena adherencia a estos. Trae reporte de HEMOGRAMA Y SEROLOGIA, ver tamizaje. Refiere "no me baja la hinchazón de los pies, me duele la planta" estrepimiento, niega otra sintomatología, vida sexual poco activa, no usa preservativo, esquema de vacunación completo con Td antes de embarazo, ya valoración odontológica. No ha consultado por urgencias, ni ha estado hospitalizada. SE VERIFICA QUE LE HAYAN ENTREGADO FORMULA Y ORDENES COMPLETAS EN FACTURACION, Y MEDICAMENTOS COMPLETOS Y CORRECTOS EN FARMACIA.

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NO APLICA

Ojos : NO APLICA

Otorrinolaringología : NO APLICA

Cuello : NO APLICA

Torax : NO APLICA

Cardiaco : NO APLICA

Pulmonar : NO APLICA

Digestivo : NO APLICA

Genitourinario : NO APLICA

Sist.Nervioso Central : NO APLICA

Piel : NO APLICA

Extremidades : NO APLICA

Otros : NO APLICA

Examen Fvsico

Cabeza : NO APLICA

Historia Clínica Obstétrica

Ojos : NO APLICA

ORL : NO APLICA

Boca : NO APLICA

Cuello : NO APLICA

Tórax : PEZONES ADECUADOS PARA LACTANCIA MATERNA

Abdomen : UTERO GRAVIDO, CEFALICO, LONGITUDINAL, IZQUIERDO, AU: 32, FCF: 150

Genitourinario : NO APLICA

Examen Mental : NO APLICA

Extremidades : NO APLICA

Neurológico : NO APLICA

Piel y Faneras : NO APLICA

Otros Hallazgos : NO APLICA

Fecha de registro en el sistema : 11.03.2014

Causa Externa : Enfermedad General

Finalidad de la Consulta : Detección de Alteraciones del Embarazo

FUM: 15.08.2013

FPP: 22.05.2014

Semanas: 29

Días: 5

Motivo de Consulta : "CONTROL POR ENFERMERA"

Enfermedad Actual : Usuaria G1P0, BRO, con 28.6 semanas de gestación por eco. Recibe ácido fólico 1 tab/día, Calcio 1 tab c/12 horas, Sulfato ferroso 1 tab/día, niega efectos secundarios, buena adherencia a estos. Trae reporte de ECOGRAFIA OBSTETRICA, TEST SULLIVAN, ver tamizaje. Refiere "me siento bien" estrepimiento, niega otra sintomatología, vida sexual activa, no usa preservativo, esquema de vacunación completo con Td antes de embarazo, ya valoración odontológica. No ha estado hospitalizada. SE VERIFICA QUE LE HAYAN ENTREGADO FORMULA Y ORDENES COMPLETAS EN FACTURACION, Y MEDICAMENTOS COMPLETOS Y CORRECTOS EN FARMACIA.

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NO APLICA

Ojos : NO APLICA

Otorrinolaringología : NO APLICA

Cuello : NO APLICA

Tórax : NO APLICA

Cardíaco : NO APLICA

Pulmonar : NO APLICA

Digestivo : NO APLICA

Genitourinario : NO APLICA

Sist.Nervioso Central : NO APLICA

Piel : NO APLICA

Extremidades : NO APLICA

BPM : NO APLICA

Historia Clinica Obstetrica**Examen Fvsico**

Cabeza : NO APLICA

Ojos : NO APLICA

ORL : NO APLICA

Boca : NO APLICA

Cuello : NO APLICA

Torax : PEZONES ADECUADOS PARA LACTANCIA MATERNA

Abdomen : UTERO GRAVIDO, CEFALICO, LONGITUDINAL, IZQUIERDO, AU: 28, FCF: 148

Genitourinario : NO APLICA

Examen Mental : NO APLICA

Extremidades : NO APLICA

Neurológico : NO APLICA

Piel y Faneras : NO APLICA

Otros Hallazgos : NO APLICA

Fecha de registro en el sistema : 12.02.2014

Causa Externa : Enfermedad General

Finalidad de la Consulta : Deteccion de Alteraciones del Embarazo

FUM: 15.08.2013

FPP: 22.05.2014

Semanas: 25

Dias: 5

Motivo de Consulta : "CONTROL POR ENFERMERA"

Enfermedad Actual : Usuaría G1P0, BRO, con 24.6 semanas de gestación por eco. Recibe ácido fólico 1 tab/día, Calcio 1 tab c/12 horas, Sulfato ferroso 1 tab/día, niega efectos secundarios, buena adherencia a estos. Asiste por Urgencias a Clínica Santa Sofía por "presión alta", el 5-02-14, le tomaron la presión y encontraron valores normales y la mandaron para la casa. Trae reporte de EXTENDIDO PERIFÉRICO, FERRITINA, COPROLOGICO, ver tamizaje. P/ tomar ECOGRAFIA OBSTETRICA para el 20-02-14. Refiere "me siento bien" niega sintomatología. vida sexual activa, no usa preservativo, esquema de vacunación completo con Td antes de embarazo, ya valoración odontológica. No ha estado hospitalizada. SE VERIFICA QUE LE HAYAN ENTREGADO FORMULA Y ORDENES COMPLETAS EN FACTURACION, Y MEDICAMENTOS COMPLETOS Y CORRECTOS EN FARMACIA.

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NO APLICA

Ojos : NO APLICA

Otorrinolaringología : NO APLICA

Cuello : NO APLICA

Torax : NO APLICA

Cardíaco : NO APLICA

Pulmonar : NO APLICA

Digestivo : NO APLICA

Genitourinario : NO APLICA

Sist. Nervioso Central : NO APLICA

Historia Clínica Obstétrica

Piel : NO APLICA

Extremidades : NO APLICA

Otros : NO APLICA

Examen Físico

Cabeza : NO APLICA

Ojos : NO APLICA

ORL : NO APLICA

Boca : NO APLICA

Cuello : NO APLICA

Tórax : PEZONES ADECUADOS PARA LACTANCIA MATERNA

Abdomen : UTERO GRAVIDO, CEFALICO, LONGITUDINAL, IZQUIERDO, AU: 24, FCF: 146

Genitourinario : NO APLICA

Examen Mental : NO APLICA

Extremidades : NO APLICA

Neurológico : NO APLICA

Piel y Faneras : NO APLICA

Otros Hallazgos : NO APLICA

Fecha de registro en el sistema : 13.01.2014

Causa Externa : Enfermedad General

Finalidad de la Consulta : Detección de Alteraciones del Embarazo

FUM: 15.08.2013

FPP: 22.05.2014

Semanas: 21

Días: 4

Motivo de Consulta : "CONTROL POR ENFERMERA"

Enfermedad Actual : Usaria G1P0, BRO, con 20.4 semanas de gestacion por eco. Recibe acido folico 1 tab/dia, Calcio 1 tab c/12 horas, Sulfato ferroso 1 tab/dia, niega efectos secundarios, buena adherencia a estos. Asiste por Urgencias a Clinica Santa Sofia por dolor abdominal, el 12-01-13, le formulo hioshina y acetaminofem. Trae reporte de VIH, ANTIGENO AUSTRALIANO, ECOGRAFIA OBSTETRICA, CITOLOGIA VAGINAL, ver tamizaje. Refiere "ayer dolor abdominal y dapo de estomago" niega sintomatologia. estrepimiento, vida sexual activa, no usa preservativo, esquema de vacunacion completo con Td antes de embarazo, ya valoracion odontologica. No ha estado hospitalizada. SE VERIFICA QUE LE HAYAN ENTREGADO FORMULA Y ORDENES COMPLETAS EN FACTURACION, Y MEDICAMENTOS COMPLETOS Y CORRECTOS EN FARMACIA.

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NO APLICA

Ojos : NO APLICA

Otorrinolaringología : NO APLICA

Cuello : NO APLICA

Tórax : NO APLICA

Cardíaco : NO APLICA

Pulmonar : NO APLICA

Fecha Impresión: 05/08/2014 - Hora: 10:30:26

Página 5 de 14

Historia Clínica Obstétrica

Digestivo : NO APLICA

Genitourinario : NO APLICA

Sist.Nervioso Central : NO APLICA

Piel : NO APLICA

Extremidades : NO APLICA

Otros : NO APLICA

Examen Físico

Cabeza : NO APLICA

Ojos : NO APLICA

ORL : NO APLICA

Boca : NO APLICA

Cuello : NO APLICA

Tórax : PEZONES ADECUADOS PARA LACTANCIA MATERNA

Abdomen : UTERO GRAVIDO, CEFALICO, LONGITUDINAL, IZQUIERDO, AU: 20, FCF: 144

Genitourinario : NO APLICA

Examen Mental : NO APLICA

Extremidades : NO APLICA

Neurológico : NO APLICA

Piel y Faneras : NO APLICA

Otros Hallazgos : NO APLICA

Fecha de registro en el sistema : 10.12.2013

Causa Externa : Enfermedad General

Finalidad de la Consulta : Detección de Alteraciones del Embarazo

FUM: 12.08.2013

FPP: 19.05.2014

Semanas: 17

Días: 1

Motivo de Consulta : "CONTROL PRENATAL DE PRIMERA VEZ"

Enfermedad Actual : PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD, G1P0 F.U.M. 12.AGOСТО DE 2013, EMBARAZO DE 17.1 SEMANAS. NO TIENE ECOGRAFIAS. REFIERE EPIGASTRALGIA OCASIONAL.

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NORMAL

Ojos : NORMAL

Otorrinolaringología : NORMAL

Cuello : NORMAL

Tórax : NORMAL

Cardíaco : NORMAL

Pulmonar : NORMAL

Historia Clínica Obstétrica

Digestivo : NORMAL

Genitourinario : NORMAL

Sist.Nervioso Central : NORMAL

Piel : NORMAL

Extremidades : NORMAL

Otros : LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

Examen Fvsico

Cabeza : NORMOCEFALO NORMOIMPLANTADO

Ojos : ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS, FOTOREACTIVAS

ORL : OROFARINGE NORMAL

Boca : MUCOSA ORAL HUMEDA

Cuello : NO MASAS NO INGURGITACION YUGULAR

Torax : TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. MV POSITIVO, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS

Abdomen : BLANDO, GRAVIDO AU: 16 CMS, FETOCARIDA PORSITIVA 140 LATIDOS POR MINUTO.

Genitourinario : SE REALIZA ESPECULOSCPA CERVIX POSTERIIOR Y CERRADO, FLUJO ESCASO.

Examen Mental : IDEACION NORMAL

Extremidades : NO EDEMAS PULSOS (+)

Neurológico : SIN DEFICIT APARENTE

Piel y Faneras : SIN LESIONES

Otros Hallazgos : BUEN ESTADO GENERAL

Antecedentes Personales Obstetricos

Tuberculosis	: NO	VIH	: NO
Hepatitis B	: NO	Svfillis	: NO
Toxoplasmosis	: NO	Enfermedad mental	: NO
Diabetes mellitus	: NO	HTA crónica	: NO
Cirugva Ginecológica	: NO	Patologva hematopoytica	: NO
Alirgicos	: NO		
Tabaquismo	: NO	Alcoholismo	: NO
Sustancias psicoactivas	: NO	Obesidad	: NO
Esq. Tetanos comp.	: NO	Patologva reumatica	: NO
Patologva endocrina	: NO	Sindrome convulsivo	: NO
Observaciones :			
Otras :			
Medicamentos :			

Antecedentes Familiares

HTA Crónica	: NO	Diabetes	: NO
Preeclampsia	: NO	Eclampsia	: NO
Gemelares	: NO	Cardiopatva	: NO
Tuberculosis	: NO	Metabólicas	: NO
Autoinmunes	: NO	Infeccloras	: NO

Historia Clínica Obstétrica

Conginitas : NO

Neoplasias : NO

Otras :

Svndrome convulsivo : NO

Antecedentes Ginecológicos

Edad de Menarca (apos) : 12

Metodo planif. familiar : Ninguno

Infertilidad : No

ITS : Ninguna

Leucorrea patológica :

Citología en último apo :

Resultado de citología :

Ciclo menstrual :

Dudas en FUM :

Sexarca (apos) : 17

Tratamiento infertilidad : No

Tratamiento ITS : No

Fecha citología :

Colposcopia :

Antecedentes Obstétricos

Grávida : 1

Abortos : 0

Mortinatos : 0

Ectópicos : 0

Fecha último parto :

EG terminación : Semanas

RPM :

APP :

AA : No

Embarazo prolongado : No

Placenta previa : No

Polihidramnios : No

HIE : No

Eclampsia : No

Feto Macrosómico : No

Otras :

Partos : 0

Cesareas : 0

Vivos : 0

Embarazo múltiple : No

Per. intergenésico (apos) : Meses :

Peso recién nacido : 0 g

RCIU :

Peso Pregestacional : 66

PP : No

Malformación congénita : No

Abrupción : No

Oligohidramnios : No

Preclampsia : No

Diabetes gestacional : No

Mola : No

Examen Físico y Controles

* Fecha registro : 10.12.2013

Semanas de Gestación : 17,1

Estado nutricional : Sobrepeso

Presión arterial : 170

Frec. Cardíaca (L/min) : 78

Temperatura (°C) : 36,4

IMC (m2/Kg) : 28,906

AU (cm) : 016

Examen Genitales : Normal

FCF (L/min) Gemelo 1 : 140

FCF (L/min) Gemelo 2 :

FCF (L/min) Gemelo 3 :

Val. cervix (especuloscopia) : Normal

Observaciones :

Responsable : ROSSI LOPEZ, MARIA DE LOS ANGELES

Número control : 1

Peso (Kg) : 74,0

PAM : 83,00

Frec. Respiratoria (R/min) : 14

Talla (cm) : 1,60

Examen de seno : Normal

Movimientos fetales : PRESNETES

Presentación feto No 1 (o único) : Indeterminada

Presentación feto No 2 :

Presentación feto No 3 :

Edemas : No

* Fecha registro : 13.01.2014

Semanas de Gestación : 20,4

Estado nutricional : Sobrepeso

Presión arterial : 170

Frec. Cardíaca (L/min) : 76

Número control : 2

Peso (Kg) : 78,0

PAM : 73,00

Frec. Respiratoria (R/min) : 18

Historia Clínica Obstétrica

Temperatura (°C) : 36,5
IMC (m2/Kg) : 30,469
AU (cm) : 020
Examen Genitales : No Aplica
FCF (L/min) Gemelo 1 : 144
FCF (L/min) Gemelo 2 :
FCF (L/min) Gemelo 3 :
Val. cervix (especuloscopia) : No Aplica
Observaciones :
Responsable : ISAZA ANGULO, LUZ ELENA

Talla (cm) : 1,60
Examen de seno : Normal
Movimientos fetales : PRESENTES
Presentación feto No 1 (o único) : Cefalica
Presentación feto No 2 :
Presentación feto No 3 :
Edemas : No

* Fecha registro : 12.02.2014
Semanas de Gestación : 24,6
Estado nutricional : Sobrepeso
Presión arterial : 160
Frec. Cardíaca (L/min) : 74
Temperatura (°C) : 36,5
IMC (m2/Kg) : 31,250
AU (cm) : 024
Examen Genitales : No Aplica
FCF (L/min) Gemelo 1 : 146
FCF (L/min) Gemelo 2 :
FCF (L/min) Gemelo 3 :
Val. cervix (especuloscopia) : No Aplica
Observaciones :
Responsable : ISAZA ANGULO, LUZ ELENA

Número control : 3
Peso (Kg) : 80,0
PAM : 70,00
Frec. Respiratoria (R/min) : 17
Talla (cm) : 1,60
Examen de seno : Normal
Movimientos fetales : PRESENTES
Presentación feto No 1 (o único) : Cefalica
Presentación feto No 2 :
Presentación feto No 3 :
Edemas : No

* Fecha registro : 11.03.2014
Semanas de Gestación : 28,6
Estado nutricional : Sobrepeso
Presión arterial : 160
Frec. Cardíaca (L/min) : 84
Temperatura (°C) : 36,5
IMC (m2/Kg) : 32,422
AU (cm) : 028
Examen Genitales : No Aplica
FCF (L/min) Gemelo 1 : 148
FCF (L/min) Gemelo 2 :
FCF (L/min) Gemelo 3 :
Val. cervix (especuloscopia) : No Aplica
Observaciones :
Responsable : ISAZA ANGULO, LUZ ELENA

Número control : 4
Peso (Kg) : 83,0
PAM : 70,00
Frec. Respiratoria (R/min) : 18
Talla (cm) : 1,60
Examen de seno : Normal
Movimientos fetales : PRESENTES
Presentación feto No 1 (o único) : Cefalica
Presentación feto No 2 :
Presentación feto No 3 :
Edemas : No

* Fecha registro : 09.04.2014
Semanas de Gestación : 32,6
Estado nutricional : Obesidad
Presión arterial : 160
Frec. Cardíaca (L/min) : 76
Temperatura (°C) : 36,5
IMC (m2/Kg) : 33,984
AU (cm) : 032
Examen Genitales : No Aplica
FCF (L/min) Gemelo 1 : 150
FCF (L/min) Gemelo 2 :
FCF (L/min) Gemelo 3 :
Val. cervix (especuloscopia) : No Aplica
Observaciones :
Responsable : ISAZA ANGULO, LUZ ELENA

Número control : 5
Peso (Kg) : 87,0
PAM : 80,00
Frec. Respiratoria (R/min) : 18
Talla (cm) : 1,60
Examen de seno : Normal
Movimientos fetales : PRESENTES
Presentación feto No 1 (o único) : Cefalica
Presentación feto No 2 :
Presentación feto No 3 :
Edemas : Si

Fecha registro : 02.05.2014

Número control : 6

Historia Clínica Obstétrica

Semanas de Gestación : 36,1

Peso (Kg) : 86,0

Estado nutricional : Obesidad

PAM : 80,00

Presión arterial : 160

Frec. Respiratoria (R/min) : 19

Frec. Cardíaca (L/min) : 80

Talla (cm) : 1,60

Temperatura (°C) : 36,5

Examen de seno : Normal

IMC (m2/Kg) : 33,594

Movimientos fetales : PRESENTES

AU (cm) : 033

Presentación feto No 1 (o único) : Cefalica

Examen Genitales : Normal

Presentación feto No 2 :

FCF (L/min) Gemelo 1 : 143

Presentación feto No 3 :

FCF (L/min) Gemelo 2 :

Edemas : No

FCF (L/min) Gemelo 3 :

Val. cervix (especuloscopia) : Normal

Observaciones :

Responsable : LUNA BALANTA, NATALIA DEL PILAR

Tamizaje Paraclínico Prenatal

Primer Trimestre

Hemoglobina (g/dL) Fecha: 10.12.2013 Resultado: 10,6

Hemoclasificación Fecha: 10.12.2013 Grupo : O RH: Positivo

Hemoclasificación Pareja: Fecha: Grupo : RH: Coombs indirecto:

Coombs Indirecto Fecha: Resultado: Observación:

Citología Vaginal Fecha: 12.12.2013 Resultado: Negativo Observación:

Sin fecha citologva : No

VDRL Fecha: 12.12.2013 Resultado: No Reactiva Diluciones: 0 FTAbas :

Ag Suprf. Hep. B Fecha: 12.12.2013 Resultado: Negativo Observación:

VIH Fecha: 12.12.2013 Resultado: Negativo Observación:

Ig G Toxoplasma Fecha: Resultado: Resultado:

IgM Toxoplasma Fecha: Resultado IgM:

Curva de Tol. Oral Gluc. Fecha: Resultado: :

Ecografía Obstétrica Fecha: 18.11.2013

Comentario : EMBARAZO DE 12.4 SEMANAS, PLACENTA ANTERIOR, CORPORAL FUNDICA, CEFALICO, FPP: 29-05-14, PESO FETAL: 77 GR.

Otros : Fecha: 16.01.2014

Comentario : COPROLOGICO: Q. de Endolimax nana +, Flora bacteriana normal. 20-01-14 EXTENDIDO PERIFERICO: SERIE.BLANCA: NORMOCITICA NORMOCROMICA SERIE ROJA: HIPOCROMIA ++ ANISOCITOCIS Y POIQUILOCITOCIS, RETICULOCITOS 1.9, DREPANOCITOS NEGATIVO. 21-01-14 FERRITINA: 158.1

Segundo Trimestre

Urocultivo Fecha: 26.02.2014 Resultado: Negativo Observación:

Frotis flujo vaginal Fecha: 15.01.2014 Resultado: Anormal Observación: LEUCOCITOS: 10-15, R LEUCOCITARIA MODERA

Test de Sullivan Fecha: 13.02.2014 Resultado: Normal Observación:

Otros: Fecha:

Comentario:

Tercer Trimestre

Hemoglobina (g/dL) Fecha: 13.03.2014 Resultado: 10,5

VDRL: Fecha: 13.03.2014 Resultado: No Reactiva Diluciones: 0 FTAbas:

Ecografía Obstétrica Fecha: 20.02.2014

Comentario: Embarazo de 27.3 semanas de gestacion, producto cefalico, peso aproximado 1100 gr, percentil 44.2 sin datos de malformaciones fetales mayores, placenta anterior corporal sin zonas de desprendimiento, a mas de 10 cm. del OCI, grado II, ILA normal, sexo: femenino, FPP: 19-05- 14.

Otros: Fecha: 26.04.2014

Historia Clínica Obstétrica

Comentario: ECO-OBSTETRICA: FETO UNICO VIVO, CRECIENDO EN PERCENTILES PROMEDIO PARA 35.1 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL. CEFALICO. PLACENTA E ILA NORMAL. PPF: 2.397 GRS. FPP: 31.05.14. 14.04.14. PROTEINURIA EN 24 HORAS: 291.2 (NORMAL).

Control LUES Gestacional a los Items

Tratam. Sifilis Gestac.

Fecha : Fecha : Fecha : Fecha : Fecha : Fecha :

Control VDRL.

Fecha : Fecha : Fecha : Fecha : Fecha :

Resultado De Serologva.

0 0 0 0 0

Escala de Riesgo Biopsicosocial

Historia Reproductiva

* Edad : 16 a 35 0
Paridad : 0 1
Abortadora Habitual/Infertilidad : No 0
Retención Placentaria : No 0
Peso de bebe mayor 4000g : No 0
Peso de bebe menor 2500g : No 0
HTA inducida gestación : No 0
Embarazo Gemelar / Cesarea previa : No 0
Mortinato : No 0
Trabajo de Parto prolongado/difvcll : No 0
Subtotal 1

Condiciones Asociadas	14-27	28-32	33-40
Qx Ginecológica previa : 1	0	0	0
Enf. Renal Crónica : 1	0	0	0
Diabetes Gestacional : 2	0	0	0
Diabetes Mellitus : 3	0	0	0
Enfermedad Cardíaca : 3	0	0	0
Enfermedad Infecciosa aguda (bacteriana) : 1	0	0	0
Enfermedad Autoinmune : 3	0	0	0
Anemia con Hb menor 10g/dL : 1	0	0	0
Subtotal	0	0	0

Embarazo Actual	14-27	28-32	33-40
Hemorragia < 20 seg. : 1	0	0	0
Hemorragia > 20 seg. : 3	0	0	0
Emb. Prolongado : 1	0	0	0
HTA : 2	0	0	0
R.P.M. : 2	0	0	0
Polhidramnios : 2	0	0	0
RCIU : 3	0	0	0
Embarazo Múltiple : 3	0	0	0
Isoinmunización Rh : 3	0	0	0
Subtotal	0	0	0

* Total semanal
Sem 14-27 : 1 Sem 28-32 : 1 Sem 33-40 : 1

Historia Clínica Obstétrica

Escala de Riesgo Psicosocial

Psicosocial 1

Tens. emocional, Llanto fácil, tens. mus., sobresalto, temblor, no poder : Ausente
 Humor depres., insomnio, falta interés, no disf. pasatiempos y depresión : Ausente
 Síntomas Neurovegetativos, transp. manos, boca seca y rubor : Ausente

2 o mas ítems intensos : 0

Soporte Familiar

Satisfecha como usted comparte con su familia y/o compañero :
 El tiempo : * A veces El espacio : * Casi siempre
 Total semanal : S.G. 14-27 : 1

2 o mas ítems casi nunca : 0
 El dinero : * Casi siempre

Psicosocial 2

Tens. emocional, Llanto fácil, tens. mus., sobresalto, temblor, no poder : Ausente
 Humor depres., insomnio, falta interés, no disf. pasatiempos y depresión : Ausente
 Síntomas Neurovegetativos, transp. manos, boca seca y rubor : Ausente

2 o mas ítems intensos : 0

Soporte Familiar

Satisfecha como usted comparte con su familia y/o compañero :
 El tiempo : * Casi siempre El espacio : * Casi siempre
 Total semanal : S.G. 28-32 : 1

2 o mas ítems casi nunca : 0
 El dinero : * Casi siempre

Psicosocial 3

Tens. emocional, Llanto fácil, tens. mus., sobresalto, temblor, no poder : Ausente
 Humor depres., insomnio, falta interés, no disf. pasatiempos y depresión : Ausente
 Síntomas Neurovegetativos, transp. manos, boca seca y rubor : Ausente

2 o mas ítems intensos : 0

Soporte Familiar

Satisfecha como usted comparte con su familia y/o compañero :
 El tiempo : * Casi siempre El espacio : * Casi siempre
 Total semanal : S.G. 33-40 : 1

2 o mas ítems casi nunca : 0
 El dinero : * Casi siempre

TOTAL RIESGO BIOSICOSOCIAL PRENATAL Sem.14-27.: BAJO Sem.28-33 : BAJO Sem.34-40 : BAJO

SEGUIMIENTOS : Seguimientos prioritarios : Alto riesgo : Muy alto riesgo :

Diagnósticos

Código CIE10 : Z340
 Descripción : SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL

Responsable : LUNA BALANTA, NATALIA DEL PILAR
 Código CIE10 : O990
 Descripción : ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO

Responsable : LUNA BALANTA, NATALIA DEL PILAR

Fecha de Registro del Sistema - Análisis: 02.05.2014

Hora de Registro del Sistema - Análisis: 07:38

Análisis y Conducta: PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO DE 36.1 SEMANAS X ECO TEMPRANA. FPP: 29.05.14. EMBARAZO DE BAJO RIESGO OBSTETRIC. PACIENTE CURSA CON ANEMIA (HB 10.3 G/DL). CONTINUAR MICRONUTRIENTES (HIERRO 1°DÍA, FOLICO 1°DÍA Y CALCIO 2°DÍA). SS HEMOGRAMA DE CONTROL. TRAE ECO OBSTETRICA DE III TRIMESTRE SIN ALTERACIONES. TRAE PROTEINURIA EN 24 HORAS 291.2 (NORMAL). SE REFUERZA NUEVAMENTE RECOMENDACIONES SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO. SE DA ORDEN MANUAL DE REMISION AL PARTO Y SE ANEXA FOTOCOPIA DE HISTORIA CLINICA PARA CONTINUAR MANEJO INTEGRAL DE LA ATENCION AL PARTO EN LA CLINICA SANTA SOFIA.

Historia Clínica Obstétrica

Responsable del Registro: LUNA BALANTA, NATALIA DEL PILAR

Fecha de Registro del Sistema - Análisis: 09.04.2014

Hora de Registro del Sistema - Análisis: 14:59

Análisis y Conducta: NO HA SEPARADO CITA CON NUTRICIONISTA PORQUE MARCA EL NUMERO Y NO LE ENTRA LA LLAMADA. Aumento 4 kg en 1 mes. Curva de peso materno: entre percentil 50 y 90, curva de AU: por encima de percentil 90. Riesgo biopsicosocial bajo. Tiene fórmula de micronutrientes hasta may-14. Se recomienda la atención del parto en la Clínica u hospital para evitar complicaciones. Posterior al parto solicita tu cita de cierre de caso e inicio de planificación familiar en IPS. Lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años. Se recuerdan signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, en el servicio de urgencias como son: sangrado genital, amniorrea, contracciones, aumento de tensión arterial, cefalea global intensa y que no cede con analgésico, mareo, dolor epigástrico, Fosfenos, Tinitus o disminución de movimientos fetales. Si presenta síntomas como disuria, dolor pélvico, edema leve debe consultar por prioritaria. Continuar curso psicoprofiláctico viernes a las 3 pm. en el 2o piso. Próximo control con médico en 1 mes para remisión al parto.

Responsable del Registro: ISAZA ANGULO, LUZ ELENA

Fecha de Registro del Sistema - Análisis: 11.03.2014

Hora de Registro del Sistema - Análisis: 16:27

Análisis y Conducta: Aumento 3 kg en 1 mes. Curva de peso materno: entre percentil 50 y 90, curva de AU: entre percentil 50 y 90. Riesgo biopsicosocial bajo. Se solicita HEMOGRAMA Y SEROLOGÍA, Tiene fórmula de micronutrientes hasta may-14. Se orienta sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, en el servicio de urgencias como son: sangrado genital, amniorrea, contracciones, aumento de tensión arterial, cefalea global intensa y que no cede con analgésico, mareo, dolor epigástrico, Fosfenos, Tinitus o disminución de movimientos fetales. Si presenta síntomas como disuria, dolor pélvico, edema leve debe consultar por prioritaria. Se cita a curso psicoprofiláctico viernes a las 3 pm. en el 2o piso. Próximo control con enfermera en 1 mes.

Responsable del Registro: ISAZA ANGULO, LUZ ELENA

Fecha de Registro del Sistema - Análisis: 11.03.2014

Hora de Registro del Sistema - Análisis: 16:03

Análisis y Conducta: 12-02-14 Se solicita TEST SULLIVAN. Aumento 2 kg en 1 mes. Curva de peso materno: entre percentil 25 y 50, curva de AU: entre percentil 50 y 90. Se recuerdan signos de alarma. Próximo control con enfermera en 1 mes. 13-01-14 AYER QUE ACUDIO A URGENCIAS LE SOLICITARON ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA, COPROLOGICO, PARCIAL DE ORINA Y GRAM ORINA. Aumento 4 kg en 1 mes. Curva de peso materno: entre percentil 25 y 50, curva de AU: entre percentil 50 y 90. Se recuerdan signos de alarma. Próximo control con enfermera en 1 mes. DICIEMBRE.10.2013 G1P0 EMBARAZO DE 17.1 SEMANAS POR F.U.M. EMBARAZO DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO. PRESCRIBO MICRONUTRIENTES (SULFATO FERROSO 300 MG AL DÍA, FOLICO 1°DÍA Y CALCIO 2°DÍA). VACUNACIÓN ANTITETÁNICA Y ANTIH1N1 AL 4 MES, SS VAL X ODONTOLOGÍA. SS VIH, HBSAG, ECO OBSTÉTRICA A LA SEMANA 24, PENDIENTE REALIZAR CITOLOGÍA C.VAGINAL. Y REALIZAR SEROLOGÍA RECOMENDACIONES PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: EDUCACIÓN, RECOMENDACIONES NUTRICIONALES, GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA (SANGRADO GENITAL, DOLOR PÉLVICO, SÍNTOMAS URINARIOS Y LEUCORREA, ENTRE OTROS). SE DAN RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE: AGUA 2 LTS/DÍA, AUMENTAR CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, DISMINUIR GRASAS, FRITOS Y HARINAS, DIETA BAJA EN SAL Y AZÚCAR, NO LICOR, NO FUMAR, EJERCICIO AERÓBICO, NO AUMENTAR > DE 2 KG DE PESO X MES PARA EVITAR RIESGO DE TRASTORNO HIPERTENSIVO Y DIABETES GESTACIONAL. SE SUGIERE USO DE PRESERVATIVOS PARA PREVENCIÓN DE ITS. PRÓXIMO CONTROL PRENATAL EN 1 MES CON ENFERMERA JEFE POR EMBARAZO DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO. NOTA: TRAER CARNET DE CONTROL PRENATAL Y CURVA DE AU, PESO MATERNO Y TA A TODOS LOS CONTROLES PRENATALES. SE DILIGENCIA Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL VIH.

Responsable del Registro:

Órdenes Clínicas Especialidades / Apoyos

* Fecha : 10.12.2013

Hora : 17:02

Código : 0000881431

Historia Clínica Obstétrica

Descripción : ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINA
Und. Organizativa : U.T. Red Externa Ayuda Dx Und. Medica Solicitante : M.F. Amb. Fomento Status : SOL
Responsable : ROSSI LOPEZ, MARIA DE LOS ANGELES

* Fecha : 10.12.2013 Hora : 17:02
Codigo : 0000906249
Descripción : VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS
Und. Organizativa : U.T. Laboratorio Und. Medica Solicitante : M.F. Amb. Fomento Status : SOL
Responsable : ROSSI LOPEZ, MARIA DE LOS ANGELES

* Fecha : 10.12.2013 Hora : 17:02
Codigo : 0000906317
Descripción : Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE Ag HB
Und. Organizativa : U.T. Laboratorio Und. Medica Solicitante : M.F. Amb. Fomento Status : SOL
Responsable : ROSSI LOPEZ, MARIA DE LOS ANGELES

GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING SAS

900612531 - 0

EPICRISIS

REpicr11

Pag: 7 de 9

Fecha: 19/09/16



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

No. Doc. Identidad	1006188606	No. Hls. Cil.	101732293	G. Etareo	7	Edad	27	AÑOS
Cedula	1006188606	ELIANA RENTERIA VALLECILLA				Sexo Femenino		
INGRESO Fec: 17/09/2016 08:28:13		EGRESO Fec: 19/09/2016 14:59:55						
Atn. Ingreso TRIAGE		Atn. Egreso HOSPITALIZACION						

Pabellon Evolución 18 BV CONSULTA URGENCIAS

NO HAY SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA O SIRS, SE CONTINUA IGUAL MANEJO EMDICO
ANTIBIOTICO Y ANALGESICOS, DEBE CONTINUAR EVOLUCIO POR CIRUGIA GENERAL, AVISAR NOVEDADES.
Evolucion realizada por: JHON ALEJANDRO VALENCIA MAYA - Reg Med.761816 - Fecha: 18/09/16

EVOLUCION SOAP MEDICO

EVOLUCION MEDICO GENERAL

ELIANA RENTERIA
27 AÑOS

DX 1-POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
2- OOFORRECTOMIA DERECHA (TORSION DE OVARIO)
3-APENDICECTOMIA

S/ REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE AFEBRIL SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR
TA 110/70 FC 70 FR 17 T 37 SAT 98%

O/ NORMOCEFALO MUCOSAS HUMEDAS CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE SIN
AGREGADOS RSCSRS SIN SOPLOS ABDOMEN CON HERIDA LINEA MEDIA CUBIERTA CON APOSITOS ESTERILES
LIMPIA CON CICATRIZ DE CIRUGIA PREVIA TRANSVERSA EN HIPOGASTRIO GENITALES CON Sonda
VESICAL ORINA CLARA 800 CC EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA SNC SIN DEFICIT
TTO: LEV-CLINDAMICINA -GENTAMICINA -RANITIDINA -DIPIRONA -TRAMADOL CURACIONES DIARIAS
SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL

A/ PACIENTE CON DX ANOTADOS HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL SIN DATOS DE SIRS EN
TRATAMIENTO CON ANALEGESICOS Y ANTIBIOTICOTERAPIA SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL
Evolucion realizada por: JEISON VARGAS BARRIOS - Reg Med.24968 - Fecha: 19/09/16

EVOLUCION SOAP MEDICO

PACIENTE OPERADA DE TORSION DE OVARIO, APENDICECTOMIA Y BRIDOLISIS, EVOLUCIONA BIEN TOLERA
VOIA ORAL SE DA DE ALTA CON RECOMENDACIONES Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.
Evolucion realizada por: JORGE BELTRAN GUAÑARITA - Reg Med.40086 - Fecha: 19/09/16

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNOSTICO

Cant.	Descripción	Observaciones
1	<u>HEMOGRAMA IV</u>	
Fecha de Orden: 17/09/2016		
1	<u>UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA</u>	
Fecha de Orden: 17/09/2016		
1	<u>RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE</u>	
Fecha de Orden: 17/09/2016		

FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario:66986643 PATRICIA LEMOS QUINTERO

GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING SAS

900612531 - 0

EPICRISIS

REpici1

Pag: 8 de 9
Fecha: 19/09/16

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

No. Doc. Identidad	1006188606	No. His. CII.	101732293	G. Etareo	7	Edad	27	AÑOS
Cedula	1006188606	ELIANA RENTERIA VALLECILLA				Sexo Femenino		
INGRESO Fec: 17/09/2016 08:28:13		EGRESO Fec: 19/09/2016 14:59:55						
Atn. Ingreso TRIAGE		Atn. Egreso HOSPITALIZACION						
Pabellon Evolución 18 BV CONSULTA URGENCIAS								

INTERCONSULTA POR: CIRUGIA GENERAL

Fecha de Orden: 17/09/2016

OBSERVACIONES:

RESULTADOS: FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

1 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION

Fecha de Orden: 17/09/2016

2 ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL

Fecha de Orden: 17/09/2016

TOMAR ECO PELVICA TRANSVAGINAL Y ECO PE

FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

2 ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL

Fecha de Orden: 17/09/2016

TOMAR ECO PELVICA TRANSVAGINAL Y ECO PE

FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

1 ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL

Fecha de Orden: 17/09/2016

FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

1 HEMOGRAMA IV

Fecha de Orden: 18/09/2016

1 ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO APLICA

Fecha de Orden: 19/09/2016

7. MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Cantidad	Descripción
3,00 AMPOLLAS	TRAMADOL 50 MG/ ML SLN. INY
2,00 BOLSA	SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% BOLSA X 1000 ML
4,00 AMPOLLAS	RANITIDINA 50 MG /2ML SLN. INY
2,00 AMPOLLAS	HIOSCINA+DIPIRONA 20MG/2.5GR SLN. INY
2,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML SLN. INY
2,00 BOLSA	SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% BOLSA 500ML
3,00 AMPOLLAS	HIOSCINA N-BÚTIL BROMURO 20 MG / ML SLN. INY
3,00 BOLSA	HARTMAN (LACTATO RINGER) 1000 ML
2,00 AMPOLLAS	CLINDAMICINA 600 MG AMPOLLA
2,00 AMPOLLAS	GENTAMICINA 160 MG AMPOLLA
4,00 AMPOLLAS	DIPIRONA 1 GR SLN. INY

GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING SAS

900612531 - 0

EPICRISIS

REpicr11

Pag: 3 de 9

Fecha: 19/09/16



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

No. Doc. Identidad	1006188606	No. His. Cli.	101732293	G. Etareo	7	Edad	27	AÑOS
Cedula	1006188606	ELIANA RENTERIA VALLECILLA				Sexo	Femenino	
INGRESO Fec: 17/09/2016 08:28:13				EGRESO Fec: 19/09/2016 14:59:55				
Atn. Ingreso TRIAGE				Atn. Egreso HOSPITALIZACION				
Pabellon Evolución 018 BV CONSULTA URGENCIAS								

EVOLUCION SOAP MEDICO

PACIENTE DE 22 AÑOS QUE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL DE INICIO SUBITO A LAS 6:30 DE LA MAÑANA DEL DIA DE HOY INTENSO TIPO RETORTIJON, ANTECEDENTES DE PERITONITIS DE ORIGEN GINECOLOGICO POR LO CUAL SE REALIZO LAPARATOMIA E HISTERECTOMIA NO SE CONOCE PROTOCOLO, NIEGA OTRO TIPO DE ANTECEDENTES, AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA PACIENTE AGUDAMENTE ENFERMA, QUE GRITA DEL DOLOR, CON UN ABDOMEN PLANO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL Y DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA DE HIPOGASTRIO, HEMOGRAMA NORMAL PCR MENOR DE 1.

SE TOMA RX LA CUAL ES DE MALA CALIDAD, SIN EMBARGO MUESTRA AIRE EN LA AMPOLLA Y NO MUESTRA NIVELES HIDROAEREOS. SE ORDENA ESTA PACIENTE DEBE REALIZARSE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ENCAMINADOS A DESCARTAR UNA TORSION DE OVARIO ATIPICA O UNA ISQUEMIA DE INTESTINO MESENTERICO? SI NO SE PUEDEN REALIZAR LOS ESTUDIOS AQUI DEBE REMITIRSE A TERCER NIVEL DE APOYO-

Evolucion realizada por: JORGE BELTRAN GUAÑARITA - Reg Med.40086 - Fecha: 17/09/16

EVOLUCION SOAP MEDICO

PACIENTE CON HISTORIA CLINICA ANOTADA DE DOLOR DE ABDOMEN DE HACE 7 HORAS DE EVOLUCION EL CUAL SE LE HACE LABORATORIOS CON PCR:NORMAL RX ABDOMEN:SE APRECIA AIRE EN CAVIDAD QUE DESCARTA OBSTRUCCION INTESTINAL

SE LE INICIA ANALGESIA Y SE DEJA PARA POSIBLE VALORACION DE INTERNISTA.

Evolucion realizada por: DAVID BENITEZ RODRIGUEZ - Reg Med.015054 - Fecha: 17/09/16

EVOLUCION SOAP MEDICO

GINECOLOGIA.

PACIENTE QUE INGRESA CON DOLOR EN ABDOMEN INFERIOR, MAS A FOSA ILIACA DERECHA. ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA HACE MAS DE 2 AÑOS POR CUADO INFECCIOSO POST-CESAREA. RELATA ECOGRAFIA DE HACE 5 MESES QUE NO MOSTRO QUISTES OVARIOS.

AL EXAMEN, DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN HEMIABDOMEN INFERIOR. MAS MARCADO EN FID. NO MASAS ABDOMINALES A ESTE NIVEL.

TV: SE PALPA CUELLO (HISTERECTOMIA SUBTOTAL) . FONDOS DE SACOS LIBRES . NO DOLOR A LA MOVILIZACION DEL CUELLO. FONDOS DE SACOS LIBRES . NO PALPO MASAS PELVICAS.

CONDUCTA: SE DEBE TOMAR ECO ABDOMINAL.

MANEJO SINTOMATICO.

Evolucion realizada por: LUIS DAVID SIERRA SALDARRIAGA - Reg Med.7196 - Fecha: 17/09/16

EVOLUCION SOAP MEDICO

PACIENTE CON HISTORIA CLINICA ANOTADA DE DOLOR DE ABDOMEN EL CUAL ES VALORADA POR CIRUGIA Y GINECOLOGIA QUE SUGIERE REALIZAR ECOTV Y MANEJO DEL DOLOR.

ORDENES

1-SOL.SAL. 0.9% 500CC A MANTENIMIENTO

2-HIOSCINA + DIPIRONA AMP IV CADA 8 HORA

GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING SAS

REpicri1

900612531 - 0

Pag: 4 de 9
Fecha: 19/09/16

EPICRISIS



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

No. Doc. Identidad	1006188606	No. His. Cil.	101732293	G. Etareo	7	Edad	27	AÑOS
Cedula	1006188606	ELIANA RENTERIA VALLECILLA				Sexo Femenino		
INGRESO Fec: 17/09/2016 08:28:13				EGRESO Fec: 19/09/2016 14:59:55				
Atn. Ingreso TRIAGE				Atn. Egreso HOSPITALIZACION				
Pabellon Evolución 018 BV CONSULTA URGENCIAS								

3-TRAMADOL 50MG SC CADA 8 HORAS

4-ECOGRAFIA TRANSVAGINAL

5-C.S.V.CADA 6 HORAS

6-DIETA LIQUIDA

7-OBSERVACION

Evolucion realizada por: DAVID BENITEZ RODRIGUEZ - Reg Med.015054 - Fecha: 17/09/16

EVOLUCION SOAP MEDICO

PCTE MUJER DE 27 AÑOS DE EDAD CON HC, TTO Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS.

CON ANTECEDENTES DE PERITONITIS DE ORIGEN GINECOLOGICO (HISTERECTOMIA SUB TOTAL) HACE 2 AÑOS Y MEDIO.

AL MOMENTO PCTE EN REGULARES CONDCIONES GENERALES, REFIERE DOLOR ABDOMINAL LEVE A MODERADO LOCALIZADO EN CUADRANTE INFERIOR DERECHO, CON NAUSEAS, Y VOMITOS POSPRANDIALES, NO TOLERA LA VIA ORAL. NIEGA FIEBRE DURANTE LA ESTANCIA.

REPORTE DE PARACLINICOS:

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 9.62 NEU: 55.2 HB: 13.8 HTO: 38.9

PLA: 365

P DE ORINA: SANGRE +++ ERITROCITOS: 2-5XC

PCR. <1.0 MG/L

PA: 120/70 FC. 70X" FR. 20X" T° 37°C SO2: 98% AL AMBIENTE

ALERTA, AFEBRIL SIN DISNEA

NORMOCEFALO, MUCOSAS SEMISECAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS PALIDAS

CUELLO: NORMOSIMETRICO, MOVIL, NO ADENOPATIAS

CSPS. CLAROS, VENTILADOS

RSCS. RITMICOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE DOLOROSO EN FID, BLUMBERG INSINUADO, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO IRRITACION PERITONEAL

EXT: SIMETRICAS, MOVILES

SNC: SIN DEFICIT APARENTE

IDX. DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO

APENDICITIS ATIPICA ??

ISQUEMIA DE INTESTINO MESENTERICO?

TORSION DE OVARIO ATIPICO?

PLAN:

N.P.V.O AL MOMENTO

LEV: HATMAN 1000CC IV A 150CC IV HORA

RANITIDINA 50MG IV CADA 8 HORAS

HIOSCINA BB 20MG IV DOSIS UNICA

CH. DE CONTROL

GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING SAS

900612531 - 0

EPICRISIS

REpici1

Pag: 8 de 9

Fecha: 19/09/16



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

No. Doc. Identidad	1006188606	No. His. CII.	101732293	G. Etareo	7	Edad	27	AÑOS
Cedula	1006188606	ELIANA RENTERIA VALLECILLA				Sexo Femenino		
INGRESO Fec: 17/09/2016 08:28:13		EGRESO Fec: 19/09/2016 14:59:55						
Atn. Ingreso TRIAGE		Atn. Egreso HOSPITALIZACION						

Pabellon Evolución 318 BV CONSULTA URGENCIAS

INTERCONSULTA POR: CIRUGIA GENERAL

Fecha de Orden: 17/09/2016

OBSERVACIONES:

RESULTADOS: FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

1 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION

Fecha de Orden: 17/09/2016

2 ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL

Fecha de Orden: 17/09/2016

TOMAR ECO PELVICA TRANSVAGINAL Y ECO PE

FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

2 ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL

Fecha de Orden: 17/09/2016

TOMAR ECO PELVICA TRANSVAGINAL Y ECO PE

FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

1 ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL

Fecha de Orden: 17/09/2016

FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

1 HEMOGRAMA IV

Fecha de Orden: 18/09/2016

1 ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO APLICA

Fecha de Orden: 19/09/2016

7. MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Cantidad	Descripción
3,00 AMPOLLAS	TRAMADOL 50 MG/ ML SLN. INY
2,00 BOLSA	SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% BOLSA X 1000 ML
4,00 AMPOLLAS	RANITIDINA 50 MG /2ML SLN. INY
2,00 AMPOLLAS	HIOSCINA+DIPIRONA 20MG/2.5GR SLN. INY
2,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML SLN. INY
2,00 BOLSA	SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% BOLSA 500ML
3,00 AMPOLLAS	HIOSCINA N-BÚTIL BROMURO 20 MG / ML SLN. INY
3,00 BOLSA	HARTMAN (LACTATO RINGER) 1000 ML
2,00 AMPOLLAS	CLINDAMICINA 600 MG AMPOLLA
2,00 AMPOLLAS	GENTAMICINA 160 MG AMPOLLA
4,00 AMPOLLAS	DIPIRONA 1 GR SLN. INY

GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING SAS

900612531 - 0

EPICRISIS

REpict1

Pag: 7 de 9

Fecha: 19/09/16



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

No. Doc. Identidad	1006188606	No. Hs. Cil.	101732293	G. Etareo	7	Edad	27	AÑOS
Cedula	1006188606	ELIANA RENTERIA VALLECILLA				Sexo: Femenino		
INGRESO Fec: 17/09/2016 08:28:13		EGRESO Fec: 19/09/2016 14:59:55						
Atn. Ingreso TRIAGE		Atn. Egreso HOSPITALIZACION						

Pabellon Evolución 318 BV CONSULTA URGENCIAS

NO HAY SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA O SIRS, SE CONTINUA IGUAL MANEJO EMDICO ANTIBIOTICO Y ANALGESICOS, DEBE CONTINUAR EVOLUCIO POR CIRUGIA GENERAL, AVISAR NOVEDADES.
Evolucion realizada por: JHON ALEJANDRO VALENCIA MAYA - Reg Med.761816 - Fecha: 18/09/16

EVOLUCION SOAP MEDICO

EVOLUCION MEDICO GENERAL

ELIANA RENTERIA
27 AÑOS

DX 1-POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
2- OOFORECTOMIA DERECHA (TORSION DE OVARIO)
3-APENDICECTOMIA

S/ REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE AFEBRIL SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR
TA 110/70 FC 70 FR 17 T 37 SAT 98%

O/ NORMOCEFALO MUCOSAS HUMEDAS CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE SIN AGREGADOS RSCRS SIN SOPLOS ABDOMEN CON HERIDA LINEA MEDIA CUBIERTA CON APOSITOS ESTERILES LIMPIA CON CICATRIZ DE CIRUGIA PREVIA TRANSVERSA EN HIPOGASTRIO GENITALES CON Sonda VESICAL ORINA CLARA 800 CC EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA SNC SIN DEFICIT TTO: LEV-CLINDAMICINA -GENTAMICINA -RANITIDINA -DIPIRONA -TRAMADOL CURACIONES DIARIAS SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL

A/ PACIENTE CON DX ANOTADOS HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL SIN DATOS DE SIRS EN TRATAMIENTO CON ANALEGESICOS Y ANTIBIOTICOTERAPIA SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL
Evolucion realizada por: JEISON VARGAS BARRIOS - Reg Med.24968 - Fecha: 19/09/16

EVOLUCION SOAP MEDICO

PACIENTE OPERADA DE TORSION DE OVARIO, APENDICECTOMIA Y BRIDOLISIS, EVOLUCIONA BIEN TOLERA VOIA ORAL SE DA DE ALTA CON RECOMENDACIONES Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.
Evolucion realizada por: JORGE BELTRAN GUAÑARITA - Reg Med.40086 - Fecha: 19/09/16

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNOSTICO

Cant.	Descripción	Observaciones
1	<u>HEMOGRAMA IV</u>	
Fecha de Orden: 17/09/2016		
1	<u>UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA</u>	
Fecha de Orden: 17/09/2016		
1	<u>RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE</u>	
Fecha de Orden: 17/09/2016		

FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR: ANDRES MANUEL MEJIA RENDON

GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING SAS

900612531 - 0

EPICRISIS

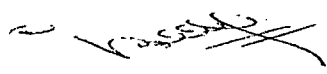
REp1cr11

Pag: 2 de 9
Fecha: 19/09/16

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

No. Doc. Identidad	1006188606	No. His. Cli.	101732293	G. Etareo	7	Edad	27	AÑOS
Cedula	1006188606	ELIANA RENTERIA VALLECILLA				Sexo	Femenino	
INGRESO Fec: 17/09/2016 08:28:13		EGRESO Fec: 19/09/2016 14:59:55						
Atn. Ingreso TRIAGE		Atn. Egreso HOSPITALIZACION						

Pabellon Evolución 318 BV CONSULTA URGENCIAS

Complicacion:
NO
JORGE BELTRAN GUAÑARITA

Reg. 40086

CIRUGIA GENERAL

4. EGRESO

CONDICIONES DEL USUARIO AL SALIR VIVO

5. ATENCION

A. CONDICIONES AL INGRESO

DOLOR DE ABDOMEN

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO

PACIENTE QUE ACUDE POR TENER DESDE AYER DOLOR EN LA REGION DE EBDOMEN QUE SE LE HACE MAS INTENSO, NO MEDICAMENTO

FUM: HISTERECTOMIA 2013 POR PERITONITIS

NO DISURIA NO HEMATURIA, CON CHORRO NORMAL. NO ESTREÑIMIENTO.

C. EXAMEN FISICO, PROCEDIMIENTOS Y EVOLUCION

CABEZA Y ORAL: SE APRECIA PACIENTE ALGIDA Y QUEJUMBROSA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA. GLASGOW 15/15. -NORMOCEFALO SP. PULMONAR: -ADECUADA EXPANSION SP -MURMULLO CONSERVADO SP -NO TIRAJE INTERCOSTAL SP -SIN SECRECIONES SP -TORAX SIMETRICO SP. ABDOMEN: BLSND DEPRESIBLE, RUIDOS INTESTINALES MODERADOS, NO MASAS. SE APRECIA CICATRIZ DE LAPAROTOMIA

BLUMBERG(+), NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. N MURPHY.. GENITOURINARIO: -NORMOTERMICA SP -SIN ALTERACIONES SP. EXTREMIDADES INFERIORES: NORMAL

17/09/2016 09:45:30 M0790 DAVID BENITEZ RODRIGUEZ

EVOLUCION SOAP MEDICO

PACIENTE QUE ACUDE POR HISTORIA CLINICA ANOTADA EL CUAL SE LE SOLICITA LABORATORIOS

HEMOGRAMA: NORMAL

UROANALISIS: NORMAL

PACIENTE PRESENTA VOMITO BILIOSO EN MODERADA CANTIDAD Y DOLOR INTENSO.

I.D: 1-ADHERENCIAS POR BRIDAS

2-APENDICITIS

3-DOLOR ABDOMINAL N.E.

SE LE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA Y ABDOMEN SIMPLE DE ABDOMEN DE PIE.

Evolucion realizada por: DAVID BENITEZ RODRIGUEZ - Reg Med. 015054 - Fecha: 17/09/16

GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING SAS

900612531 - 0

EPICRISIS

REpici1

Pag: 1 de 9

Fecha: 19/09/16



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

No. Doc. Identidad	1006188606	No. His. Cii.	101732293	G. Etareo	7	Edad	27	AÑOS
Cedula	1006188606	ELIANA RENTERIA VALLECILLA				Sexo	Femenino	
INGRESO Fec: 17/09/2016 08:28:13		EGRESO Fec: 19/09/2016 14:59:55						
Atn. Ingreso TRIAGE		Atn. Egreso HOSPITALIZACION						

Pabellon Evolución 318 BV CONSULTA URGENCIAS

2. DIAGNOSTICOS

Dx Ingreso	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Dx Salida	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Dx Egreso	3	N390 INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO

3. INTERVENCIONES - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O ESPECIALES

CIRUGIAS

CANT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Grp QX
1	468601	LIBERACION DE ADHERENCIAS O BRIDAS EN INTESTINO POR LAPAROTOMIA	
		Médico: JORGE BELTRAN GUAÑARITA Especialidad: CIRUGIA GENERAL	Via: ABDOMINAL INFRAUMBILICAL
1	471100	APENDICECTOMIA SOD	
		Médico: JORGE BELTRAN GUAÑARITA Especialidad: CIRUGIA GENERAL	Via: ABDOMINAL INFRAUMBILICAL
1	541200	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD	
		Médico: JORGE BELTRAN GUAÑARITA Especialidad: CIRUGIA GENERAL	Via: LAPAROSCOPICA
1	541400	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD	
		Médico: JORGE BELTRAN GUAÑARITA Especialidad: CIRUGIA GENERAL	Via: ABDOMINAL INFRAUMBILICAL
10	669130	ESCISION DE UN OVARIO (REMANENTE SOLITARIO O UNICO) CON RESECCION DE TROMPA	
		Médico: JORGE BELTRAN GUAÑARITA Especialidad: CIRUGIA GENERAL	Via: ABDOMINAL INFRAUMBILICAL

DESCRIPCION CIRUGIA

Medico M0792 JORGE BELTRAN GUAÑARITA Esp. CIRUGIA GENERAL

Diagnostico Preoperatorio: K658 OTRAS PERITONITIS

Diagnostico Postoperatorio: K658 OTRAS PERITONITIS

Tipo de Herida: LIMPIA Tipo de Anestesia: GENERAL Tipo de Cirugia: URGENCIAS

Cantidad de Sangrado: 0 ml. Via: UNICA VIA

Realización Acto Quirúrgico: 18/09/2016 Hora Inicio 19:15:00 Hora Final 19:55:00

Tiempo de Perfusión: 0,00 min. Tiempo de Clamp: 0 min.

Descripción Quirúrgica:

INSICION MEDIANA SUPRA-INFRAUMBILICAL POR CICATRIZ ANTERUIOR: DISECCIÓN POR PLANOS HSTA CAVIDAD

SE ENCUENTRA ABUNDANTE LIQUIDO SEROSANGUINOLENTO EN PELVIS, SE HACE LIBERACION DE BRIDAS

SE DESBLOQUE PELVIS Y SE ENCUENTRA INTESTINO DELGADO ADHERIDO A PARED Y OVARIO DERECHO

IZQUEMICO Y TORSIDO SOBRE SU PROPIO EJE

SE REALIZA OFORECTOMIA DERECHA, LAVADO PERITONEAL TERAPEUTIO Y SE OBSERVA APENDICE

ERITEMATOSA Y EDEMATOSA POR LO CUAL SE REALIZ APENDICECTOMIA REGLADA CON DOBLE LIGADURA

DFL MUÑON Y DE ARTERIA APENDICULAR.

CIERRE DE PARED EN MONOPLANO CON PROLENE 1

CIERRE DE PIEL CON PROLENE 3-0 EN PUNTOS MIXTOS DE SURGETTE Y SEPARADOS DE CORACHAN.

NO HUBO COMPLICACIONES.

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFo
Pag: 1 de 1
Fecha: 03/10/16
G. etareo: 7



HISTORIA CLINICA No. CC 1006188606 -- ELIANA RENTERIA VALLECILLA

Empresa: BV CAP. SERV. OCCIDENTAL DE SALUD SOS **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1 **No. His. CII.** 101732293
Fec. Nacimiento: 15/04/1989 **Edad actual:** 27 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Ocupación: TRABAJADORES QUE HAN DECLARADO OCUPACIONES INSUFICIENTEMENTE DESCRITAS
Dirección: CR 35 1 A 23 **Barrio:** BR. JUAN XXIII
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** BUENAVENTURA
Teléfono: 2431698

Responsable: ELIANA RENTERIA VALECILLA 3
Acompañante: 3

Teléfono: 3 **Parentesco:** Padre o Madre
Teléfono: 3

SEDE DE ATENCIÓN: 017 BVENTURA CIS AMBULATORIO

Edad: 27 AÑOS

FOLIO 55 **FECHA** 03/10/2016 16:30:59 **TIPO DE ATENCION** AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE EVOLUCIONA SATISFACTORIAMENTE PRESENTA UN PUNTO ABIERTO SE PRORROGA INCAPACIDAD POR 10 DIAS A PARTIR DEL 05-10-2016
CONTINUA CON CURACIONES DIARIAS, CONTROL EN 8 DIAS.

DIAGNOSTICO Z489 CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA NO ESPECIFICADO **Tipo** PRINCIPAL

JORGE BELTRAN GUAÑARITA
Reg. 400886
CIRUGIA GENERAL

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

1000652604

Nombre:		Diag.	Día	Mes	Año
ELIANA RENTERIA VALLECILLA		Z489	3	10	2016
Ocupación: TRABAJADORES QUE HAN DECLARADO OCUPACIONES INSUFICIENTEMENTE DESCRITAS					
Empresa: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.					
Tipo de Incapacidad: ENFERMEDAD GENERAL		Historia Clínica 1006188606			
Fecha Inicia: 05/10/2016 Fecha Fin: 14/10/2016 Días De Incapacidad O Licencia: 10					
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Atención: Ambulatorio Procedimiento:					
Diagnóstico Relacionador:					
Fecha Acc. Trabajo: // 00:00:00 Prorroga: NO Expedida En: BVENTURA CIS AMBULATORIO -					
Empresa Donde Trabaja:					
Observaciones del Profesional:					

JORGE BELTRAN GUAÑARITA
Reg. 400886
CIRUGIA GENERAL

Firma Y Sello De Presta. Economicas

Firma Afiliado

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 10530109

JORGE BELTRAN GUAÑARITA



G OCHO SAS

900612531

[ROrdLabr]

Fecha: 19/09/16

Hora: 14:59:31

Página: 1

ORDENES MEDICAS

FECHA ORD. MEDICA: 19/09/2016 14:47:54

Paciente: CC 1006188606

ELIANA RENTERIA VALLECILLA

Edad: 27 AÑOS

Empresa: BV CAP. SERV. OCCIDENTAL DE SALUD SOS

Pabellon: BV HOSPITALIZACION 2 PISO

Cama: 207

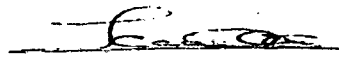
Folio

53

Diagnostico: R104

OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Código	Descripción	Urg.	Cant.
898202	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO APLICA PARA TINCIONES ESPECIALES	N	1



PATRICIA LEMOS QUINTERO

Reg. MD. 0908

MEDICINA GENERAL

7J.0 "HOSVITAL"

Paciente : ELIANA RENTERIA VALLECILLA
 Identificación : CC - 1006188606
 Especialidad : U.T. Ginecología
 Ubicación : Comfandi-Tequendama
 Fec. Registro : 10.11.2017
 Aseguradora : PGP QUIRURGICO CALI

Fec. Nac. : 15.04.1989
 Edad/Sexo : 28 a / F
 Cama/Epis. : / 20781279
 Hora Reg. : 07:38:50

Causa Externa : Enfermedad General
 Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : control...

Enfermedad Actual : paciente conocida refiere antecedente de ha subtotal eco y reporto cervix de 38.75. hoy unico sintoma es que presenta dolor pelvico cuando " come platano " e fco abdomen baldo depresible peristaltismo positivo

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : NO EVALUADO

Ojos : NO EVALUADO

Otorrinolaringología : NO EVALUADO

Cuello : NO EVALUADO

Torax : NO EVALUADO

Cardiaco : NO EVALUADO

Pulmonar : NO EVALUADO

Digestivo : NO EVALUADO

Genitourinario : NO EVALUADO

Sist. Nerv. Central : NO EVALUADO

Piel : NO EVALUADO

Extremidades : NO EVALUADO

Otros : NO EVALUADO

Signos Vitales de Ingreso Vivo

Temperatura : 1,0 °C
 Presión arterial : 1 / 1 mm Hg
 Frec. Cardíaca : 1 x min
 Frec. Respiratoria : 1 x min

Peso : 1,0 Kg
 Per. Abd. : cm
 IMC : 1,000 Kg/m²
 Sat con O2 : %

Per. Cefálico : cm
 Talla : 1,00 mtrs
 SC (m2) : 0,12
 Sat sin O2 : %

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
 Estado Respiratorio : Normal
 Estado de Hidratación : Ausencia de Deshidratación
 Estado General : Bueno

Hallazgos

Cabeza y Craneo : NO EVALUADO
 Ojos : NO EVALUADO
 ORL : NO EVALUADO
 Boca : NO EVALUADO
 Cuello : NO EVALUADO

Paciente

ELIANA RENTERIA VALLECILLA

Identificación

CC - 1006188606

Historia Clínica General

Tórax/Mamas : NO EVALUADO
Abdomen : NO EVALUADO
Genitourinario : NO EVALUADO
Extremidades : NO EVALUADO
Sist. Nev. Central : NO EVALUADO
Ex. Mental : NO EVALUADO
Piel y Faneras : NO EVALUADO
Otros Hallazgos : NO EVALUADO

Análisis y Conducta : paciente se automedica con tto anterior triconjugado le EXPLICO CLARAMENTE LOS RIESGOS INHERENTES A ESTA PRACTICA, aumenta control anual.

Responsable : BERON VENTIMILLA JUAN CARLOS
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RM: 7667595

Diagnósticos

Fecha : 10.11.2017 / 08:40

Código : N939

Diagnostico : HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA

Órdenes Clínicas

Fecha : 10.11.2017
0000890350

Hora : 07:30

Responsable : BERON VENTIMILLA JUAN CARLOS
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR



República de Colombia



Ministerio de la Protección Social

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

CONFIDENCIAL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º

NÚMERO DEL CERTIFICADO
DE DEFUNCIÓN

70497342- 9

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Departamento

Valle

Municipio

Buenaventura

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

☒ Cabecera municipal

☐ Centro poblado

☐ Rural disperso

Inspección, corregimiento o caserío

TIPO DE
DEFUNCIÓN

☒ Fetal

☐ No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA
DEFUNCIÓN

2014 Año

06 Mes

02 Día

HORA EN QUE
LA DEFUNCIÓN

☐ Hora

☒ Sin estable

SEXO DEL FALLECIDO

☐ Masculino

☒ Femenino

☐ Indeterminado

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido

Renteria

Segundo apellido

Vallecilla

Primer nombre

Hijo de Eliana

Segundo nombre

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

☐ Registro civil

☐ Tarjeta de identidad

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Cédula de extranjería

☐ Pasaporte

☐ Sin información

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

1006188606

PROBABLE MANERA DE
MUERTE

☐ Natural

☐ Violenta

☒ En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Primer apellido

Ulloque

Segundo apellido

De la Hoz

Primer nombre

José

Segundo nombre

Alberto

TIPO DE DOCUMENTO DE
IDENTIFICACIÓN

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Pasaporte

☐ Cédula de extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO DE
IDENTIFICACIÓN (TAL COMO
FIGURA EN EL DOCUMENTO DE
IDENTIDAD)

19.367.013

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA
LA DEFUNCIÓN

☒ Médico

☐ Enfermero(a)

☐ Auxiliar de
enfermería

☐ Promotor(a)
de salud

REGISTRO PROFESIONAL

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento

Valle

Municipio

Buenaventura

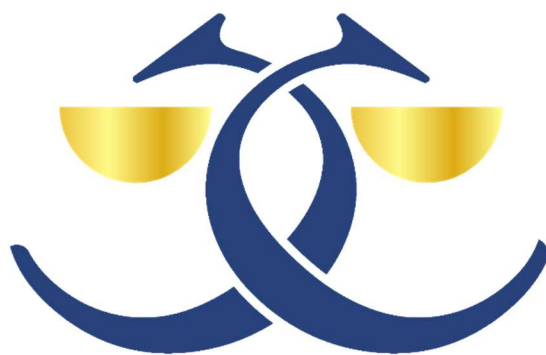
2014 Año 06 Mes 02 Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

José Alberto Ulloque B.
Ginecología-Obstetricia
Ginecología-Obstetricia
U. Javeriana
R.M. 1894
C.C. 19.367.013

HOJA DE VIDA

DR. RICARDO JOSE MARTINEZ



C&C Corporación

NIT 900.973.844-9

Especialista en Ginecología y Obstetricia
(08 folios)

HOJA DE VIDA

RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ

Cédula de Ciudadanía # 16621155 de Cali

ESTUDIOS REALIZADOS

- *COLEGIO SAN JUAN BERCHMANS, bachillerato académico, 1975, Santiago de Cali.*
- *UNIVERSIDAD DEL VALLE, médico cirujano, 1983, Santiago de Cali.*
- *UNIVERSIDAD DE CALDAS, Medico Ginecoobstetra, 1988, Manizales (Caldas).*

EXPERIENCIA LABORAL

INTERNADO: septiembre de 1982, Septiembre de 1983 Hospital Universitario del Valle.

AÑO RURAL: Septiembre de 1983, Septiembre de 1984 Hospital Uribe Uribe Tulúa (Valle).

CURSOS

1. *Simposio internacional de perinatología, Bogotá Noviembre de 1986.*
2. *Simposio sobre actualización de alto riesgo Obstétrico, Cali Junio de 1987.*
3. *11 Congreso Latinoamericano y 1 Congreso Colombiano de fertilidad y esterilidad, Bogotá Octubre de 1987.*
4. *XVII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología (Pereira). Noviembre de 1987.*
5. *11 Congreso de medicina critica, (Manizales) Febrero de 1998.*
6. *Simposio clínico sobre avances en anticoncepción hormonal y endocrinología de la reproducción humana, (Bogotá) Mayo 1989.*

7. *Curso de Colposcopia Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá. Mayo de 1991 duración 1 mes.*
8. *Detección y control de cáncer del cuello uterino, Mayo 6 al 31 de 1991.*
9. *Curso de actualización de Ginecología-Obstetricia, Cali Abril 11,12 de 1992.*
10. *Simposio Internacional "El estado del arte del manejo de la pareja infértil" 4, 5 y 6 de Marzo de 1993.*
11. *11 Simposio Nacional de Menopausia 7 y 8 de Mayo de 1993 Santiago de Cali.*
12. *Simposio sobre patología benigna de mama Cali Septiembre 4 de 1993.*
13. *XIX Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología , Bogotá del 2 al 5 de Marzo de 1994.*
14. *Avances de Fisiología y evaluación fetal, Bogotá Mayo 26, 27 y 28 de 1994.*
15. *Simposio Internacional de actualización en medicina materno fetal Febrero 23, 24 y 25 de 1995.*
16. *IX Congreso Latinoamericano de Mastología, 19 al 21 de Julio de 1995.*
17. *Patología del tracto genital inferior Colposcopia y Vulvosocopia del 3 al 4 de Mayo de 1996.*
18. *Simposio Internacional de Histerectomía diagnostica y operatoria del 9 al 10 de Agosto de 1996 Bogotá Clínica Marly.*
19. *Taller local iniciativa Hospital Amigos de la madre y del niño del 10 al 19 de Diciembre de 1996.*
20. *V Congreso Colombiano de Perinatología, Santiago de Cali 23 al 26 de Abril de 1997.*
21. *Simposio Internacional operación cesárea Santiago de Cali 20 y 21 de Junio de 1997.*
22. *Curso de Actualización incontinencia urinaria femenina 18 de Octubre de 1997 Hotel Dann Carlton Cali.*
23. *XXI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología Santiago de Cali 22,23,24,25 y 26 de Marzo de 1998.*
24. *III Congreso Colombiano de Menopausia de 19 al 21 de Marzo de 1999 de Medellín.*

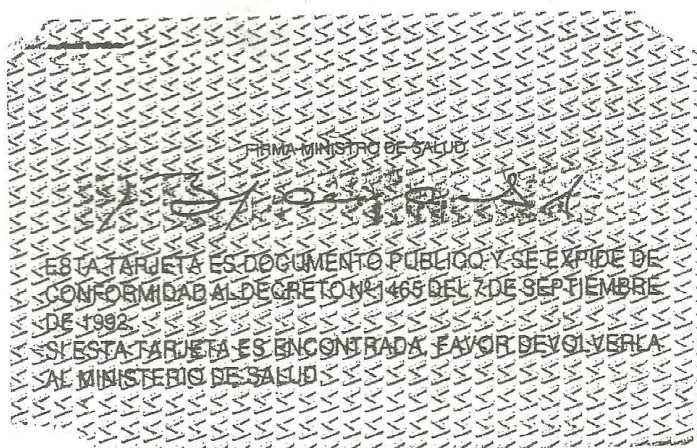
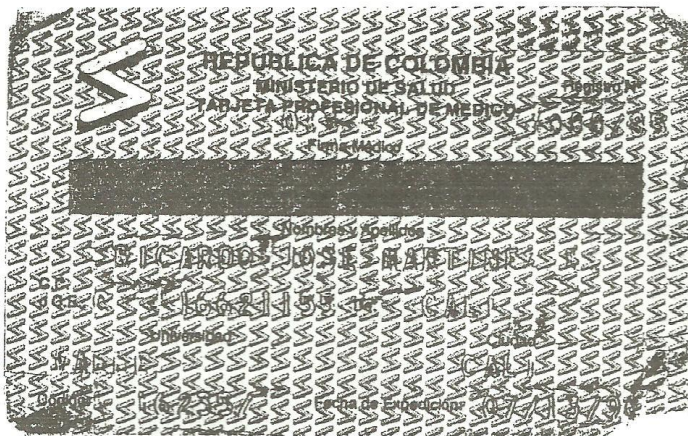
25. VI Congreso Colombiano de Perinatología 14,15 y 16 de Mayo de 1999 de Santiago de Cali.
26. Simposio de Ginecología y Obstetricia Centro Médico Imbanaco 15,16 y 17 de Octubre de 1999 Santiago de Cali.
27. Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia realizado del 6 al 10 de Marzo del 2000 en Cartagena.
28. Simposio de Ginecología, Obstetricia y Perinatología Centro Medico Imbanaco 25 y 26 de Agosto de 2000.
29. Primer Simposio regional de Menopausia 27 y 28 de Octubre de 2000 en Santiago de Cali.
30. Congreso de Perinatología el 22,23 y 24 de Febrero de 2001 en Medellín.
31. IV Congreso Nacional de Menopausia 4, 5 y 6 de Abril de 2001 en Cartagena de Indias.
32. Segundo Simposio Regional de Menopausia, 25 y 26 de Enero de 2002 Santiago de Cali.
33. VII Congreso Colombiano de Perinatología ,Cartagena de Indias 10, 11 y 12 de Abril de 2003.
34. Congreso Nacional de Menopausia 17, 18 y 19 de Abril de 2003 Cartagena de Indias.
35. V Congreso Nacional de Menopausia, Bogota del 13 al 15 de Marzo de 2003.
36. VIII Congreso Colombiano de Perinatología, Cartagena, Abril 10, 11 y 12 de 2003.
37. VI Congreso Nacional de Ginecología, Cartagena de Indias del 11 al 15 de Mayo de 2004.
38. Congreso Internacional de Medicina y Enfermería Materno Perinatal, celebrado en Hotel Intercontinental Cali, 2, 3 y 4 de De Septiembre de 2004.
39. V Simposio Regional de Menopausia, Santiago de Cali los días 10 y 11 de Marzo de 2006, en calidad de participante.
40. Primer Simposio Nacional de Cáncer Ginecológico, Hospital Universitario San Vicente de Paúl 18 de Agosto de 2006, Medellín - Colombia.
41. 7º Congreso Nacional de Menopausia, Barranquilla 8,9 y 10 de Marzo de 2007.

42. *Aborto Una visión Integral desde la Perspectiva Actual en Colombia*, 25, 26 de Mayo de 2007, Hotel Dann Carlton.
43. *Simposio Capitulo Suroccidente "Menopausia"* Hotel Dann Carlton de Cali, 24 de Noviembre de 2007, Asociación Colombiana de Endocrinología.
44. *Simposio Internacional de Histerectomía*, 29 de Febrero y 01 de Marzo de 2008 Centro Médico Imbanaco.
45. *Congreso Mundial de Perinatología D.C.* 29, 30 y 31 de Mayo de 2008, Cartagena de Indias, Colombia.
46. *XXVI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología* 29, 30 y 31 de Mayo de 2008, Cartagena de Indias, Colombia.
47. *VII Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Terapia Prenatal* 29, 30 y 31 de Mayo de 2008, Cartagena de Indias, Colombia.
48. *Curso De Osteoporosis, Una Epidemia Silente y Pogresiva*, celebrado en Cali del 26 de Marzo al 4 de Junio de 2008.
49. *VIII Congreso Colombiano de Menopausia*, Santiago de Cali, Marzo 21-24 de 2009.
50. *Simposio de Mastologia para Ginecólogos*, Hotel Dann Carlton Santiago de Cali 17 y 18 de Abril de 2009.
51. *IV Simposio Nuevas prácticas en Ginecología y Obstetricia*, Centro Vacacional Lago Calima 23 y 24 de Octubre de 2009.
52. *XXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecologia* , 20,21 y 22 de Mayo de 2010 Santiago de Cali, Centro de Eventos Valle del Pacifico, Yumbo-Cali

CONFERENCIAS DICTADAS

1. *Conferencista en el taller teórico práctico sobre incontinencia urinaria femenina y prolapsos*, Santiago de Cali, 22,23 y 24 de Noviembre de 2007. Fundación Valle del Lili.
2. *Conferencista en el Simposio de Actualización en Salud Sexual y Reproductiva*. Tulua (Valle) 4 y 5 de Septiembre de 2009.

RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ
C.C. #16.621155 de Santiago de Cali



La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

La Universidad del Valle

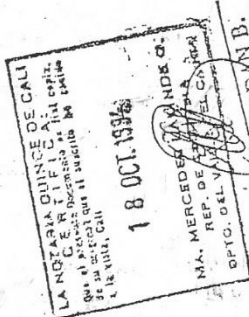


Confiere el Título de

Medico y Cirujano

A

Gerardo José Martínez Martínez



HILDA M. JORDAN B.
NOTARIO ENCARGADO
DEL CIRCULO DE CALI

Identificado con C.C. No. 16.621.155 - Cali

En testimonio de ello le expide el presente diploma y lo refrenda con el
sello de la institución. En la ciudad de Cali, Valle del Cauca,
a los 22 días, del mes de Octubre de 1983

El Rector

O. Bot
El Rector

[Signature]
El Secretario de la Universidad

[Signature]
El Secretario de Educación

Registrado al folio 22 p. 62 del Libro 7 de Diplomas, a los 15 días del mes de Octubre de 1983. No. 16.621.155



REPUBLICA DE COLOMBIA



Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

Confiere el título de

Willelmus

Especialista en

Al Riches Man

En testimonio de ello se expide el presente título en Manizales, el día 23 del mes de Junio del año de 1988 y los dos refrenda con el sello respectivo.

$$\Delta \cdot \text{width} \leq A$$

2013

VICE RECTOR ACADEMICO

Confidential
SECRETARY GENERAL

Decord Jones

DECANO FACULTA

JEFE DEPARTAMENTO

SECRETARY GENERAL

SECRETARIA
W. J. D. D. D. D.
SECRETARIO FACIAD

LA NOTARIA QUINCE DE CALI
QUE EL OTORGANTE
de su original que el suscrito ha estado
a la vista, Cali

18 OCT. 1994

MA. MERCEDES GUINAO
REP. DE COLOMBIA
DPTO. DEL VALLE DEL CAUCA

HILDA Ma. JORDAN B.
NOTARIO 15 ENCARGADO
DEL CIRCULO DE CALI

GOV.CO

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

Salud

Iniciar Sesión

Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Primer Nombre

Primer Apellido

Cedula de Ciudadania

16621155

ricardo

martinez

Confirme los números de la Imagen *

9587

Cambiar

4518

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-10-09--9:47:05 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	16621155	RICARDO	JOSE	MARTINEZ	MARTINEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ identificado(a) con CC 16621155 registra La siguiente información:

2024-10-09--9:47:05 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1988-06-23	58489	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	1985-03-11	4088	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA VALLE DEL CAUCA TULUÁ	1983-11-15	1984-11-18	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)